MAGDA MACEDO MADALOZZO
SILVANA REGINA AMPESSAN MARCON
JOÃO IGNACIO PIRES LUCAS
LILIA APARECIDA KANAN
LUANA FOLCHINI DA COSTA

EQUIPES SEGURAS CUIDADO SEGURO

A SEGURANÇA DO PACIENTE MEDIADA PELOS FATORES PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO



DESTINADO À GESTORES E PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Pedro & João editores

EQUIPES SEGURAS, CUIDADO SEGURO: A SEGURANÇA DO PACIENTE MEDIADA PELOS FATORES PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Destinado à gestores e profissionais da área da saúde

Pedro & João
editores

Magda Macedo Madalozzo
Silvana Regina Ampessan Marcon
João Ignacio Pires Lucas
Lilia Aparecida Kanan
Luana Folchini da Costa
(Organização)

EQUIPES SEGURAS, CUIDADO SEGURO: A SEGURANÇA DO PACIENTE MEDIADA PELOS FATORES PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Pedro & João
editores

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Magda Macedo Madalozzo, Silvana Regina Ampessan Marcon, João Ignacio Pires Lucas, Lilia Aparecida Kanan, Luana Folchini da Costa [Org.]

Equipes seguras, cuidado seguro: A segurança do paciente mediada pelos Fatores Psicossociais relacionados ao trabalho. São Carlos: Pedro & João Editores, 2026. 379p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-3193-8 [Digital]

1. Cultura de segurança do paciente. 2. Fatores psicossociais relacionados ao trabalho. 3. Equipes seguras. 4. Cuidado Seguro. 5. Notificação de eventos adversos. I. Título.

CDD – 370/610

Capa: Giovana Belotto, geração de imagem via Nano Banana Pro (Gemini 3.1) e finalização técnica de Luidi Belga Ignacio
Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB – 8-8828
Revisão: Julio Machado
Diagramação: Diany Akiko Lee
Editor: Valdemir Miotello
Diretores executivos: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:
Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).

Pedro & João Editores
www.pedroejoaoeditores.com.br
13568-878 – São Carlos – SP
2026

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO
EQUIPES SEGURAS, CUIDADO SEGURO: A SEGURANÇA DO PACIENTE MEDIADA PELOS FATORES PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO 9

PARTE 1: ALINHAMENTO CONCEITUAL

INDICADORES DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA 17
Fernanda Bitencourt Prigol
Morgana Cavalheiro Menegat
Kim Corso Andreazza
Marlí Bettiol Stopassola
Giovana Belotto
Magda Macedo Madalozzo

FATORES PSICOSSOCIAIS NO CONTEXTO DE TRABALHO HOSPITALAR..... 45
Alexandra Carol Cioato
Isadora Camana Ditadi
Maria Eduarda Casagranda
Valentina Del Pino Borghetti
Silvana Regina Ampessan Marcon

VIGILÂNCIA E CUIDADO EM SAÚDE: O SISTEMA NOTIVISA E O MARCO LEGAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL..... 85
Magda Macedo Madalozzo
Giovana Belotto
Kim Corso Andreazza
Marlí Bettiol Stopassola

PROCESSOS DE ACREDITAÇÃO E QUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR COMO BASE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE 105
Magda Macedo Madalozzo
Fernanda Bitencourt Prigol
Kellen Perozzo Lopes

PARTE 2: DADOS SECUNDÁRIOS

***HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC)*: DADOS SECUNDÁRIOS FORNECIDOS PELA *AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ)* 135**
João Ignacio Pires Lucas
Giovana Belotto
Kim Corso Andreazza
Magda Macedo Madalozzo
Marlí Bettiol Stopassola
Silvana Regina Ampessan Marcon

NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES NO SISTEMA NOTIVISA: ANÁLISE DE ASSIMETRIAS FEDERATIVAS (BRASIL E RIO GRANDE DO SUL - 2021–2023) 181
Magda Macedo Madalozzo
Giovana Belotto
Kim Corso Andreazza
Marlí Bettiol Stopassola

PARTE 3: O AMBIENTE PSICOSSOCIAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES: FATORES INTERNOS (INDIVIDUAIS, EQUIPES E ORGANIZACIONAIS) E FATORES EXTERNOS

TRABALHO EM EQUIPE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE 213
Alexandra Carol Cioato
Heloisa Evaldt Bombana
Silvana Regina Ampessan Marcon

CULTURA ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS: DA LÓGICA PUNITIVA À SEGURANÇA DE PACIENTES E DE PROFISSIONAIS 265
Lilia Aparecida Kanan
Leilane Vieira de Souza
Mayara Haveroth Vandresen
Maria Eduarda Ouriques

PARTE 4: DIAGNÓSTICO, INTERVENÇÕES E PRÁTICAS. 305

TENDÊNCIAS GLOBAIS EM CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA ÀS INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS 307
Luana Folchini da Costa
Morgana Menegat Cavalheiro
Alexandra Carol Cioato

AUTORAS E AUTORES 353

ÍNDICE REMISSIVO 361

APRESENTAÇÃO

EQUIPES SEGURAS, CUIDADO SEGURO: A SEGURANÇA DO PACIENTE MEDIADA PELOS FATORES PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

O que faz acontecer a segurança do paciente na prática, quais os caminhos e qual o papel das equipes interprofissionais nessa construção? Estes questionamentos alicerçaram o desenvolvimento desta obra, concebida como produto técnico do projeto de pesquisa denominado **"Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos fatores psicossociais"**, estudo ligado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia UCS - Mestrado Profissional e vinculado ao Edital Chamada Universal do CNPq (10-2023), grupo de pesquisa do CNPQ Saúde e Processos Psicossociais. Destarte, ao reconhecer o protagonismo das equipes hospitalares no planejamento e operacionalização cotidiana dos cuidados em saúde, este e-book foi desenvolvido com o objetivo de integrar evidências científicas globais, o marco regulatório brasileiro (sobre segurança do paciente), fatores psicossociais relacionados ao trabalho das equipes, bem como modalidades de diagnóstico e intervenções, para avaliar e consolidar a cultura de segurança efetiva aos pacientes e a resiliência em ambientes hospitalares.

Os cuidados têm se intensificado na atenção primária, secundária e terciária em saúde na última década. Este e-book, organiza-se em uma estrutura que integra fundamentação científica, análise de dados globais e nacionais, bem como diretrizes para as práticas hospitalares. Por conseguinte, a obra estrutura-se em quatro partes e nove capítulos, que se propõem a:

- mapear a produção bibliométrica mundial do conceito de segurança do paciente,

- detalhar a implementação do Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a RDC nº 36/2013 e o uso do sistema Notivisa

no Brasil, como orientações basilares para o fortalecimento dos cuidados em saúde por meio do registro efetivo de notificações de eventos adversos,

- compreender a acreditação hospitalar (ONA/JCI) e as ferramentas de gestão (como 5W2H e Diagrama de Ishikawa) como indutoras de segurança,

- explorar como o trabalho das equipes, as lideranças e, por consequência, a segurança psicológica impactam no cuidado com pacientes e das próprias equipes,

- discutir a transição da lógica punitiva nos valores e nas práticas de gestão, para sistemas resilientes (como *Safety*-II), que convertem o erro como aprendizado organizacional e, por fim,

- discorrer sobre as práticas de diagnóstico e intervenções desenvolvidas para o cuidado efetivo de pacientes e equipes em contextos hospitalares, em nível mundial.

Sob a ótica dos conhecimentos da Psicologia das Organizações e do Trabalho (POT), propõe-se a investigação na perspectiva da saúde ocupacional, com o intuito de reunir evidências que contribuam para o aprimoramento contínuo da cultura de segurança do paciente, por meio do fortalecimento de ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Na primeira parte da obra, denominada de **Alinhamentos Conceituais**, são esclarecidos os conceitos de segurança do paciente e de fatores psicossociais relacionados ao trabalho. São apresentados indicadores de produção científica sobre cultura de segurança do paciente em nível mundial desde as primeiras produções científicas sobre o tema, por meio de uma revisão bibliométrica, bem como os conceitos de fatores psicossociais relacionados ao trabalho hospitalar. Essa base teórica é complementada pela discussão sobre a vigilância, a qualidade no cuidado, o papel do sistema Notivisa e o marco legal da segurança do paciente no Brasil, culminando na análise dos processos de acreditação hospitalar como pilares da segurança assistencial.

No primeiro capítulo, intitulado "**Indicadores de Produção Científica sobre Cultura de Segurança do Paciente: Uma Revisão**

Bibliométrica", os autores mapeiam a literatura produzida nos últimos anos para apontar a consolidação do tema como um campo investigativo multidisciplinar e interprofissional. No segundo capítulo, a partir de uma revisão integrativa, analisam-se as bases conceituais sobre "**Fatores Psicossociais no Contexto de Trabalho Hospitalar**", bem como a forma como variáveis psicossociais afetam a saúde do trabalhador, a exemplo de sobrecarga e demandas emocionais. Destaca-se o potencial desses fatores como preditores de estresse e *burnout*, além de se ressaltar o papel mediador do suporte organizacional, da liderança e das estratégias de enfrentamento na promoção do bem-estar e da qualidade da assistência.

No avanço da discussão, o terceiro capítulo, "**Vigilância e Cuidado em Saúde: O Sistema Notivisa e o Marco Legal da Segurança do Paciente no Brasil**", discorre-se sobre uma investigação documental do arcabouço legislativo brasileiro para compreender as origens e como esse sistema vem se modificando para servir de base, de valores que punem (aqueles que denunciam - cultura punitiva), para um modelo orientado à segurança psicológica.

Para encerrar esta primeira parte, examina-se, no quarto capítulo, "**Processos de Acreditação e Qualidade no Contexto Hospitalar como Base para a Segurança do Paciente**", discorrendo sobre a acreditação hospitalar e os processos de gestão da qualidade como eixos estruturantes dos cuidados assistenciais e operacionais, da gestão de riscos e do fortalecimento da cultura de segurança. Evidencia-se que a efetividade dessas estratégias requer a integração entre práticas seguras, notificação de eventos adversos e aprendizagem organizacional, o que reforça a necessidade de uma abordagem sistêmica e contínua para a qualificação do cuidado e a redução de danos aos pacientes.

A segunda parte da obra, **Dados Secundários**, dedica-se à análise das pesquisas produzidas pelo sistema Notivisa (Brasil) e pela *Agency for Healthcare Research Quality* (AHRQ), agência americana responsável pelo desenvolvimento do instrumento

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC versão 1 e 2), um dos mais utilizados mundialmente para mapear percepções sobre a cultura de segurança do paciente. Assim, no quinto capítulo, denominado "***Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC): Dados Secundários Fornecidos pela *Agency for Healthcare Research Quality* (AHRQ)**", processam-se macrodados americanos para possibilitar a identificação de assimetrias na percepção de segurança do paciente entre a alta gestão e a linha de frente clínica. Os resultados obtidos embasam o debate sobre a sugestão de adoção de modelos avançados, como a Cultura Justa (*Just Culture*) e a Engenharia de Resiliência (*Safety-II*), voltados à mitigação do silêncio organizacional. No sexto capítulo, "**Notificações de Incidentes no Sistema Notivisa: Análise de Assimetrias Federativas (Brasil e Rio Grande do Sul - 2021–2023)**", na mesma linha exploratória, no âmbito nacional, analisam-se cálculos epidemiológicos dos registros de incidentes realizados entre os anos de 2021 e 2023. O objetivo é detalhar as divergências de notificação entre os entes federativos para diagnosticar possíveis vulnerabilidades estruturais e vieses na governança de dados da agência reguladora.

Na terceira parte, denominada **Ambiente Psicossocial em Contextos Hospitalares: Fatores Internos (Individuais, Equipes e Organizacionais) e Fatores Externos**, o foco das análises é direcionado para as interações humanas no trabalho que influenciam o comportamento e a saúde mental das pessoas no contexto laboral. Assim, o sétimo capítulo, **"Trabalho em Equipe: Possíveis Contribuições para a Segurança do Paciente**", apoia-se em uma revisão integrativa de 107 estudos internacionais para situar o trabalho interprofissional como um elemento central na qualidade do cuidado. Demonstra-se, com a revisão, como a comunicação aberta, a confiança, o apoio institucional e a colaboração favorecem a assistência, enquanto a sobrecarga, as falhas de comunicação e as culturas punitivas comprometem o bem-estar dos profissionais e tendem a aumentar os riscos à segurança do cuidado. Complementarmente, no oitavo capítulo,

examina-se a referida transição para a Cultura Justa, "**Cultura Organizacional em Hospitais: da Lógica Punitiva à Segurança de Pacientes e de Profissionais**". Indica-se, por meio da pesquisa bibliográfica, que o fortalecimento das lideranças pode contribuir para a aprendizagem organizacional e para a sustentabilidade dos ambientes de saúde, em contraposição à manutenção de dinâmicas punitivas que perpetuam o medo, a subnotificação de eventos adversos e o sofrimento psicossocial dos profissionais.

Por fim, a quarta parte, **Diagnóstico, Intervenções e Práticas** culmina com o nono capítulo, **"Tendências Globais em Cultura de Segurança do Paciente: Da Avaliação Diagnóstica às Intervenções Baseadas em Evidências".** Respaldado por uma revisão integrativa de 130 estudos internacionais, delineiam-se os avanços alcançados, como o aprimoramento do trabalho em equipe e o apoio das lideranças, em contraste com os gargalos persistentes, que incluem o déficit de pessoal e a subnotificação de incidentes. Sinaliza-se que intervenções multifacetadas, como a combinação de educação, suporte psicossocial, ferramentas estruturadas e mudanças organizacionais sustentadas, representam potenciais estratégias promissoras para a otimização dos desfechos assistenciais.

Com esta obra procurou-se reunir evidências e análises com subsídios robustos para instigar o debate acadêmico e o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências, consolidadas em políticas institucionais assertivas nos cuidados em saúde.

Desejamos ótima leitura a todos!

Os autores

PARTE 1:
ALINHAMENTO CONCEITUAL

INDICADORES DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA

Fernanda Bitencourt Prigol
Morgana Cavalheiro Menegat
Kim Corso Andreazza
Marlí Bettiol Stopassola
Giovana Belotto
Magda Macedo Madalozzo

Introdução

A cultura de segurança do paciente pode ser entendida como uma estratégia para avaliar e compreender globalmente, tanto de modo individual como em grupo, os valores, pensamentos, competências, padrões de comportamentos, modelos de liderança e sua proficiência para promover um ambiente seguro e saudável para os funcionários (Nieva; Sorra, 2003; Sorra; Dyer, 2010).

A expressão 'cultura de segurança do paciente' foi abordada inicialmente por conta de estudos em ambiente hospitalar. O Livro 'Erro Médico', publicado por Forster, em 2002, relata a importância do vínculo entre a equipe interprofissional e o paciente e destaca que é a partir dessa relação que se estruturam conflitos que podem resultar em erros médicos. A partir dessa obra, a cultura de segurança tornou-se tópico de atenção na área da saúde, o que gerou maior interesse de caráter investigativo no assunto. Em âmbito nacional, o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), regulamentado em 2013, reforçou a necessidade e a relevância do cuidado com a cultura de segurança do paciente como uma política pública (Andrade *et al*., 2020). A partir disso, mostrou-se imprescindível o desenvolvimento de novos estudos e

de instrumentos voltados para a avaliação da cultura de segurança do paciente, com vistas ao seu fortalecimento.

Vários instrumentos foram desenvolvidos, como *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey* (PSCHO) (Singer; Meterko; Baker; Gaba; Falwell; e Rosen; 2007), *Modified Stanford Instrument* (MSI) (Ginsburg; Norton; Casebeer; *et al*., 2002), *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (Sexton; Helmreich; Thomas; Neilands; Rowan; Vella; Boyden e Roberts, 2006) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2004), (Lima, 2021). Dentre esses instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente, destaca-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, conhecido como HSOPSC, como um dos mais utilizados. As dimensões consideradas neste instrumento, versão I, são: o trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações do supervisor/gestão para a promoção da segurança do paciente; aprendizado organizacional - melhoria contínua; apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; percepção geral da segurança do paciente; retorno da informação e comunicação sobre erro; abertura para comunicação; frequência de eventos comunicados; trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; adequação de profissionais; transferências internas e passagem de plantão e resposta não punitiva ao erro (Santiago; Turrini, 2015). Devido à evolução do conhecimento na área, a AHRQ disponibilizou, em 2019, uma versão atualizada, o HSOPSC 2.0, que reduziu para 10 dimensões e propôs alterações na identificação de algumas delas substituindo, por exemplo, a "resposta não punitiva" por uma "resposta ao erro". Todas as dimensões são avaliadas com o intuito de compreender o contexto hospitalar e ampliar a capacidade de melhorias no ambiente organizacional para promover maior segurança aos pacientes, o que contribui para a eliminação e/ou redução de erros por parte das equipes (Oliveira; Pessoa; Campêlo; Cavalcante, 2024).

É possível citar exemplos na literatura científica que comprovam a relevância em desenvolver estudos sobre cultura de segurança do paciente. Oliveira Junior *et al*. (2024) destacam a

importância de fortalecer a cultura de segurança do paciente por meio do aperfeiçoamento e evolução das equipes de gestores hospitalares. Ranquetat, Millão, Silva e Trindade (2024), em estudo realizado no sul do Brasil, que tinha como objetivo avaliar o impacto e a retenção de conhecimentos de um curso sobre segurança do paciente, destacou a importância de alterar as condições de trabalho dos funcionários de forma a equilibrar a carga laboral e promover um ambiente positivo, com vistas à redução de erros técnicos e à melhoria da qualidade dos serviços. Os autores reforçam a necessidade de produzir conhecimento científico sobre a cultura de segurança do paciente, com instruções orientativas nas práticas desenvolvidas pelas equipes. Batalha, Borges e Melleiro (2024) constataram avaliações negativas da cultura de segurança por parte de trabalhadores de hospitais com níveis elevados de *Burnout*, em estudo que objetivou analisar a associação entre cultura de segurança do paciente e qualidade de vida profissional de trabalhadores de enfermagem de um hospital da Bahia (BR). Estes dados reforçam a imprescindibilidade de aprofundamento teórico e técnico para preparação adequada das equipes, com vistas a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e dos serviços oferecidos ao paciente. Isso evidencia a relevância do presente estudo e como ele agrega à literatura de modo positivo.

Devido à vasta produção científica disponível na literatura nacional e internacional, entendeu-se como relevante realizar uma pesquisa bibliométrica sobre cultura de segurança do paciente, desde as primeiras publicações. Este capítulo descreve a análise bibliométrica realizada a partir dos artigos localizados em diferentes bases de dados. A utilização da bibliometria permite identificar padrões recorrentes e compreender a evolução de determinadas temáticas ou campos de pesquisa. Essa técnica baseia-se na análise de um número expressivo de publicações científicas produzidas por diversos autores sobre o tema em questão (Ferreira, 2011).

Por conta da grande quantidade de produções é possível compreender a importância da análise bibliométrica feita neste

estudo e como ela pode auxiliar no mapeamento e avanço de futuras pesquisas na área da Psicologia com foco em saúde ocupacional.

Destarte, o capítulo tem como objetivo examinar como a cultura de segurança do paciente tem sido compreendida, explorada e analisada na literatura científica, desde as primeiras publicações, a fim de reconhecer padrões, potenciais para próximas pesquisas e observar quais países mais investigam essa temática.

A seguir apresenta-se a revisão da literatura, método utilizado, resultados, discussão e considerações finais.

Revisão da Literatura

A presente revisão de literatura tem como objetivo explorar o conceito de cultura de segurança do paciente em uma perspectiva de evolução histórica, principais eventos e marcos, bem como o desenvolvimento do conceito no Brasil e seus impactos na contemporaneidade. O termo cultura de segurança foi usado pela primeira vez pelo Grupo Internacional de Segurança Nuclear (INSAG), após o acidente de Chernobyl e, desde então, tem sido usado por organizações consideradas de alto risco (Carvalho *et al*., 2019, p. 264).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2023), a segurança do paciente é definida como um conjunto de atividades organizadas que cria valores, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes de cuidado à saúde e reduzem riscos, danos evitáveis, a probabilidade de ocorrência de erros e seus impactos, quando ocorrem. Também refere que, globalmente, um em cada dez pacientes seja afetado pelo menos por um evento adverso (EA) durante a assistência hospitalar. Em países de alta renda, a estimativa é similar, enquanto que, em países de baixa e média renda, a taxa pode ser ainda maior, com 4 em cada dez pacientes afetados. Estudos indicam que cerca de 8% dos pacientes sofrem eventos adversos, sendo 83% destes evitáveis.

Estudos sobre a incidência de EAs e negligência em hospitais começaram a ganhar destaque a partir da década de 1970. O

relatório *"To Err is Human: Building a Safer Health System"* (Institute of Medicine - IOM, 1999), nos EUA, teve grande repercussão internacional e também influenciou o Brasil. Este relatório estimou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam anualmente em hospitais americanos devido a erros evitáveis, uma estatística alarmante que motivou os esforços em prol da segurança do paciente (IOM, 1999). Desde então, foram realizados esforços substanciais para identificar as fontes de erro, desenvolver métricas de segurança e criar iniciativas políticas impactantes para melhorar a segurança nos hospitais em todo o país, o que desencadeou esforços semelhantes ao redor do mundo.

Como resultado deste e outros movimentos, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos, desenvolveu o programa *Surveys on Patient Safety Culture*® (SOPS®), que oferece um conjunto de ferramentas destinadas a mensurar as percepções e atitudes dos profissionais em diversos ambientes de saúde.

Dentro deste programa, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), lançado em 2004, destaca-se como o instrumento mais utilizado, desenhado para o ambiente hospitalar. A sua concepção parte do princípio de que a segurança do paciente transcende a ausência de erros, buscando traduzir em dados a percepção dos colaboradores sobre a segurança. A ferramenta investiga a dinâmica do trabalho em equipe, internamente e entre unidades, além de avaliar a qualidade da comunicação, bem como a presença de feedback e comunicação sobre os erros reportados, fechando o ciclo de aprendizado.

O instrumento também se aprofunda no papel da liderança e da gestão, mensurando o suporte da gerência para a segurança do paciente e as expectativas e ações dos supervisores diretos. Ademais, o questionário aborda a capacidade de aprendizagem organizacional, melhoria contínua e a implementação de respostas não punitivas aos erros. Fatores estruturais, como a adequação de pessoal e a eficácia das passagens de plantão e transferências, também são avaliados. Por fim, a frequência da notificação de

eventos e as percepções gerais sobre a segurança fornecem um panorama do engajamento e da confiança dos profissionais no sistema. O HSOPSC possui uma versão II atualizada e validada para o Brasil em 2019, por Reis, Laguardia e Martins, que eliminou duas dimensões (percepção geral da segurança do paciente e tabalho em equipe entre as unidades hospitalares), totalizando 10 dimensões, com 32 ítens. As dimensões são: trabalho em equipe; dotação de pessoal e ritmo de trabalho; aprendizado organizacional - melhoria contínua; resposta ao erro; apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do paciente; comunicação sobre erro; abertura da comunicação; notificação de eventos de segurança do paciente; suporte da gestão do hospital para a segurança do paciente e transferências e troca de informações. (Reis, Laguardia, Martins, 2019).

No Brasil, o lançamento do Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, marcou o reconhecimento formal e a priorização da segurança do paciente no Brasil. Desde a implementação do sistema nacional em 2013, o PNSP tem impulsionado um aumento de 900% nas notificações de segurança do paciente. Este programa visa reduzir os riscos de novos danos e a recorrência de incidentes semelhantes, o que contribui para evitar futuros prejuízos aos pacientes ao favorecer o desenvolvimento contínuo de ações para aprimorar a segurança nos serviços de saúde (Andrade *et al*., 2020).

A nível global, os sistemas de saúde operam em ambientes cada vez mais complexos. A segurança do paciente é um princípio fundamental da assistência à saúde e está sendo reconhecida como um desafio crescente (OMS, 2023). Políticas claras, capacidade de liderança organizacional, dados para impulsionar melhorias na segurança, profissionais de saúde qualificados e envolvimento eficaz de pacientes e famílias no processo de cuidado são todos fatores necessários para garantir melhorias sustentáveis e significativas na segurança da assistência à saúde.

Como evidenciado pela AHRQ, pesquisas que promovem ações para fortalecer a segurança do paciente demonstraram

resultados para além do aumento nas notificações. Unidades hospitalares com pontuações SOPS mais positivas identificaram reduções nas úlceras por pressão e nas quedas de pacientes. Hospitais com pontuações SOPS mais positivas tiveram taxas mais baixas de complicações ou eventos adversos intra-hospitalares, conforme indicadores de segurança do paciente (PSIs) (AHRQ, s.d)

Entende-se que a dinamicidade e as exigências de resolutividade caracterizam a natureza do trabalho hospitalar, em um contexto que não permite o "erro", o que, paradoxalmente, implica em reconhecer a vulnerabilidade e os potenciais de insegurança que, naturalmente, estão presentes nesse cenário (Frazier *et al*., 2013; Job *et al*., 2020; Ministério da Saúde, 2013; Madalozzo *et al*, 2021).

É fundamental reconhecer que uma cultura de segurança positiva promove a notificação de eventos adversos, com vistas à sua eliminação ou redução. O medo da culpa e da punição pode impedir notificações, ocultando a verdadeira extensão dos problemas de segurança em uma organização. A capacidade dos gestores e das equipes de trabalho em explicitar (e não ocultar) processos de incubação de erros pode fazer a diferença na preservação da vida de pacientes e funcionários (Bley, 2007; Madalozzo; Zanelli, 2016). Uma cultura não punitiva fomenta um ambiente de aprendizado, onde os erros são vistos como oportunidades de melhoria. Ao encorajar notificações abertas e honestas, é possível promover ações para obter uma compreensão mais precisa dos riscos de segurança nas organizações de saúde e implementar intervenções direcionadas para prevenir danos futuros.

Em síntese, os estudos e ações sobre cultura de segurança do paciente evoluíram significativamente ao longo das últimas décadas, impulsionados por marcos importantes como o relatório "*To Err is Human*" (IOM, 1999) e a crescente conscientização sobre a prevalência e o impacto dos eventos adversos. O conceito de cultura de segurança, originário de indústrias de alta confiabilidade, foi adaptado e aplicado ao setor de saúde,

reconhecendo a importância dos valores, crenças e normas compartilhadas para a promoção de práticas seguras.

A Organização Mundial da Saúde e a *Agency for Healthcare Research and Quality* têm desempenhado papéis cruciais no avanço da cultura de segurança em nível global e nacional, respectivamente. A OMS lidera iniciativas globais, fornece diretrizes e enfatiza uma abordagem sistêmica para o fortalecimento da segurança do paciente, enquanto a AHRQ desenvolve instrumentos práticos, como as pesquisas SOPS®, para avaliar e melhorar a cultura de segurança nas organizações de saúde.

No Brasil, o lançamento do Plano Nacional de Segurança do Paciente, em 2013 (Ministério da Saúde, 2013), representou um marco importante, formalizando o compromisso do país com a melhoria da segurança do paciente e o fomento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde. Embora tenham sido observados progressos ao longo dos anos, ainda existem desafios a serem superados, como a melhoria da comunicação aberta e a implementação de respostas não punitivas aos erros, que devem ser reforçados por meio de políticas e ações para ampliar a percepção de riscos e reduzir temores relacionados às notificações.

A partir da evidência de ações desenvolvidas ao longo dos anos por parte de diversas organizações de saúde, entendeu-se como relevante realizar uma pesquisa bibliométrica a respeito da evolução das produções científicas relacionadas à cultura de segurança do paciente. Destarte, será apresentado o método utilizado no presente capítulo.

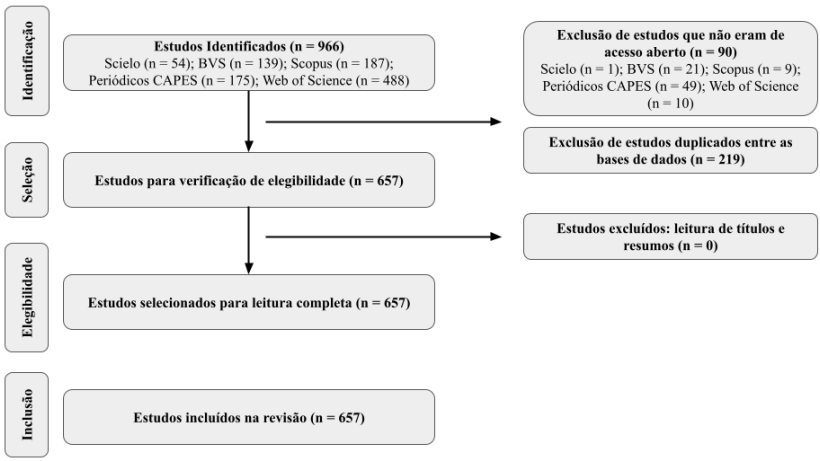
Método

O presente estudo pautou-se em uma pesquisa bibliométrica, que se configura como uma técnica estatística quantitativa com o objetivo de apresentar índices de produção e de disseminação do conhecimento científico (Araújo, 2006).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados *Scielo*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos CAPES, *Scopus* e *Web of Science*,

com os descritores "cultura de segurança do paciente" ou "*patient safety culture*". Não foi determinado um período, a fim de verificar todas as publicações existentes nestes espaços sobre a temática. Foram considerados artigos científicos de acesso aberto, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Alguns filtros foram aplicados conforme a disponibilidade de cada uma das bases de dados: 1) *Scielo*; 2) Biblioteca Virtual em Saúde; 3) Periódicos CAPES: o termo 'cultura de segurança do paciente' deveria estar no título; 4) *Scopus*; e 5) *Web of Science*: deveria ter como palavra-chave o termo '*patient safety culture*'. A Figura 1 ilustra o processo de inclusão e exclusão dos artigos.

Figura 1 - Fluxograma. Distribuição da quantidade de estudos excluídos por base de dados e quantidade final de artigos para análise integral



Fonte: elaboração própria (2025)

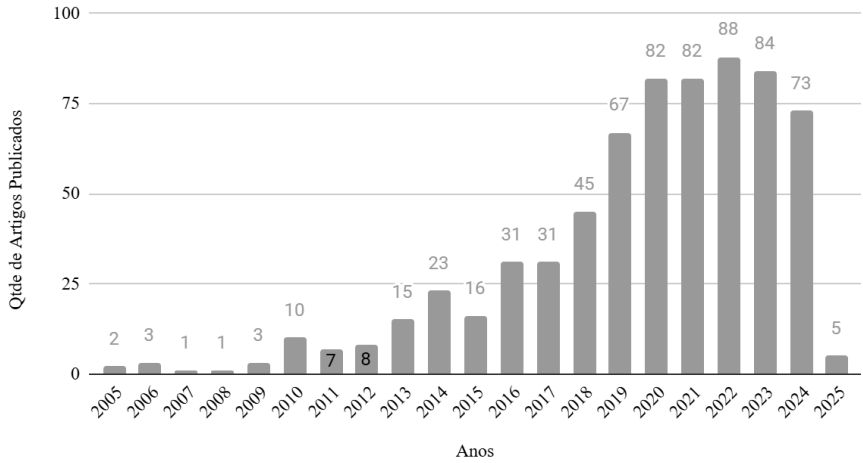
Como resultados, na Scielo foram encontrados 54 artigos, sendo que 1 dos artigos não era de acesso aberto, resultando em 53 artigos. Na BVS foram encontrados 139 artigos, sendo que 21 não eram de acesso aberto, resultando em 118 artigos. Nos Periódicos CAPES foram encontrados 175 artigos, sendo que 49 não eram de acesso aberto, resultando em 126 artigos. Na *Scopus* foram

encontrados 187 artigos, sendo que 9 não eram de acesso aberto, resultando em 178 artigos. E na *Web of Science* foram encontrados 488 artigos, sendo que 10 não eram de acesso aberto, resultando em 478 artigos. Do total de 953 artigos, foram excluídos os que estavam repetidos, resultando em 657 artigos analisados. A seguir, serão apresentados os resultados e discussões.

Resultados e Discussão

Como o objetivo do estudo é analisar como a cultura de segurança do paciente tem sido abordada na literatura científica ao longo do tempo, apresentam-se, a seguir, os resultados da pesquisa, a fim de identificar padrões de desenvolvimento, tendências temáticas e possíveis lacunas a serem exploradas. A primeira análise evidencia uma evolução na quantidade de artigos que foram publicados a cada ano, sendo que as primeiras publicações sobre a temática remontam ao ano de 2005. O estudo "*An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture*", de Ginsburg, Norton, Casebeer e Lewis (2005), tinha como objetivo projetar uma intervenção de treinamento e então testar seu efeito nas percepções dos líderes de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. Já o estudo "*Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework*", de Ashcroft, Morecroft, Parker e Noyce (2005), tinha como propósito o desenvolvimento de uma versão do *Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSAF)* que pudesse ser usada por farmácias comunitárias para autoavaliar seu nível de maturidade da cultura de segurança. Verifica-se, também, um aumento gradativo no número de publicações sobre esta temática nos últimos 9 anos, com um acréscimo a partir do ano de 2020, que pode ser visualizada na Figura 2.

Figura 2 - Quantidade de publicações por ano



Fonte: elaboração própria (2025)

É possível observar, na Figura 2, que o maior número de publicações (88) aconteceu no ano de 2022, seguido dos anos de 2023 (84 publicações), 2020 e 2021 (82 publicações cada). Esses achados podem indicar um aumento na produção científica coexistente com o período da pandemia de COVID-19. Ao gerar um impacto significativo sobre os sistemas de saúde, a pandemia provocou mudanças abruptas nos modelos de atendimento, como o aumento da carga de trabalho por parte das equipes, a realocação de profissionais para contextos clínicos desconhecidos, o cancelamento de serviços eletivos e a necessidade de manejo de uma patologia até então inédita (Denning, 2020). Tais condições adversas podem ter comprometido a capacidade das equipes em oferecer cuidados seguros e eficazes, favorecendo o desenvolvimento de práticas inadequadas, muitas vezes decorrentes da escassez de recursos, supervisão, capacitação ou experiência clínica, o que representou riscos à segurança do paciente (Staines, 2021). Neste sentido, compreende-se que, apesar de somente 18 artigos indicarem em seus títulos e objetivos uma análise mais aprofundada do contexto pandêmico, este período atípico da história pode ter influenciado diretamente no aumento

do número de produções científicas que investigaram a temática da cultura de segurança do paciente.

Em seguida, foram identificados artigos provenientes de 75 países, o que reforça a abrangência global do interesse pela cultura de segurança do paciente. No Quadro 1, referente à distribuição dos artigos por local, visualizam-se os 20 países com mais publicações sobre cultura de segurança do paciente.

Quadro 1 - Países com mais publicações sobre cultura de segurança do paciente desde 2005

País	Contagem
Brasil	86
Estados Unidos	38
China	26
Arábia Saudita	23
Noruega	17
Espanha	16
Irã	15
Austrália	10
Reino Unido	10
Países Baixos	10
Taiwan	10
Inglaterra	7
Japão	7
Turquia	7
Egito	6
Coreia do Sul	6
Alemanha	5
Canadá	5
Etiópia	5
Malásia	5

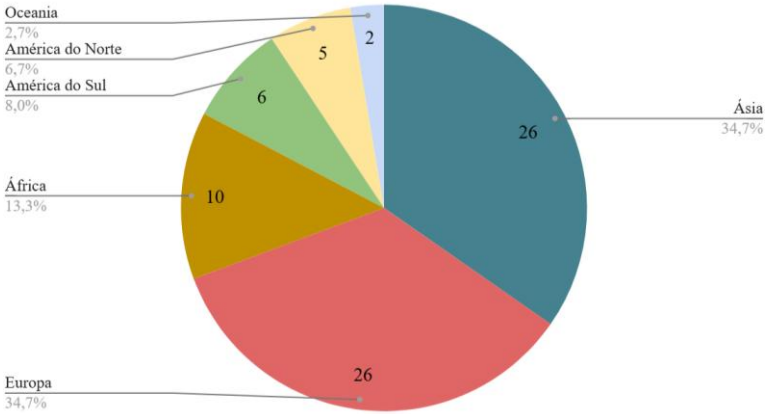
Fonte: elaboração própria (2025)

Observa-se, no Quadro 1, uma concentração de publicações sobre o tema no Brasil, uma vez que 86, do total de 657 estudos analisados, foram realizados por pesquisadores brasileiros, indicando um interesse no contexto laboral do Brasil pela cultura de segurança do paciente. Cabe destacar que a primeira publicação no país aconteceu no ano de 2012, com a adaptação transcultural do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para o contexto brasileiro (Reis; Laguardia; Martins, 2012). Observa-se um aumento no número de estudos publicados sobre a temática a partir de 2013, com o estabelecimento da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, que instituiu a Política Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Na sequência, destacam-se os Estados Unidos (38), China (26), Arábia Saudita (23) e Noruega (17), revelando uma atenção significativa ao tema também em diferentes continentes e sistemas de saúde. Esses dados evidenciam que, embora o Brasil concentre o maior número de publicações na amostra analisada, a cultura de segurança do paciente é uma preocupação internacional, o que se reflete na diversidade geográfica das pesquisas.

Ao considerar a distribuição das publicações por continente, conforme a Figura 3, verifica-se que a Ásia e a Europa concentram o maior número de países com estudos sobre cultura de segurança do paciente, totalizando 26 países que possuem publicações em cada. Em seguida, a África apresenta 10 países com publicações, enquanto a América do Sul contabiliza 6 e a América do Norte, 5. A Oceania, por sua vez, conta com 2 países que possuem estudos publicados sobre o tema. Embora a América do Sul tenha um número reduzido de países com publicações, destaca-se o Brasil como o país com o maior volume de estudos sobre cultura de segurança do paciente no mundo, o que evidencia a concentração e a relevância da produção científica nacional.

Figura 3 - Países com publicações por continente



Fonte: elaboração própria (2025)

No Quadro 2 visualiza-se a distribuição dos artigos por periódicos e sua respectiva quantidade de publicações. Com relação aos periódicos nos quais os estudos foram publicados, foram identificadas publicações em 226 revistas diferentes, com destaque para o *BMC Health Services Research* que apresentou o maior número de artigos sobre o tema, totalizando 58 publicações. Em seguida, destacam-se o *International Journal for Quality in Health Care* (25), *BMJ Open* (23), *BMC Nursing* (21) e *International Journal of Environmental Research and Public Health* (20). Outros periódicos com número expressivo de estudos incluem o *Risk Management and Healthcare Policy* (17), *Research, Society and Development – RSD* (16), *HEALTHCARE* (15), *Journal of Patient Safety* (15), Revista Brasileira de Enfermagem (14), *Journal of Nursing Management* (13), *PLOS ONE* (12), Revista Gaúcha de Enfermagem (11), *BMJ Open Quality* (10), Revista da Escola de Enfermagem da USP (10), Revista de Enfermagem UFPE Online (9), Cogitare Enfermagem (8), Enfermería Global (8), *Quality & Safety in Health Care* (8) e a Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online – RPCFO (7).

Quadro 2 - Periódicos com mais publicações sobre cultura de segurança do paciente

Revistas	Nº de Publicações
BMC Health Services Research	58
International Journal for Quality in Health Care	25
BMJ Open	23
BMC Nursing	21
International Journal of Environmental Research and Public Health	20
Risk Management and Healthcare Policy	17
Research, Society and Development (RSD)	16
Healthcare	15
Journal of Patient Safety	15
Rev Bras Enferm.	14
Journal of Nursing Management	13
PLOS ONE	12
Rev Gaúcha Enferm.	11
BMJ Open QUALITY	10
Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso)	10
Revista de enfermagem UFPE on line	9
Cogitare Enfermagem	8
Enfermería global	8
Quality & Safety in Health Care	8
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online (RPCFO)	7

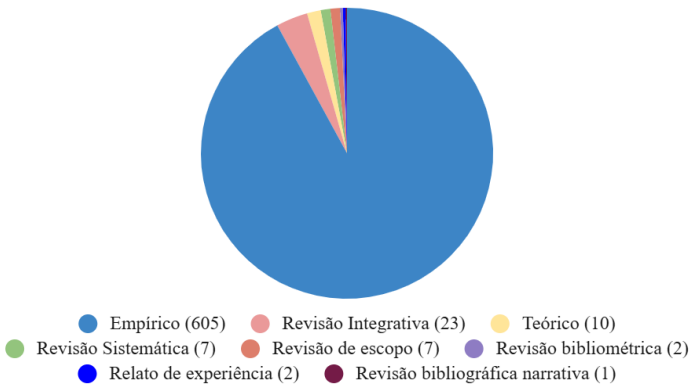
Fonte: elaboração própria (2025)

Observa-se, no Quadro 2, que a maioria dos periódicos com maior número de publicações está veiculado em língua inglesa, o que reflete a predominância do inglês na divulgação científica internacional. No entanto, periódicos nacionais em língua portuguesa, especialmente da área da Enfermagem, como a Revista

Brasileira de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista de Enfermagem UFPE Online e RPCFO, também se destacam, confirmando a expressiva produção científica sobre cultura de segurança do paciente no contexto brasileiro.

Com relação aos tipos de estudos identificados, observa-se, na Figura 4, uma predominância de pesquisas empíricas, totalizando 605 publicações. Essas publicações utilizaram métodos científicos variados, com a utilização de diferentes técnicas como aplicações de instrumentos quantitativos, entrevistas semiestruturadas e grupos focais, para identificar a percepção de cultura de segurança do paciente em diferentes contextos culturais e de saúde. Foram identificadas, ainda, 23 revisões integrativas da literatura, 10 estudos de natureza teórica, 7 revisões sistemáticas e 7 revisões de escopo. Além disso, constaram 2 revisões bibliométricas, 2 relatos de experiência e 1 revisão bibliográfica narrativa.

Figura 4 - Tipos de estudos



Fonte: elaboração própria (2025)

Importante ressaltar que, como apresentado na Figura 4, somente 2 revisões bibliométricas foram realizadas desde o ano de 2005, até 2025. O primeiro estudo foi publicado no ano de 2011, por pesquisadores colombianos (Gómez Ramírez *et al.*, 2011). A segunda (e última) publicação bibliométrica data do ano de 2014 e

foi realizada por pesquisadores brasileiros com o objetivo de descrever as características da produção científica sobre segurança do paciente, relacionada tanto ao gerenciamento de segurança e cultura organizacional, quanto ao tipo de publicação, ano, veículo de publicação, país, idioma e temática abordada (Camargo Tobias *et al*., 2014).

Ademais, explorou-se também os resultados acerca das instituições com maior número de publicações relacionadas à cultura de segurança do paciente, totalizando 222 instituições com produções sobre a temática, o que destaca relevância e o envolvimento de universidades e centros de pesquisa de diferentes países. O Quadro 3 elenca as 20 instituições com mais publicações dentre os estudos analisados.

Quadro 3 - Instituições com mais publicações sobre cultura de segurança do paciente.

Instituição	Contagem Final
Universidade Federal de Santa Catarina	12
Vrije Universiteit Amsterdam	12
Netherlands Institute for Health Services Research	12
Utrecht University	10
Universidade de São Paulo	7
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	6
Universidade Federal de Minas Gerais	6
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	6
Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS (UNIJUÍ)	6
University of Michigan	5
American University of Beirut	5
King Saud University	5
Toho University	8
University of Bergen	5
University of Oslo	5

Akershus University Hospital	5
Peking University	5
University of Manchester	4
Pennsylvania Commonwealth System of Higher Education	4
University of Pittsburgh	4

Fonte: elaboração própria (2025)

Conforme evidenciado no Quadro 3, três instituições lideram com 12 publicações cada: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no Brasil, e *Vrije Universiteit Amsterdam* e o *Netherlands Institute for Health Services Research*, ambas localizadas nos Países Baixos. Na sequência, a *Utrecht University*, também dos Países Baixos, apresenta 10 publicações, e a *Toho University* (Japão) apresenta 8 publicações. Na relação observa-se uma acentuada participação de universidades brasileiras com destaque em produções científicas na área: a Universidade de São Paulo (USP) com 7 publicações, seguida da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS (UNIJUÍ), todas com 6 publicações. Esses achados evidenciam o protagonismo de instituições brasileiras na pesquisa sobre segurança do paciente, representando metade das 10 primeiras posições da lista.

Internacionalmente, instituições como a *University of Michigan* (Estados Unidos), *American University of Beirut* (Líbano), *King Saud University* (Arábia Saudita), *University of Bergen* (Noruega), *University of Oslo* (Noruega), *Akershus University Hospital* (Noruega), *Peking University* (China), *University of Manchester* (Inglaterra), *Pennsylvania Commonwealth System of Higher Education* (Estados Unidos) e *University of Pittsburgh* (Estados Unidos) também figuram como destaques e apresentam entre 4 e 5 publicações cada, refletindo uma diversidade geográfica na produção científica sobre o tema.

Em virtude da participação expressiva de instituições brasileiras entre as que mais publicam estudos sobre cultura de segurança do paciente, é relevante analisar onde ocorre a contribuição nacional. No geral, foram identificadas publicações de 222 instituições diferentes, sendo que 103 delas são instituições brasileiras. Destaca-se que a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) é a instituição brasileira com o maior número de publicações sobre o tema, com 12 estudos, seguida pela Universidade de São Paulo (USP), com 7 publicações, além das demais instituições brasileiras já mencionadas anteriormente no Quadro 3.

Outras universidades também se destacam na produção científica nacional, conforme abordado no Quadro 4, embora não estejam entre as 20 principais instituições que mais produzem: Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Estadual de Maringá (UEM), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Universidade Federal do Piauí (UFPI), cada uma com três publicações, reforçando o compromisso das universidades brasileiras com o desenvolvimento de conhecimentos que contribuam para a qualificação da atenção à saúde.

Quadro 4 - Instituições brasileiras com mais publicações sobre cultura de segurança do paciente

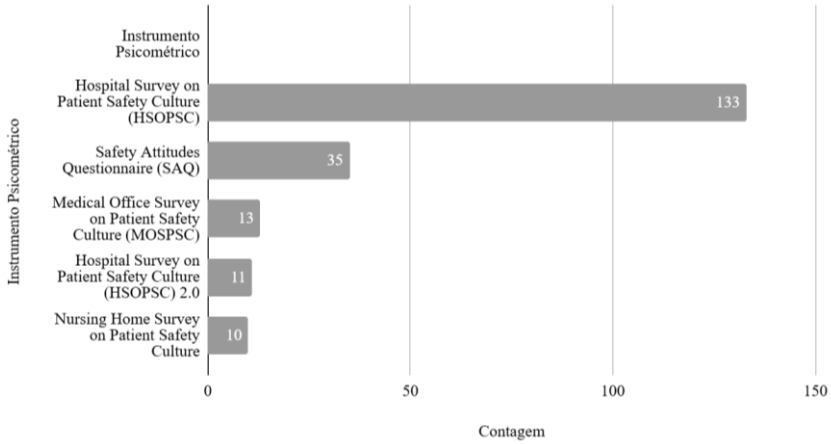
Instituição	Contagem Final
Universidade Federal de Santa Catarina	12
Universidade de São Paulo	7
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	6
Universidade Federal de Minas Gerais	6
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	6
Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS (UNIJUÍ)	6
Universidade Federal de Goiás	3
Universidade Estadual de Maringá	3

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	3
Universidade Federal do Piauí	3

Fonte: elaboração própria (2025)

Por fim, foi realizada a análise das técnicas utilizadas nas pesquisas. Foram identificados 122 instrumentos quantitativos distintos, o que reflete a diversidade de abordagens na mensuração da cultura de segurança do paciente. Na Figura 5 é possível identificar os cinco principais instrumentos utilizados.

Figura 5 - Instrumentos quantitativos mais utilizados nos estudos



Fonte: elaboração própria (2025)

Como é possível observar na Figura 5, destaca-se amplamente o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), empregado em 133 estudos, como o instrumento mais utilizado. O HSOPSC foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, no ano de 2004, com o objetivo de auxiliar na identificação da cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar (Reis *et al*., 2016). Esta agência atualizou a versão deste instrumento no ano de 2019, a fim de corrigir alguns aspectos do instrumento e melhorar sua eficácia. Porém, como é possível observar na Figura 4, o número de estudos

que utilizaram o HSOPSC, versão 2, ainda é reduzido, com somente 11 publicações até o momento.

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) aparece como o segundo instrumento mais utilizado, em 35 estudos. Este questionário foi elaborado no ano de 2006 por Sexton *et al*. para avaliar atitudes de segurança individuais (Carvalho, 2011). Os outros dois instrumentos desta lista foram o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), com 13 estudos, e o *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSOPSC), com 10 aplicações. Esses dois instrumentos são variações do HSOPSC. O MOSPSC foi desenvolvido com o propósito de mensurar questões relacionadas à segurança do paciente e a qualidade do cuidado, fomentando a cultura de avaliação como prática de acompanhamento e gestão no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) (Timm; Rodrigues, 2016). Já o NHSOPSC foi desenvolvido para avaliar a cultura de segurança do paciente em lares de idosos (ILPI) (Vrotsou *et al*., 2021).

Observa-se que há uma predominância da utilização de instrumentos de avaliação de cultura de segurança do paciente em contextos hospitalares. Verifica-se, ainda, que há ampla aceitação internacional pela realização de pesquisas sobre esta temática, o que contribui para a comparabilidade entre estudos e para a padronização da avaliação da cultura de segurança em diferentes instituições e países.

Considerações Finais

A revisão bibliométrica desenvolvida neste estudo permitiu compreender de forma ampla e sistematizada, como a temática da cultura de segurança do paciente tem sido abordada na literatura científica desde sua consolidação enquanto objeto de investigação. Observa-se que, embora o interesse pela segurança do paciente remonte à década de 1970, foi a partir de 2002 que a discussão sobre o tema passou a ocupar maior centralidade nos debates acadêmicos e nas políticas de saúde, impulsionada pela publicação do livro

Erro Médico (Forster, 2002) e pela Resolução WHA55.18 da Organização Mundial da Saúde – *Quality of care: patient safety*, também de 2002. Esses marcos evidenciam a mobilização internacional em torno da necessidade de reconhecer a segurança como pilar estruturante da qualidade do cuidado e, ao mesmo tempo, de compreender a cultura organizacional como fator determinante para a ocorrência ou prevenção de eventos adversos, por representar valores que fundamentam o comportamento dos indivíduos nas organizações.

Em nível nacional, os resultados desta pesquisa confirmam a ascensão do tema nas últimas décadas, especialmente a partir de 2013, com a instituição do Plano Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. A partir desse marco regulatório, verifica-se um crescimento notável nas produções nacionais, com o Brasil assumindo um protagonismo internacional ao liderar o número de publicações sobre o tema, tanto em comparação a outros países, quanto no volume de instituições envolvidas. Tal destaque evidencia o esforço nacional em consolidar a cultura de segurança do paciente como componente essencial da atenção à saúde. No entanto, apesar do crescimento quantitativo, os achados apontam para a predominância de estudos empíricos com foco na aplicação de instrumentos já consolidados, como o HSOPSC, revelando ainda uma lacuna em estudos de natureza teórica, revisões sistemáticas e, sobretudo, revisões bibliométricas. Ainda, com relação ao HSOPSC, observa-se que foi identificado um número reduzido de estudos que utilizam a versão mais recente do instrumento (HSOPSC versão 2), atualizada pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), em 2019. A adoção ainda limitada dessa nova versão aponta para uma lacuna relevante na literatura, reforçando a importância de estudos futuros que explorem sua validade, aplicabilidade e contribuições para o aprimoramento das práticas organizacionais voltadas à segurança do paciente.

A escassez de pesquisas bibliométricas identificadas, visto que foram identificadas apenas duas publicações anteriores com esse enfoque, desde 2005, reforça a originalidade e relevância do

presente estudo. A bibliometria, ao permitir a identificação de tendências, padrões e lacunas na produção científica, oferece uma base concreta para nortear decisões estratégicas na formulação de políticas públicas, desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação e aprofundamento teórico. Nesse sentido, os dados apresentados podem servir como subsídios para pesquisadores, gestores, profissionais da saúde e formuladores de políticas públicas no direcionamento de futuras investigações, com vistas a ampliar a compreensão sobre os determinantes da cultura de segurança do paciente em diferentes contextos, incluindo serviços de atenção primária, unidades de longa permanência e ambientes de ensino e pesquisa, dentre outros.

Por fim, destaca-se que a cultura de segurança do paciente constitui um campo dinâmico e interdisciplinar, cuja efetividade depende do envolvimento ativo de diferentes atores e do compromisso institucional com práticas não punitivas, transparentes e colaborativas. A ampliação do conhecimento científico sobre o tema deve ser acompanhada do fortalecimento de ações concretas diretamente nas organizações de saúde, capazes de transformar valores e comportamentos cotidianos em práticas que sejam mais seguras e sustentáveis. Assim, o presente estudo mapeia a trajetória da produção científica sobre cultura de segurança do paciente e também contribui para reafirmar sua importância como objeto de estudo e ação permanente no campo da saúde coletiva e das ciências humanas aplicadas à saúde.

Referências

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Agency for Healthcare Research and Quality**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/. Acesso em: 8 maio 2025.

ANDRADE, L. K. de *et al*. Notificações de incidentes de segurança do paciente em um hospital do Sul do Brasil. **Revista de**

Enfermagem da UFSM, v. 10, e83, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5902/2179769241990. Acesso em: 8 jul. 2025.
ARAÚJO, C. A. A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**, v. 12, n. 1, 2006. Disponível em: http://doi.org/10.19132/1808-5245121. Acesso em: 8 jul. 2025.
ASHCROFT, D. M.; MORECROFT, C.; PARKER, D.; NOYCE, P. R. Safety culture assessment in community pharmacy: Development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 6, p. 417–421, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014332. Acesso em: 4 fev. 2025.
BATALHA, E. M. S. D. S.; BORGES, E. M. D. N.; MELLEIRO, M. M. 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. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/yh6hYdR4XVLXB5PpKZ3qLcL/?lang=pt. Acesso em: 14 jul. 2025.
BLEY, Z. L. **Trabalhar em equipe: uma abordagem contemporânea**. São Paulo: Editora Leader, 2007.
CAMARGO TOBIAS, G. *et al*. Cultura de segurança do paciente na área da saúde: um estudo bibliométrico. **Enfermagem Global**, v. 13, n. 33, p. 336–348, 2014. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017&lng=es&tlng=es. Acesso em: 8 jul. 2025.
CARVALHO, T. C. S. B. *et al*. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3120, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2921.3120. Acesso em: 8 jul. 2025.
DENNING, M. *et al*. What has been the impact of Covid-19 on Safety Culture? A case study from a large metropolitan teaching hospital. **MedRxiv**, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1101/2020.07.22.20129080. Acesso em: 8 jul. 2025.
FERREIRA, M. A. Um estudo bibliométrico sobre a gestão transfronteiriça de Ghoshal. **Multinational Business Review**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 357-375, 2011. Disponível em: https://www.research

gate.net/publication/285865569_A_bibliometric_study_on_Ghoshal's_managing_across_borders. Acesso em: 14 jul. 2025.
FORSTER, N. **Erro médico**. 1. reimp. São Leopoldo: Unisinos, 2003.
FRAZIER, D. M. *et al*. A hierarchical factor analysis of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Journal of Safety Research**, v. 45, p. 15–26, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.10.010. Acesso em: 8 jul. 2025.
GINSBURG, L.; NORTON, P. G.; CASEBEER, A.; LEWIS, S. An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture. **Health Services Research**, v. 40, n. 4, p. 997–1020, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00401.x. Acesso em: 4 fev. 2025.
GÓMEZ RAMÍREZ, O. J. *et al*. Uma mirada real da cultura de segurança do paciente. **Avances en Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 363–374, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000200015. Acesso em: 8 jul. 2025.
INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C.: National Academies Press, 1999. Disponível em: https://doi.org/10.17226/9728. Acesso em: 8 jul. 2025.
JOB, J. R. P. P.; SILVA, R. M. D.; MOREIRA, M. F. S. **Cultura de segurança do doente em contexto de bloco operatório: A perceção dos enfermeiros**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Minho. Disponível em: http://hdl.handle.net/1822/68324. Acesso em: 8 jul. 2025.
LIMA, P. R. F.. **Análise da cultura de segurança do paciente em uma maternidade de alta complexidade como uma forma de prevenção e mitigação de eventos adversos: uma contribuição da ergonomia organizacional à segurança do paciente**. 2021. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
MADALOZZO, D.; ZANELLI, J. C. **Psicologia e contemporaneidade: fatores psicossociais em diferentes contextos**. Caxias do Sul: EDUCS, 2016.
MADALOZZO, M. M.; BUENO, D. B.; MICHELIN, F. T.; KLANOVICZ, M. P. **O protagonismo dos profissionais da saúde**

no fortalecimento da cultura de segurança do paciente: considerações acerca dos fatores psicossociais do trabalho. In: Madalozzo, Magda Macedo; Conte, Raquel Furtado; Godoy, Rossane Frizzo de. (Org.). Psicologia e contemporaneidade [recurso eletrônico]: fatores psicossociais em diferentes contextos. 1ed.Caxias do Sul: EDUCS, 2021, v. Único, p. 165-192. Link de acesso: https://www.ucs.br/educs/arquivo/ebook/psicologia-e-contemporaneidade-fatores-psicossociais-em-diferentes-contextos/

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 150(62), p. 43, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 8 jul. 2025.

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE. **National Academy of Medicine**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: https://nam.edu/. Acesso em: 8 maio 2025.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Avaliação da cultura de segurança: uma ferramenta para melhorar a segurança do paciente em organizações de saúde. **BMJ Quality & Safety**, [s.l.], v. 12, supl. 2, p. ii17-ii23, 2003. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.short?casa_token=4Ise7ifRaXcAAAAA:y8Xw5f4cnGkqccdolcPzsU4eZo0JWNI--kcAH-OQVNqfMvqAGa_YNmeMuTVPgYkxVGM3Tgrq2iUww8k. Acesso em: 14 jul. 2025.

OLIVEIRA JUNIOR, N. J. D. *et al*. Challenges of safety culture in Surgical Center: mixed methods study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 32, e4206, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/D8vM8CwgTtzVQhVpzYckxSF/?lang=pt. Acesso em: 14 jul. 2025.

OLIVEIRA, F. D. S.; PESSOA, R. A.; CAMPÊLO, C. L.; CAVALCANTE, L. P. Cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico em um hospital de emergência do Amazonas: perspectivas da equipe de saúde. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 51, e20243743, 2024. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rcbc/a/zqHfgWQtHtwckbPbgnLJXPd/?lang=pt. Acesso em: 14 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Quality of care: patient safety: resolution WHA55.18. 55ª Assembleia Mundial da Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segurança do paciente**. 13 set. 2023. Disponível em: https://www.who.int/pt/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety. Acesso em: 8 jul. 2025.

RANQUETAT, V. C. *et al*. Impacto e retenção de conhecimento: avaliação de um curso sobre segurança do paciente em equipe de enfermagem de um hospital privado. **Caderno Pedagógico**, [s.l.], v. 21, n. 13, p. e12985-e12985, 2024. Disponível em: https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/12985

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC) versão brasileira 2.0. Proqualis. 2019. Disponível em: https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Artigo Proqualis HSOPSC 2.0 version %281%29 %281%29.pdf

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2199–2210, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019. Acesso em: 8 jul. 2025.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; VASCONCELOS, A. G. G.; MARTINS, M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): A pilot study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 11, e00115614, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614. Acesso em: 4 fev. 2025.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, p. 123-130, 2015. Disponível em: https://www.scielo.

br/j/reeusp/a/3MN5NgGrpLMHKxWpJJghHDN/?format=html. Acesso em: 14 jul. 2025.
SORRA, J. S.; DYER, N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research**, [s.l.], v. 10, p. 1-13, 2010. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-10-199. Acesso em: 14 jul. 2025.
STAINES, A. *et al*. COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 33, n. 1, 2021. Disponível em: https://academic.oup.com/intqhc/article/33/1/mzaa050/5836316. Acesso em: 8 jul. 2025.
TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 26–37, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005. Acesso em: 8 jul. 2025.
VROTSOU, K. *et al*. Nursing Home Survey on Patient Safety Culture: cross-cultural validation data from Spanish nursing homes. **Journal of Patient Safety**, v. 17, n. 4, p. e306–e312, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000618. Acesso em: 8 jul. 2025.

FATORES PSICOSSOCIAIS NO CONTEXTO DE TRABALHO HOSPITALAR

Alexandra Carol Cioato
Isadora Camana Ditadi
Maria Eduarda Casagranda
Valentina Del Pino Borghetti
Silvana Regina Ampessan Marcon

Introdução

O trabalho em contexto hospitalar caracteriza-se por complexidade técnica, emocional e organizacional, exigindo dos profissionais constante tomada de decisão, interação com equipes multiprofissionais e contato direto com o sofrimento humano. Nesse contexto, as condições e a organização do trabalho podem exercer influência significativa sobre o bem-estar, a saúde, o desempenho dos trabalhadores e consequentemente o cuidado do paciente. Entre os elementos que permeiam essa dinâmica, destacam-se os fatores psicossociais do trabalho, compreendidos como aspectos relacionados às interações entre o indivíduo, o ambiente laboral e a organização do trabalho, capazes de impactar diretamente a saúde física e mental dos profissionais e dos demais envolvidos neste contexto.

Nos últimos anos, a temática dos fatores psicossociais no trabalho tem ganhado crescente atenção no campo da saúde ocupacional e da psicologia do trabalho, especialmente em contextos hospitalares. Esse cenário é marcado por demandas intensas, jornadas prolongadas, exposição a riscos biológicos, pressões assistenciais e exigências emocionais decorrentes do cuidado com pacientes e familiares. Tais condições podem contribuir para o surgimento de estressores ocupacionais e para o desenvolvimento de agravos à saúde dos trabalhadores, como

estresse, sofrimento psicológico e síndrome de burnout, que consequentemente podem interferir no cuidado do paciente.

A pandemia de COVID-19 evidenciou a vulnerabilidade dos profissionais de saúde diante de sobrecarga de trabalho, escassez de recursos e incertezas relacionadas ao cuidado e à segurança ocupacional. Nesse contexto, tornou-se ainda mais relevante compreender como os fatores psicossociais se manifestam no trabalho hospitalar e de que forma influenciam a saúde e o desempenho desses profissionais.

A partir do exposto, parece ser útil e necessário sistematizar o conhecimento produzido sobre o tema, de modo a identificar os principais estressores presentes no trabalho em saúde, seus impactos sobre os profissionais e os fatores que podem atuar como proteção. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, os fatores psicossociais relacionados ao trabalho hospitalar, bem como seus impactos na saúde dos profissionais, fatores protetores, implicações para a satisfação e o desempenho profissional e para o paciente.

Referencial Teórico

Para compreender os fatores psicossociais no trabalho hospitalar e seus impactos sobre a saúde, o bem-estar e o desempenho dos profissionais, torna-se necessário discutir os principais referenciais teóricos que fundamentam essa temática: fatores psicossociais no trabalho e contexto de trabalho hospitalar.

Fatores Psicossociais no Trabalho

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que os fatores psicossociais influenciam a saúde do trabalhador por meio das interações entre o indivíduo e o ambiente de trabalho. Esses fatores envolvem aspectos sociais, que ocorrem por meio das interações grupais, aspectos culturais, que consistem nos métodos individuais de enfrentamento de adversidades e aspectos

psicológicos, como a personalidade, crenças e atitudes (OMS, 1981, p. 4). Os fatores psicossociais no trabalho consistem nas interações entre o trabalho, seu ambiente, a satisfação no trabalho e as condições de sua organização, por um lado, e, por outro, as habilidades, necessidades, cultura e situação pessoal do trabalhador fora do trabalho, todos os quais, por meio de percepções e experiências, podem influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho.

De forma semelhante, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) propõe a interação que ocorre entre as características da organização, como o desenho do trabalho e as condições laborais, e os atributos individuais do sujeito, como a sua bagagem cultural, costumes e suas necessidades são definidos como fatores psicossociais (OIT, 1986). Através dessa interação, os fatores são suscetíveis de influenciar a saúde do trabalhador dentro e fora da organização.

Gollac e Bodier (2011), do Colégio de Expertise em Monitoramento de Riscos Psicossociais no Trabalho da França, afirmam que não existe uma definição única para riscos psicossociais. De modo geral, eles são compreendidos como riscos à saúde gerados pelo trabalho por meio de mecanismos sociais e psíquicos, relacionados às condições de trabalho e aos fatores organizacionais e relacionais. Esses riscos podem afetar a saúde mental, social e física dos trabalhadores, tendo origem em aspectos psicológicos e sociais do trabalho.

Conforme documento do Ministério do Emprego e Segurança Social da Espanha (2012), uma maneira para compreender os riscos psicossociais no trabalho baseia-se nas teorias do estresse. Esses riscos estão relacionados a aspectos da organização e do ambiente social de trabalho, como carga e ritmo excessivos, comunicação deficiente, falta de apoio, trabalho em turnos, baixa participação nas decisões e conflitos interpessoais ou entre trabalho e vida familiar. Tais fatores podem gerar estresse ocupacional, considerado um risco psicossocial por seus possíveis impactos na saúde. Seus efeitos podem ser físicos, psíquicos e comportamentais.

Embora o estresse não seja uma doença, pode desencadear agravos à saúde e contribuir para o desenvolvimento de burnout (Ministerio de Empleo y Seguridad Social de la España, 2012). Os fatores psicossociais de risco no trabalho podem ser, muitas vezes, caracterizados como fatores estressores de trabalho e, por este motivo, a visibilidade do tema riscos psicossociais no trabalho passa a ser compreendida como uma extensão do termo estresse (Costa; Santos, 2013).

É importante destacar que os fatores psicossociais, tanto de risco quanto de proteção no trabalho, são complexos e representam a soma das percepções e experiências do trabalhador e abrangem muitos aspectos. Alguns deles relacionam-se ao trabalhador individual, enquanto outros estão ligados às condições e ao ambiente de trabalho. Outros ainda se referem a influências econômicas e sociais externas ao local de trabalho. Zanelli e Kanan (2019) abordam três âmbitos dos fatores psicossociais: os fatores inerentes ao indivíduo, que incluem características como capacidade de enfrentamento e adaptação, autoestima e habilidades sociais; os fatores internos ao trabalho, que abordam questões como condições do ambiente de trabalho, das tarefas e do grupo de trabalho; e, por fim, os fatores externos ao trabalho, que envolvem situações econômicas, familiares, sociais e culturais. A Figura 1 demonstra os âmbitos dos fatores psicossociais relacionados ao trabalho. Evidencia-se que os fatores psicossociais são divididos em três categorias: fatores do indivíduo (trabalhador); fatores internos ao trabalho e fatores externos ao trabalho.

Figura 1

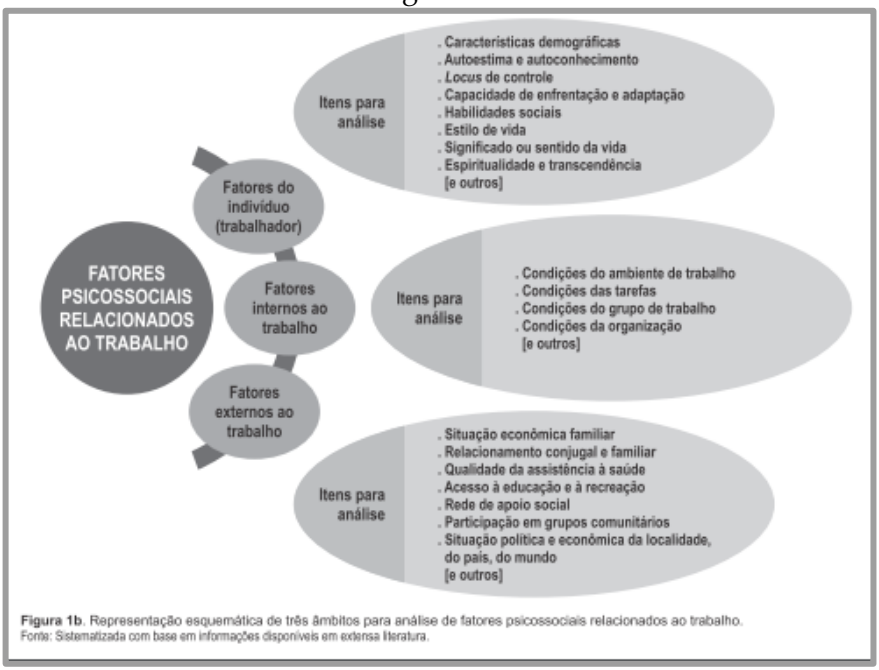


Figura 1b. Representação esquemática de três âmbitos para análise de fatores psicossociais relacionados ao trabalho.
Fonte: Sistematizada com base em informações disponíveis em extensa literatura.

Fonte: (Zanelli & Kanan, 2019).

Além disso, os autores propõem que os fatores psicossociais estão intrinsecamente ligados às organizações, espaços e comunidades nos quais o indivíduo está inserido. Segundo eles, a construção de uma organização saudável ocorre por meio da promoção de fatores de proteção psicossocial, que favorecem interações benéficas para a instituição, como a resiliência, que atua como uma característica emancipatória em situações de riscos e adversidades. Os danos psicossociais não dependem do contexto das atividades diretas de trabalho e das condições organizacionais, estando associados a variáveis de natureza individual. Por outro lado, intervenções de ordem clínica apresentam eficácia reduzida a longo prazo, devido à sua recorrência e ao fato de o trabalhador retornar às mesmas condições que determinam as consequências danosas. Os fatores podem representar tanto riscos quanto amparo e proteção ao sujeito (Zanelli; Kanan, 2019).

Como síntese, é possível afirmar que os fatores psicossociais no trabalho resultam de uma complexa interação entre características individuais, condições e organização do trabalho e influências externas ao contexto laboral. Conforme apontam organismos internacionais e diferentes abordagens teóricas, esses fatores podem atuar tanto como fontes de risco quanto de proteção, influenciando diretamente a saúde, o desempenho e a satisfação dos trabalhadores. Quando associados a condições adversas, como sobrecarga, conflitos e falta de apoio, podem desencadear estresse ocupacional e agravos físicos, psíquicos e comportamentais. Dessa forma, a compreensão e a gestão dos fatores psicossociais tornam-se necessários para a promoção da saúde no trabalho, exigindo intervenções que considerem o indivíduo, a organização e o contexto social mais amplo.

Contexto de Trabalho Hospitalar

O contexto de trabalho hospitalar é um ambiente multifacetado que engloba aspectos organizacionais, estruturais e relacionais, os quais influenciam diretamente a qualidade do cuidado prestado e o bem-estar dos profissionais de saúde. Segundo Ferreira e Mendes (2008), esse contexto pode ser analisado em três dimensões principais: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais. A organização do trabalho refere-se à estrutura e aos processos de gestão, incluindo a divisão de tarefas, a produtividade esperada e os prazos.

As condições de trabalho envolvem a infraestrutura física do ambiente hospitalar, como espaço, iluminação, temperatura e equipamentos disponíveis. Já as relações socioprofissionais abrangem as interações sociais no ambiente de trabalho, incluindo relações hierárquicas com superiores, relações coletivas com membros da equipe e interações externas com pacientes e familiares. Essas dimensões são interdependentes e moldam a experiência dos profissionais de saúde, impactando tanto a

eficiência dos serviços quanto a saúde mental e física dos trabalhadores.

Além disso, um estudo realizado no Hospital Regional do Agreste com profissionais de enfermagem apontou que os profissionais enfrentam dificuldades no seu dia a dia. Entre elas, destaca-se que necessitam de mais segurança e informação para prestar um serviço de qualidade. Observou-se uma escassez dos materiais disponibilizados pelo hospital, o que pode prejudicar o trabalho dos enfermeiros, bem como o cuidado com o paciente. Outro ponto é em relação à atualização constante de conhecimento sobre o assunto, que foi relatado pelos enfermeiros como uma necessidade. Desse modo, observou-se que esses obstáculos podem interferir no cuidado com o paciente (Almeida *et al*., 2023).

A hospitalização pode fazer com que o indivíduo desenvolva sentimentos negativos, como insatisfação e ansiedade, que ocorrem principalmente pela distância do convívio familiar e o longo período de tempo em um ambiente diferente do habitual. Desse modo, a expectativa do paciente sobre a qualidade do cuidado que receberá, pode influenciar na assistência que, de fato, irá receber (Oliveira & Guirardello, 2006).

Oliveira e Guirardello (2006) afirmam que é importante entender a percepção do paciente sobre o cuidado que ele recebe, pois pode ajudar os profissionais de enfermagem a pensar em maneiras de planejar o auxílio e prestar um serviço de qualidade. Os autores reforçam que o estabelecimento de vínculo com o paciente, a partir do processo de cuidado fornecido pelo enfermeiro, ou por qualquer outro profissional da saúde, resulta em sentimentos de confiança e segurança no paciente em relação ao cuidado recebido, o que, consequentemente, gera uma melhoria na comunicação do trabalho ofertado.

Em suma, ao integrar o entendimento do contexto organizacional, das condições de trabalho e da percepção do paciente, evidencia-se que o fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores e pacientes é importante para promover um cuidado

hospitalar humanizado, seguro e eficiente, gerando repercussões positivas para profissionais e pacientes.

Método

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir das etapas propostas por Botelho, Cunha e Macedo (2011) com caráter descritivo. Este tipo de pesquisa é utilizada no ambiente acadêmico e tem como objetivo o aprimoramento e a atualização do conhecimento por meio da investigação científica de obras publicadas (Sousa; Oliveira; Alves, 2021). A pesquisa foi efetuada no dia dez de dezembro de 2024, nas bases de dados Web of Science, Scopus e Scielo. O descritor utilizado foi "*psychosocial factors*" AND "*hospital work*". Definiu-se como critérios de seleção artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, com abrangência no filtro ano de publicação: 2022-2024. Foram encontrados 97 artigos na base de dados Web of Science, 10 na base de dados Scielo e 258 na base de dados *Scopus*, totalizando 330 artigos após a retirada dos documentos repetidos. As análises foram realizadas a partir da leitura do tema de pesquisa, dos resumos e dos artigos na íntegra. Foram selecionados 82 estudos e os resultados da apuração serão descritos a seguir.

Resultados

Após a leitura dos estudos encontrados foi identificado que a pandemia de COVID-19 intensificou os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, evidenciando a forte influência dos fatores psicossociais nas condições de trabalho e na saúde desses trabalhadores. Diversos estudos apontam que demandas elevadas, jornadas prolongadas, escassez de recursos, exposição a riscos físicos e conflitos entre vida pessoal e profissional contribuíram para o aumento do estresse ocupacional, do sofrimento psicológico e do burnout. Ao mesmo tempo, pesquisas também destacam a importância de fatores protetivos, como

suporte social, liderança adequada e estratégias de enfrentamento, para mitigar os impactos negativos e promover o bem-estar e a qualidade do cuidado em saúde.

A partir da análise dos estudos incluídos, os resultados foram organizados em quatro categorias temáticas, construídas com base na similaridade dos achados reportados: (1) estressores e fatores psicossociais de risco no trabalho em saúde; (2) impactos na saúde mental e física dos profissionais; (3) fatores protetores e estratégias de enfrentamento; e (4) satisfação no trabalho e desempenho profissional. Essa organização permitiu sistematizar os principais elementos que influenciam as condições de trabalho e o bem-estar dos trabalhadores da saúde.

Estressores e fatores psicossociais de risco no trabalho em saúde

Durante a pandemia de COVID-19, múltiplos estudos evidenciaram que profissionais de saúde enfrentaram estressores significativos associados às condições de trabalho, riscos físicos, pressão por produtividade e conflitos entre a vida pessoal e profissional. Muthia, Huriani, Mailani e Sarfika (2022) observaram que os enfermeiros na Indonésia relataram preocupações intensas com a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), sendo que estado civil e presença de filhos se correlacionaram com maior estresse e sofrimento psicológico. De maneira semelhante, Aditya *et al*. (2022) destacaram que fatores como idade, horas de trabalho, recursos limitados e demandas pessoais foram determinantes para o estresse de profissionais de saúde.

Ficou evidente nos estudos de Polanco, Rocca e Cossio-Ale (2024), que fatores psicossociais negativos são uma realidade para muitos trabalhadores, especialmente os profissionais de saúde. Há uma correspondência entre fatores psicossociais negativos e a Síndrome de Burnout. Polanco, Rocca e Cossio-Ale (2024) afirmam que os fatores são caracterizados principalmente pelas condições do local de trabalho, função, desenvolvimento de carreira e carga de trabalho. Esses são percebidos como os elementos mais

associados à Síndrome de Burnout em profissionais de saúde compostos por médicos, enfermeiros e técnicos.

Alam *et al*. (2023) apontaram que os enfermeiros enfrentam distúrbios musculoesqueléticos devido à permanência em posições fixas, levantamento inadequado de pacientes e torção da coluna, agravados por carga de trabalho excessiva e estresse. De forma semelhante, Baharudin *et al*. (2023) evidenciam as relações entre fatores psicossociais organizacionais e distúrbios musculoesqueléticos (DMEs) entre enfermeiros no âmbito hospitalar. Os resultados demonstraram que, no período de um ano, o suporte do supervisor foi significativamente associado aos DMEs, por outro lado, todos os outros componentes de fatores psicossociais organizacionais, como latitude de decisão, demanda psicológica do trabalho, suporte do colega de trabalho e insegurança no emprego não foram estatisticamente significativos em associação com DMEs.

Aliaga-Zamora *et al*. (2022) demonstraram que níveis elevados de risco psicossocial reduzem a satisfação laboral, evidenciando a importância de controle desses fatores. Os riscos psicossociais estudados foram divididos em componentes psicológicos e sociais. Entre os psicológicos, destacam-se: carga mental (87,16 % das enfermeiras relataram sofrer deste fator), alterações psicobiológicas (87,16 %), variabilidade física e mental (85,14 %) e processos de decisão e controle (92,57 %). Já os sociais incluíram: entorno laboral (80,41 %), organização e responsabilidade laboral (75 %), informação oportuna (100 %), capacitação laboral (56,76 %) e jornada de trabalho (87,16 %), sendo a maioria percebida como fator de estresse ou insatisfação. O estudo confirmou uma correlação negativa significativa entre os componentes de risco psicossocial e a satisfação laboral, evidenciando que, quanto maior a percepção de risco, menor a satisfação no trabalho. Já Van Vo *et al*. (2024) realizaram um estudo com os farmacêuticos hospitalares no sul do Vietnã. Notou-se que esses profissionais vivem em equilíbrio entre suas vidas pessoais e profissionais, porém,

percebe-se que existem níveis significativos de estresse relacionados ao trabalho.

Cantero *et al*. (2024) identificaram altos níveis de ansiedade em residentes hospitalares, favorecendo estratégias de enfrentamento desadaptativas. Claudino, Pinote e Manzano (2024), por meio do COPSOQ-II, mostraram que ritmos de trabalho intensos e exigências cognitivas e emocionais constituem riscos moderados à saúde dos trabalhadores. Garay e Parra (2022) concluem que os profissionais de enfermagem estão expostos a fatores de risco psicossociais fora do ambiente de trabalho, podendo interferir negativamente na saúde física e mental. Entre os principais riscos estão dificuldades nas relações interpessoais e condições inadequadas da habitação e do entorno residencial. O estudo propõe implementar ações voltadas para a promoção e prevenção desses riscos e intervenções para evitar que esses fatores extra laborais afetem o desempenho profissional.

Van Herpen *et al*. (2023) realizaram um estudo qualitativo para investigar os fatores que influenciam o bem-estar de profissionais de serviços médicos de emergência por helicóptero (HEMS) em um contexto de trabalho desafiador. Por meio de 16 entrevistas semiestruturadas com membros da equipe de HEMS de um hospital universitário na Holanda, os pesquisadores identificaram dez categorias principais que afetam o bem-estar desses profissionais: equipe e colaboração, estratégias de enfrentamento, procedimentos, apoio informal entre colegas, suporte organizacional e acompanhamento, motivações e impulsos, atitudes, outros estressores, eventos potencialmente traumáticos e impacto emocional. Os resultados indicaram que, embora o trabalho em HEMS envolvam exposição a situações emocionalmente desafiadoras, os profissionais demonstram forte motivação, engajamento no trabalho e utilizam diversas estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse. Além disso, a necessidade percebida de suporte organizacional e acompanhamento psicológico foi considerada baixa entre os participantes.

De Avila Arroyo *et al*. (2023) relataram que o estresse laboral em enfermeiros pode decorrer de fatores como carga de trabalho, incerteza nos tratamentos, preparo insuficiente, contato com a morte e sofrimento dos pacientes, refletindo fragilidades na equipe. Fattahi *et al*. (2023) relataram uma alta prevalência de síndrome de burnout ocupacional entre profissionais da saúde pública, indicando que esses efeitos negativos estão relacionados a condições de trabalho estressantes enfrentadas por esse grupo. O estudo analisou trabalhadores do sistema de saúde pública em uma província do Marrocos, destacando a importância de reconhecer e mitigar os fatores psicossociais que contribuem para o esgotamento profissional nessa população. Paskarini *et al*. (2022) reforçaram que demandas de trabalho, comportamento ofensivo e conflitos de dupla função estão associadas ao burnout em enfermeiros.

Kaltenegger *et al*. (2023) observaram que a sobrecarga ocasionada pelo uso de tecnologias é um estressor ocupacional, que acarreta em consequências para a saúde mental. Denis *et al*. (2023) avaliaram os riscos psicossociais entre médicos de um hospital pediátrico universitário, utilizando uma checklist validada que analisa o contexto organizacional e fatores-chave do ambiente de trabalho. Foram identificados altos níveis de sobrecarga, estresse contínuo, exaustão, conflitos entre vida pessoal e profissional, e violência verbal. Além disso, muitos médicos relataram falta de apoio dos superiores, pouco reconhecimento, dificuldade de cooperação entre colegas e medo de buscar ajuda psicológica por receio de julgamento.

Cunha *et al*. (2023), a partir da perspectiva da Análise Institucional, destacam que a pandemia de COVID-19 evidenciou o sofrimento de enfermeiras, revelando condições sociais, institucionais e políticas que afetam sua saúde e qualidade de vida. O estudo mostra que esse sofrimento não é resultado apenas do contato com a doença, mas também das condições de trabalho, do reconhecimento insuficiente, do apoio institucional limitado e das desigualdades estruturais presentes no ambiente profissional. As autoras enfatizam a importância de pesquisas em saúde que

considerem essas especificidades, de modo a compreender melhor a experiência de quem cuida e propor medidas que reduzam os impactos negativos sobre os profissionais.

Beschoner *et al*. (2023) examinaram a prevalência do desequilíbrio esforço-recompensa (DER) entre profissionais de saúde durante a primeira onda da pandemia de COVID-19. Os dados foram coletados por meio de um questionário online que avaliou estressores ocupacionais, condições de trabalho, problemas relacionados à COVID-19 e recursos psicossociais, como suporte social, senso de coerência e otimismo. Fatores associados ao aumento do DER incluíram carga de trabalho elevada devido à falta de pessoal, tempo insuficiente para recuperação, sensação de proteção inadequada pelas medidas institucionais contra a COVID-19, alta taxa de ocupação das enfermarias e falta de confiança entre colegas.

Sultana *et al*. (2022) realizaram um estudo com médicos da linha de frente em Bangladesh durante a pandemia de COVID-19 e revelaram uma alta prevalência de sintomas depressivos entre os participantes, especialmente nas fases iniciais da pandemia. Diversos fatores pessoais, profissionais e psicossociais foram associados a esse quadro, como a presença de comorbidades, condições precárias de trabalho, escassez de equipamentos de proteção individual e falta de preparo das instituições de saúde. Além disso, o afastamento prolongado da família, jornadas de trabalho extensas e o medo de transmitir a doença aos entes queridos contribuíram significativamente para o agravamento do sofrimento mental. A ausência de suporte em saúde mental também dificultou a capacidade de enfrentamento dos profissionais diante dos múltiplos desafios vivenciados.

Sulistyowati *et al*. (2023) apontaram que altas demandas de trabalho e violência no ambiente laboral reduziram a satisfação e impactaram a saúde mental, prejudicando a qualidade do atendimento. Kirabira *et al*. (2022) relataram que 92,7% dos trabalhadores hospitalares em Uganda apresentaram algum nível de sofrimento psicológico, sendo fatores financeiros agravantes e

contato familiar, redes de apoio e EPIs adequados atuando como protetores. Nair e Bulgiba (2022) identificaram prevalência de ansiedade de 12,2% e depressão de 1,4% em profissionais de saúde, sendo associados ao sexo masculino e percepção de estigma. Canãvate *et al*. (2023) analisaram as diferenças na percepção de riscos psicossociais entre profissionais de saúde, considerando sexo e faixa etária. Os resultados revelaram que mulheres percebem maiores demandas de trabalho que homens, mas também dispõem de mais recursos laborais, além disso, profissionais com menos de 40 anos apresentaram menores demandas e maiores recursos, bem-estar e desempenho organizacional em comparação aos mais velhos. Osório *et al*. (2022) evidenciaram que profissionais médicos apresentaram menor risco de transtornos psicológicos, enquanto os não médicos e os que moravam sozinhos apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos, ansiedade e estresse.

Cezar-Vaz (2024) avaliou parâmetros físicos do ambiente de trabalho em unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, incluindo temperatura, umidade relativa, ruído, níveis de iluminação, e a associação entre a adequação desses parâmetros e as características físicas das instalações, bem como as percepções dos profissionais de saúde sobre a exposição a riscos físicos no ambiente de trabalho. Os resultados indicaram que a combinação de temperatura e umidade relativa apresentou níveis de conforto térmico fora dos critérios de adequação estabelecidos, especialmente em salas de consulta e de procedimentos. Além disso, fatores como a percepção de exposição ao ruído e a presença de janelas nas salas de atendimento influenciaram as percepções dos profissionais sobre os riscos físicos no ambiente de trabalho.

Ding *et al*. (2023) abordaram os efeitos da violência no local de trabalho e evidenciaram seu impacto negativo significativo na saúde psicológica de enfermeiros. Os resultados mostraram associações entre a exposição à violência e o aumento de sintomas de ansiedade, depressão, solidão, distúrbios do sono e déficits cognitivos percebidos. Além disso, constatou-se uma redução na resiliência e no apoio social percebido. Tais achados reforçam que

a violência ocupacional compromete seriamente o bem-estar dos profissionais de enfermagem.

Santos *et al*. (2022b) investigaram os fatores psicossociais presentes na organização do trabalho de enfermagem em ambulatórios de hospitais universitários no Rio de Janeiro. A pesquisa, realizada com 388 profissionais de enfermagem, revelou que a organização do trabalho foi avaliada como de risco psicossocial médio, representando estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho dos profissionais de enfermagem dos ambulatórios de hospitais universitários, indicando a necessidade de intervenções a curto e médio prazo para melhorar o ambiente laboral. Os aspectos mais negativos identificados referem-se ao espaço físico, aos recursos de trabalho, ao número de trabalhadores, à baixa participação nas decisões, à forma de avaliação do trabalho e à falta de autonomia nas tarefas. Por outro lado, foram avaliados positivamente a flexibilidade de prazos, o ritmo e as condições de trabalho, além da disponibilidade de informações, da comunicação adequada entre chefias e equipes e da clareza na definição das tarefas, indicando relações socioprofissionais favoráveis no ambiente ambulatorial. Não foram observadas associações significativas entre características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde com a organização do trabalho ambulatorial.

Gynning *et al*. (2024) investigaram a associação entre a interferência trabalho-vida, o risco de burnout e o descontentamento com o trabalho entre médicos. Os resultados indicaram que a dificuldade em conciliar as demandas profissionais com a vida pessoal está fortemente relacionada ao aumento do risco de esgotamento e à insatisfação no trabalho, incluindo a intenção de rotatividade. Esses fatores têm implicações significativas tanto para o bem-estar dos profissionais quanto para a qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde.

Os estudos evidenciam que os profissionais de saúde estão expostos a múltiplos estressores relacionados à organização do trabalho, às condições laborais e às demandas emocionais da

prática assistencial. Esses fatores configuram importantes riscos psicossociais, capazes de comprometer o bem-estar dos trabalhadores e a qualidade do cuidado prestado.

Impactos na saúde mental e física dos profissionais

O impacto dos fatores psicossociais na saúde mental e no burnout foi amplamente documentado. Júnior, Valença e Rocha-Filho (2022) encontraram altas taxas de depressão, ansiedade e burnout entre médicos residentes, associadas a longas jornadas, ausência de folgas, sobrecarga sem supervisão e conflitos entre vida pessoal e profissional. Kumar, Edward e Eashwar (2020) registraram prevalências de ansiedade de 86%, depressão de 78,6% e estresse de 60,6% em médicos de UTI na Índia, com doenças crônicas e jornadas superiores a oito horas diárias como fatores de risco. Foi revelada também a existência de uma alta taxa de prevalência de Síndrome de Burnout Ocupacional em profissionais de saúde, com predisposição para burnout intermediário (IBO), impactando em condições profissionais estressantes (Fattahi *et al*., 2023).

Rabelo (2020) relatou elevado predomínio de sintomas de burnout entre enfermeiros em hospital público de São Paulo durante a pandemia. Os sintomas de burnout parecem estar associados a outros sintomas de saúde mental como estresse, insônia e preocupação. Sagherian *et al*. (2023) evidenciaram impactos significativos na saúde psicológica e padrões de sono de enfermeiros nos Estados Unidos, incluindo fadiga, exaustão emocional, despersonalização, sintomas de TEPT (55%), depressão (43,4%) e ansiedade (62,3%). Pausas regulares de 30 minutos foram eficazes na redução do sofrimento psicológico.

Martins *et al*. (2024) identificaram prevalência elevada de burnout (53,85%) em profissionais de hospitais públicos durante a pandemia, sendo o subtipo frenético o mais frequente, e Rojo Romeo, Fontana e Pelissier (2021) observaram burnout grave em 12% dos médicos residentes na França, com perda intensa de empatia e um terço apresentando sintomas de ansiedade. Fonseca-

Sosa (2022) constatou 71% de sinais de burnout em cirurgiões gerais, mais frequente em residentes jovens e homens, casados com filhos e baixos rendimentos.

Um estudo conduzido com 665 profissionais de saúde na Bulgária durante a pandemia apontou que cerca de 40% relataram algum tipo de transtorno mental, sendo a maioria dos casos de gravidade leve a moderada. Foram identificadas taxas significativas de depressão (29,5%), ansiedade (28,3%) e estresse (22,3%), com 27% dos entrevistados apresentando combinações desses sintomas. Os profissionais mais afetados incluíam trabalhadores das enfermarias e centros de emergência COVID-19, especialmente os mais jovens (com menos de 26 anos) e aqueles com condições de saúde debilitadas (Gidikova *et al*., 2024).

Prado-Núñez *et al*. (2024) encontraram 45,71% de sinais de burnout em médicos do SERUMS no Peru, associando a síndrome à insatisfação laboral. Moyano-Sailema, Noroña-Salcedo e Vega-Falcón (2022) mostraram alta exposição a fatores de risco psicossociais (73,3%) em hospital do Equador, resultando em aumento da tensão emocional e sintomas de estresse. Proaño-López *et al*. (2022) também observaram que 7% dos profissionais de saúde do setor de emergências apresentaram burnout, enquanto 51% mostraram indícios do mesmo. Os principais fatores relacionados incluíram demanda psicológica elevada, falta de participação e supervisão, escasso interesse pela condição do trabalhador e compensação insuficiente, além do aumento da prevalência com a idade, destacando os médicos gerais hospitalares como os mais vulneráveis.

Wang *et al*. (2024a) relataram que, dois anos após o surto de COVID-19 em Wuhan, 31,52% dos profissionais sofreram violência no trabalho e 37,3% apresentaram sintomas de burnout, com distúrbios do sono e capacidade de trabalho atuando como mediadores. Galván-Ramírez *et al*. (2023) estabeleceram ainda uma relação entre biossegurança nos riscos biológicos do coronavírus e os riscos de fadiga, ansiedade ou depressão em profissionais de

saúde, destacando que a má qualidade ou uso inadequado de EPIs foram fatores de risco adicionais.

Ohue *et al*. (2023) identificaram maior risco de sofrimento psicológico prolongado entre enfermeiros da linha de frente no Japão, associado a condições médicas preexistentes, preconceito relacionado ao trabalho e surtos hospitalares, enquanto fatores protetores incluíram maior idade, número de leitos, uso adequado de EPIs e conhecimento sobre a COVID-19. Outro estudo, realizado por Alsayed, Abou Hashish e Alshammari (2022), apontou que os enfermeiros se classificaram como moderadamente fatigados, sendo problemas de sono, número de refeições diárias e frequência de exercícios variáveis significativamente associadas à fadiga crônica. A fadiga ocupacional, nesse sentido, foi compreendida como questão multidimensional, demandando abordagens abrangentes de gestão, com suporte organizacional, planejamento criativo da força de trabalho, horários flexíveis e apoio psicossocial.

Lemos e Wiese (2023) mostraram que cerca de metade dos psicólogos hospitalares apresentou sofrimento psíquico considerável, relacionado à falta de apoio institucional e alterações nas práticas profissionais. No terceiro ano da pandemia, Oyama *et al*. (2023) observaram que 31,5% dos 3.815 profissionais de saúde investigados desenvolveram sintomas depressivos, tendo o esgotamento emocional e a despersonalização como fatores de risco, enquanto morar com a família atuou como fator de proteção. Os autores ressaltam a importância de estratégias de motivação, apoio entre pares e suporte organizacional para reduzir o risco de depressão e proteger a saúde mental da categoria.

Os resultados apresentados, conforme estudos analisados, indicam que a exposição contínua a fatores psicossociais de risco está associada a diversos agravos à saúde, especialmente sofrimento psicológico, ansiedade, depressão, fadiga e síndrome de burnout. Tais evidências reforçam a necessidade de atenção às condições de trabalho como determinantes importantes da saúde física e mental dos profissionais de saúde.

Fatores protetores e estratégias de enfrentamento

Diversos estudos apontaram que suporte social, liderança eficaz, comunicação aberta, treinamentos e estratégias individuais de coping constituem fatores protetores relevantes. Billiau *et al*. (2024) evidenciaram que cursos de atualização, ambiente acolhedor, estabilidade no emprego e apoio social reduziram sofrimento moral, exaustão emocional e intenção de rotatividade. Van Elk *et al*. (2023) mostraram que enfermeiros que receberam apoio social de colegas (fator protetivo) apresentaram maior autonomia e melhor gestão das demandas emocionais.

Brunelli *et al*. (2022) indicaram que recursos como apoio social, feedback e autonomia se correlacionaram positivamente com a satisfação laboral. Yeung *et al*. (2023) demonstraram que apoio emocional e comunicação organizacional adequada melhoraram a qualidade de vida profissional (ProQoL) de enfermeiros, sendo que workshops com estratégias de coping e suporte social favoreceram o enfrentamento de estressores. Caroccini *et al*. (2022) ressaltaram que variáveis individuais (idade, experiência, escolaridade e habilidades pessoais) e organizacionais (apoio institucional, liderança e exposição ao estresse) influenciam a resiliência e a capacidade de enfrentamento.

Os pesquisadores Duarte e Bernardes (2024), ao avaliarem profissionais da especialidade de cirurgia geral no CHULC, identificaram a necessidade de intervenções voltadas à saúde mental, como rotinas de reflexão, formação em relacionamento interpessoal e ações de bem-estar. A escuta ativa dos problemas dos colaboradores foi um diferencial, resultando em melhoria da satisfação, da percepção do ambiente de trabalho e, consequentemente, da qualidade do cuidado prestado.

González-Cañizalez e Flor-Mosquera (2022) implementaram equipes virtuais com liderança participativa, promovendo comunicação horizontal, engajamento coletivo e redução de liderança autoritária, melhorando percepção de riscos psicossociais, clima de trabalho, relações sociais, autonomia e

demandas psicológicas. Qiao *et al*. (2022) destacaram que o clima de segurança psicossocial protege a saúde mental e influencia positivamente a motivação individual e de equipe. Cousin *et al*. (2022) enfatizaram a necessidade de estratégias institucionais para reduzir estigma e promover apoio social, prevenindo o uso de substâncias para lidar com fadiga e ansiedade.

O estudo multicêntrico na Estônia, de Simm, Zameska e Lubi (2022), mostrou que os complexos aspectos éticos da tomada de decisão durante a pandemia foram apontados como principais fontes de estresse. Apesar disso, a maioria dos profissionais relatou confiança em suas capacidades, amparadas pela sua formação, experiência prévia e por diretrizes institucionais. Ainda que 55% tenham reconhecido a importância de apoio em saúde mental para futuras crises, apenas 18% demonstraram preocupação imediata consigo, priorizando outros fatores de estresse.

Imlau *et al*. (2023) identificaram que prazer no trabalho advinha de melhora da saúde do paciente, identificação com a atividade, reconhecimento profissional e trabalho em equipe, enquanto sobrecarga e conflitos entre colegas contribuem para sofrimento. Silva *et al*. (2023) identificaram níveis adequados de qualidade de vida profissional, destacando a influência de fatores fisiológicos e organizacionais, como sono e apetite. Santos *et al*. (2022a) evidenciaram que prazer estava relacionado à identificação com a atividade, reconhecimento, trabalho em equipe e sentido do trabalho, enquanto sofrimento derivado da morbimortalidade assistida, conflitos internos e precarização das condições laborais.

Yeung *et al*. (2022) examinaram o crescimento pós-traumático (PTG) entre enfermeiros em Hong Kong durante a pandemia, mostrando que a satisfação no trabalho e crenças religiosas ajudaram a ressignificar experiências adversas. A angústia emocional, o medo de contrair COVID-19 e as preocupações com familiares também estiveram associados ao PTG, indicando que os estressores podem atuar como catalisadores de mudanças positivas.

Mallagoli *et al*. (2024) apontaram que apoio da chefia, organização e prática de atividade física atuaram como fatores

protetores, mesmo em contextos de comprometimento geral da qualidade de vida. Van Herpen *et al*. (2023) demonstraram que apoio informal e organizacional, motivação e estratégias de enfrentamento aumentaram engajamento e reduziram a necessidade de suporte externo. Yuan *et al*. (2024) indicaram que a segurança psicossocial aumentou engajamento e reduziu o esgotamento, mediada pela autoestima baseada na organização, com distanciamento psicológico modulando esta relação. Tomaszewska *et al*. (2024) relataram que funcionários mais velhos apresentaram menor necessidade de mudança, sugerindo estabilidade como fator protetor.

Os estudos apresentados na categoria Fatores protetores e estratégias de enfrentamento, apontam que recursos individuais e organizacionais, como suporte social, liderança eficaz, comunicação aberta, autonomia e estratégias de coping, atuam como importantes fatores de proteção frente às demandas do trabalho em saúde. Esses elementos contribuem para fortalecer a resiliência dos profissionais e favorecer ambientes de trabalho mais saudáveis.

Satisfação no trabalho e desempenho profissional

A satisfação no trabalho foi influenciada por condições organizacionais, suporte da liderança, reconhecimento profissional, equilíbrio entre vida pessoal e profissional e estratégias de coping. Ali e Qassem (2023) evidenciaram que condições físicas e ambientais impactam diretamente no desempenho e engajamento. Muthia, Huriani, Mailani e Sarfika (2022) e Borghmans *et al*. (2024) mostraram que a falta de EPIs, pressão por altas rápidas e controle institucional reduzem gratificação e percepção de valor do trabalho.

Billiau *et al*. (2024) destacaram que horários atípicos e demandas familiares prejudicam saúde e vida conjugal, enquanto apoio social e estabilidade aumentam satisfação e reduzem a intenção de rotatividade. Wahid *et al*. (2024) indicaram que

trabalho em equipe e percepção positiva da gerência se correlacionaram negativamente com estresse psicossocial, influenciando desempenho.

Nascimento *et al*. (2023) investigaram os determinantes da satisfação laboral entre enfermeiros de um hospital universitário. Realizado com 134 profissionais, independentemente do tempo de atuação, o estudo aplicou questionários sociodemográficos e a Escala de Satisfação no Trabalho. Os resultados indicaram que 49,3% dos enfermeiros estavam satisfeitos com o trabalho, 41,0% eram indiferentes e 9,7% estavam insatisfeitos. Fatores como faixa etária, desejo de mudança de emprego e horário de trabalho apresentaram associações significativas com os níveis de satisfação.

Lucas *et al*. (2022) demonstraram que profissionais da saúde, especialmente mulheres, apresentaram altos níveis de estresse e menor desempenho percebido. Gaspar *et al*. (2023) evidenciaram que cultura organizacional, qualidade de vida e gestão eficaz aumentaram satisfação e resultados institucionais. Amiard *et al*. (2023) observaram que enfermeiros noturnos desenvolveram estratégias de enfrentamento para manter a saúde mental e física.

Kukla *et al*. (2024) avaliaram a relação entre a satisfação no trabalho e a identificação com o grupo profissional entre paramédicos. Os resultados indicaram um nível médio geral de satisfação, com maiores escores entre os profissionais de 35 a 45 anos e menores entre os de 25 a 34 anos. Observou-se também que os homens apresentaram maior satisfação no trabalho em comparação às mulheres. Quanto ao envolvimento profissional, este foi considerado elevado, especialmente entre os paramédicos de 46 a 63 anos, que demonstraram maior engajamento em relação ao grupo de 35 a 45 anos.

Madsen *et al*. (2023) mostraram que relações interpessoais fortes e comunicação aberta protegiam saúde mental e desempenho, enquanto Milton *et al*. (2022) indicaram que comunicação interprofissional e debriefings melhoraram colaboração e motivação. Barros *et al*. (2022) relataram que satisfação e oportunidades de desenvolvimento profissional reduzem o estresse e promovem

engajamento. Lui, Andres e Johnston (2024) evidenciaram que presenteísmo reduziu produtividade, mas melhor autoavaliação de saúde aumentou desempenho.

Oliveira *et al*. (2023), Wang (2023), Rigas *et al*. (2024) e Alomia-Padilla (2023) destacaram que inteligência emocional, redução da ansiedade, suporte emocional, cooperação e comunicação transparente aumentam desempenho profissional. Al Ismail, Herzallah e Al-Otaibi (2023) indicaram que fatores demográficos, transporte, clareza de responsabilidades e ambiente laboral influenciam absenteísmo e engajamento. Wang *et al*. (2024b) demonstraram que ambientes de prática favoráveis e iniciativa de crescimento pessoal aumentam a autoeficácia, satisfação e qualidade do cuidado. Peters, Wendsche e Melzer (2023) e Łopatkiewicz *et al*. (2023) reforçaram que sobrecarga de trabalho, falta de apoio social e condições desfavoráveis reduzem a satisfação e desempenho.

No que se refere à satisfação e ao desempenho profissional, os resultados demonstram que condições organizacionais favoráveis, reconhecimento, apoio da gestão e relações interpessoais positivas estão associados a maior engajamento e melhor qualidade do cuidado. Por outro lado, ambientes de trabalho desfavoráveis tendem a reduzir a satisfação laboral e comprometer o desempenho dos profissionais.

Discussão

Os resultados desta revisão evidenciam que os profissionais de saúde estão expostos a diversos fatores psicossociais relacionados às condições e à organização do trabalho, como sobrecarga de tarefas, jornadas prolongadas, escassez de recursos, conflitos entre vida pessoal e profissional e exigências emocionais intensas. Esses achados estão em consonância com o entendimento de que os fatores psicossociais no trabalho resultam da interação entre características individuais, organização do trabalho e contexto social, influenciando diretamente a saúde e o desempenho

dos trabalhadores (OMS, 1981; OIT, 1986). Nessa perspectiva, Gollac e Bodier (2011) destacam que os riscos psicossociais emergem das condições organizacionais e relacionais do trabalho, podendo desencadear impactos negativos na saúde física, mental e social dos trabalhadores. De forma semelhante, Zanelli e Kanan (2019) ressaltam que esses fatores abrangem dimensões individuais, organizacionais e contextuais, o que reforça a complexidade do fenômeno no ambiente hospitalar.

Além disso, os estudos analisados demonstram que a exposição contínua a tais estressores está associada ao aumento de problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão, fadiga e síndrome de burnout entre profissionais de saúde. Esses resultados corroboram as abordagens teóricas que associam os riscos psicossociais às teorias do estresse ocupacional, nas quais condições adversas de trabalho podem desencadear respostas físicas, psicológicas e comportamentais prejudiciais ao trabalhador (Ministerio de Empleo y Seguridad Social de la España, 2012; Costa; Santos, 2013). Nesse contexto, observa-se que a presença de fatores protetores, como apoio social, liderança eficaz, comunicação organizacional e estratégias de enfrentamento, pode atuar como elemento mitigador desses impactos, contribuindo para ambientes de trabalho mais saudáveis e para a promoção do bem-estar e da satisfação profissional.

Considerações Finais

Os dados analisados nesta revisão indicam que os profissionais de saúde estão expostos a uma ampla gama de fatores psicossociais relacionados às condições e à organização do trabalho, especialmente em contextos de elevada demanda assistencial, como observado durante a pandemia de COVID-19. Sobrecarga de trabalho, jornadas prolongadas, escassez de recursos, conflitos entre vida pessoal e profissional, exposição à violência e exigências emocionais intensas configuram estressores relevantes no cotidiano desses trabalhadores. Esses fatores refletem

a complexidade do trabalho em saúde e evidenciam a necessidade de atenção às condições organizacionais e estruturais que moldam o ambiente laboral e que repercutem na segurança do paciente.

Os resultados também demonstram que a exposição prolongada a tais estressores está associada a diversos impactos na saúde física e mental dos profissionais, incluindo sofrimento psicológico, ansiedade, depressão, fadiga, distúrbios do sono e síndrome de burnout. Esses agravos não apenas comprometem o bem-estar dos trabalhadores, mas também podem repercutir negativamente na qualidade do cuidado prestado e na sustentabilidade dos serviços de saúde. Parece ser necessário reconhecer a saúde mental dos profissionais como um componente central para o funcionamento adequado dos sistemas de saúde.

Por outro lado, a literatura evidencia que a presença de fatores protetores e estratégias de enfrentamento pode atenuar os efeitos negativos dos riscos psicossociais. Recursos como apoio social entre colegas, liderança eficaz, comunicação organizacional adequada, autonomia no trabalho e desenvolvimento de estratégias individuais de coping contribuem para fortalecer a resiliência e o engajamento dos profissionais. Intervenções das organizações voltadas para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis, bem como ações de apoio psicossocial, mostram-se importantes para prevenir o sofrimento ocupacional, promover o bem-estar no trabalho e consequentemente a segurança do paciente.

Além disso, aspectos relacionados à satisfação no trabalho e ao desempenho profissional demonstram forte relação com as condições organizacionais e com o suporte oferecido pelas instituições. Os estudos comprovam que ambientes de trabalho caracterizados por reconhecimento profissional, relações interpessoais positivas, oportunidades de desenvolvimento e equilíbrio entre vida pessoal e profissional favorecem maior satisfação, engajamento e qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Por outro lado, contextos de trabalho marcados por precarização, sobrecarga e falta de apoio tendem a reduzir a satisfação laboral e aumentar a intenção de rotatividade.

Diante desses achados, destaca-se a importância de que gestores e instituições de saúde invistam em políticas e práticas organizacionais que promovam condições de trabalho mais saudáveis e sustentáveis. Estratégias voltadas à gestão adequada das demandas de trabalho, ao fortalecimento do suporte organizacional, à promoção da segurança psicossocial e à valorização dos profissionais podem contribuir significativamente para a prevenção de riscos psicossociais, para a melhoria da qualidade de vida no trabalho e melhoria da segurança do paciente. Assim, a promoção da saúde dos trabalhadores da saúde constitui não apenas uma questão de bem-estar individual, mas também um elemento essencial para a qualidade e a eficiência dos sistemas de saúde.

Apesar das contribuições desta revisão para a compreensão dos fatores psicossociais no trabalho em saúde, algumas limitações devem ser apresentadas. Primeiramente, a seleção dos estudos pode ter sido influenciada pelos critérios de inclusão e exclusão adotados, bem como pelas bases de dados consultadas, o que pode ter restringido o acesso a outras produções relevantes publicadas em diferentes idiomas, bases ou contextos regionais. Além disso, a literatura analisada apresenta heterogeneidade quanto aos delineamentos metodológicos, instrumentos de coleta de dados e contextos de investigação, o que pode dificultar comparações diretas entre os estudos e a generalização dos resultados.

Outra limitação refere-se ao fato de que muitos estudos incluídos adotaram delineamentos transversais, o que restringe a possibilidade de estabelecer relações causais entre fatores psicossociais e desfechos em saúde. Adicionalmente, parte das pesquisas baseia-se em medidas autorreferidas, o que pode introduzir vieses de percepção ou de resposta dos participantes. Por fim, destaca-se que grande parte dos estudos foi conduzida em contextos específicos ou durante o período da pandemia de COVID-19, o que pode influenciar a natureza e a intensidade dos estressores identificados, devendo os resultados ser interpretados à luz dessas particularidades.

Referências

ALMEIDA, P. F.; BARBOSA, M. G. A.; SANTOS, S. M.; SILVA, E. I.; LINS, S. R. O. A relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos onclógicos. **Brazilian Journal of Health**, v. 3, n. 5, 2020. https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-011

BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. A., & MACEDO, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, *5*(11), 121–136. https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220

ADITYA, M. R.; MANSYUR, M.; MOKOAGOW, M. I.; ADI, N. P.; FITRIANI, D. Y.; TOBING, H.; KALLEL, H. Stress among health professionals during the COVID-19 pandemic and its determinants: a cross-sectional study. **Revista Médica da Indonésia**, v. 31, n. 3, p. 148-154, 2022. DOI: https://doi.org/10.13181/MJI.OA.226030

AL ISMAIL, H.; HERZALLAH, N. H.; AL-OTAIBI, A. What are the predictors and costs of nurse absenteeism in selected multicenter public hospitals? A cross-sectional study. **Frontiers in Public Health**, v. 11, 1073832, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1073832

ALAM, M. M.; ALI, A. M.; RAFEY, M.; SUFYAAN, M.; AHMAD, I.; ZARRIN, S. Work-related risk factors for musculoskeletal disorders among nurses in Indian hospitals. **Muscles, Ligaments and Tendons Journal**, v. 13, n. 2, 2023. DOI: https://doi.org/10.32098/mltj.02.2023.11

ALI, H. K. A.; QASSEM, W. J. Impact of work environment on nurses' job performance in Al-Nassiryah City Hospitals, Iraq. **Rawal Medical Journal**, v. 48, n. 2, p. 506-509, 2023. DOI: https://doi.org/10.5455/rmj.20230308075055

ALIAGA-ZAMORA, G. J.; DELGADO-CÉSPEDES, V. H.; ROMERO-CUEVA, Y. J.; CHOLÁN-VALDEZ, O. R.; RONDON-JARA, E. Componentes de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en enfermeras de un hospital de Cajamarca, Perú. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 38, n. 3, p. 1-14, 2022.

ALOMIA-PADILLA, B.; ALVAREZ-GUZMAN, C.; ALVAREZ-GUZMAN, A.; MORALES-GARCÍA, M.; SAIRITUPA-SANCHEZ, L.; MORALES-GARCÍA, S.; ÁLVAREZ-MANRIQUE, V.; PAREDES-SAAVEDRA, M.; MORALES-GARCÍA, W. Sociodemographic factors, work motivation, emotional intelligence, quality of work life, and their association with work performance in Peruvian health workers. **Salud, Ciencia y Tecnología – Serie de Conferencias**, v. 2, p. 565, 2023. DOI: https://doi.org/10.56294/sctconf2023565.

ALSAYED, S. A.; ABOU HASHISH, E. A.; ALSHAMMARI, F. Occupational fatigue and associated factors among Saudi nurses working 8-hour shifts at public hospitals. **SAGE Open Nursing**, v. 8, 23779608221078158, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/23779608221078158.

AMIARD, V.; TELLIEZ, F.; PAMART, F.; LIBERT, J.-P. Health, occupational stress, and psychosocial risk factors in night shift psychiatric nurses: the influence of an unscheduled night-time nap. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 1, 158, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph20010158.

BAHARUDIN, F.; ISAHAK, M.; MAJID, H. A. The association between organizational psychosocial factors and musculoskeletal disorders among nurses at a tertiary university hospital. **Journal of Health and Translational Medicine (JUMMEC)**, v. 26, n. 1, p. 82-89, 2023. DOI: https://doi.org/10.22452/jummec.vol26no1.13

BARROS, C.; BAYLINA, P.; FERNANDES, R.; RAMALHO, S.; AREZES, P. Healthcare workers' mental health in pandemic times: the predictive role of psychosocial risks. **Safety and Health at Work**, v. 13, n. 4, p. 415-420, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.08.004

BESCHONER, P.; JERG-BRETZKE, L.; ERIM, Y.; GEISER, F.; BARANOWSKI, A. M.; WEIDNER, K.; MORAWA, E. The prevalence of effort-reward imbalance and its associations with working conditions, psychosocial resources and burden among health care workers during the COVID-19 pandemic: results of the

egePan-Voice study. **PLoS One**, v. 18, n. 8, e0287509, 2023. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287509.
BILLIAU, L.; BOLLIGER, L.; CLAYS, E.; EECKLOO, K.; KETELS, M. Flemish critical care nurses' experiences regarding the influence of work-related demands on their health: a descriptive interpretive qualitative study. **BMC Nursing**, v. 23, n. 1, 387, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02032-6.
BORGHMANS, F.; LALETAS, S.; FERNANDES, V.; NEWNHAM, H. Finding meaning in complex care nursing in a hospital setting. **Nursing Inquiry**, v. 31, n. 3, 2024. DOI: https://doi.org/10.1111/nin.12633.
BRUNELLI, M. V.; BONORINO, C. A.; CINGOLANI, P.; GALLI, M.; KITASHIMA, N.; RIVAROLA, M. C. Condiciones laborales y sus consecuencias en la satisfacción laboral en un hospital de emergencia. **Horizonte de Enfermería**, v. 33, n. 1, p. 33-48, 2022.
CAÑAVATE, G.; MENEGHEL, I.; SALANOVA, M. The influence of psychosocial factors according to gender and age in hospital workers. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 26, e1, 2023. DOI: https://doi.org/10.1017/SJP.2023.1.
CANTERO, D. G.; DUQUE, P. G.; DE LA FUENTE, P. S.; ÁLVAREZ, J. C. P. Ansiedad y mecanismos de adaptación en los residentes de un hospital de Madrid. **Educación Médica**, 100933, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.edumed.2024.100933.
CAROCCINI, T. P.; BALSANELLI, A. P.; NEVES, V. Resiliência de enfermeiros na pandemia da COVID-19: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, e60, 2022. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769270622
CEZAR-VAZ, M. R.; BONOW, C. A.; VAZ, J. C.; NERY, C. H. C.; SILVA, M. R. S.; GALVÃO, D. M.; VAZ, J. Ambiente de trabalho em ambulatórios de atenção primária à saúde: avaliação de fatores físicos e percepções dos profissionais de saúde sobre as condições do ambiente de trabalho. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 7, 847, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph21070847.

CLAUDINO, M.; PINOTE, S.; MANZANO, M. J. Avaliação dos fatores de risco psicossociais em profissionais de saúde num centro hospitalar central. **Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional Online**, v. 17, 2024. DOI: https://doi.org/10.31252/rpso.23.03.2024.
COSTA, L. S.; SANTOS, M. Fatores psicossociais de risco no trabalho: lições aprendidas e novos caminhos. **International Journal on Working Conditions**, n. 5, p. 39–58, 2013.
COUSIN, L.; ROUCOUX, G.; PETIT, A. S.; BAUMANN-COBLENTZ, L.; ROUSSET TORRENTE, O.; CANNAFARINA, A.; CHASSANY, O.; DURACINSKY, M.; CARRIERI, P. Perceived stigma, substance use and self-medication in night-shift healthcare workers: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, 698, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-022-08018-x.
CUNHA, C. C.; SEQUEIRA, P. A.; ALVES, A. L. A.; SILVA, A. G. M.; ROCHA, D. P. P.; LIMA, M. S.; MATHIAS, P. P.; FREITAS, V. B. A Covid-19 como um analisador do sofrimento de enfermeiras: um ensaio teórico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, e20230476, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-3703003248295.
DE AVILA ARROYO, M. L.; QUITL, I. T.; ORDAZ, E. V.; ACEVEDO, M. G. G.; MÉNDEZ, E. E. L. Estrés laboral, sensibilidad ética y consumo de alcohol en personal de enfermería de Puebla, México. **Horizonte de Enfermería**, v. 34, n. 2, p. 271-286, 2023.
DENIS, M. A.; IWAZ, J.; DUMETIER, F.; POYARD-BERGER, G.; VÉZINA, M. Screening of psychosocial risks among physicians in a pediatric hospital. **Archives de Pédiatrie**, v. 30, n. 8, p. 530-536, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.arcped.2023.08.003.
DING, C.; LI, L.; LI, G.; LI, X.; XIE, L.; DUAN, Z. Impact of workplace violence on psychological health among nurse staff from the Yunnan–Myanmar Chinese border region: propensity score matching analysis. **BMC Nursing**, v. 22, n. 1, 242, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01402-w.
DUARTE, P.; BERNANDES, S. "Pensar fora da caixa…": um projeto de liderança participativo — uma parceria de uma unidade cirúrgica com o serviço de saúde ocupacional na promoção de ambientes de trabalho saudáveis. **Revista Portuguesa de Saúde**

Ocupacional Online, v. 17, 2024. DOI: https://doi.org/10.31252/rpso.23.03.2024.
ESPANHA. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. **Guía de actuaciones de la inspección de trabajo y seguridad social sobre riesgos psicosociales**. Madrid: Lerko Print S.A., 2012.
FATTAHI, R.; ATTIYA, N.; FILALI-ZEGZOUTI, A.; EL HAIDANI, A.; BOUYA, S.; EL JAAFARI, S.; AMAROUCH, M. Y.; FILALI-ZEGZOUTI, Y. Le burnout parmi le personnel des structures de santé publique de la région de Drâa-Tafilalet au Maroc. **Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement**, v. 84, n. 4, p. 101-109, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.admp.2023.101809
FONSECA-SOSA, F. K.; FONSECA-SOSA, K.; MARTÍNEZ DE LA CRUZ, D. Y.; PARRA-SANTANA, V. M.; GONZALEZ-MACHADO, J. D. Síndrome de burnout en cirujanos generales durante la pandemia de COVID-19. **Revista de Cirugía**, v. 74, n. 5, p. 467-472, 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920220051513.
GALVÁN-RAMÍREZ, M. D. L. L.; PRECIADO-SERRANO, M. D. L.; GALLEGOS-BONIFAZ, M. The impact of biosafety on biological and psychosocial risks for healthcare professionals in COVID hospitals in Guadalajara, Jalisco, Mexico. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 1, 858, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph20010858.
GARAY, R. A. P.; PARRA, R. A. Factores psicosociales extralaborales que afectan al personal de enfermería del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. **Salud, Ciencia y Tecnología**, v. 2, 96, 2022. DOI: https://doi.org/10.56294/saludcyt202296.
GASPAR, T.; GOMEZ-BAYA, D.; GUEDES, F. B.; CORREIA, M. F. Health management: evaluating the relationship between organizational factors, psychosocial risks at work, performance management, and hospital outcomes. **Healthcare**, v. 11, n. 20, 2744, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare11202744.
GIDIKOVA, P.; SANDEVA, G.; PARUSHEVA, P.; SIMONOV, D.; BALTADZHIEVA, D.; KOPRALEVA, K. Mental health disorders of Bulgarian healthcare professionals during a recurring wave of

the COVID-19 pandemic. **South Eastern European Journal of Public Health**, p. 12–22, 2024. DOI: https://doi.org/10.70135/seejph.vi.667.

GOLLAC, M.; BODIER, M. **Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser**. Repport du Collège d'Expertise sur le Suivi des Risques Psychosociaux au Travail. Paris, 2011. Disponível em: https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/114000201.pdf

GONZÁLEZ-CAÑIZALEZ, Y.; FLOR-MOSQUERA, J. Occupational health in local hospital nurses: relationship between leadership role and psychosocial risks post-pandemic. **DYNA**, v. 89, n. 224, p. 123-131, 2022. DOI: https://doi.org/10.15446/dyna.v89n224.103346.

GYNNING, B. E.; CHRISTIANSEN, F.; LIDWALL, U.; BRULIN, E. Impact of work–life interference on burnout and job discontent: a one-year follow-up study of physicians in Sweden. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 50, p. 519–526, 2024. DOI: https://doi.org/10.5271/sjweh.4181.

IMLAU, J.; PARIZE, P. E.; KOLHS, M.; GUIMARÃES, A. N.; FERRAZ, L.; TOMASI, Y. T. Prazer e sofrimento de profissionais de enfermagem que atuam em emergência pediátrica. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, e52678, 2023.

JÚNIOR, M. L.; VALENÇA, M. M.; ROCHA-FILHO, P. A. S. Individual and residency program factors related to depression, anxiety and burnout in physician residents: a Brazilian survey. **BMC Psychiatry**, v. 22, n. 1, 272, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-022-03916-0.

KALTENEGGER, H. C.; BECKER, L.; ROHLEDER, N.; NOWAK, D.; QUARTUCCI, C.; WEIG, M. Associations of technostressors at work with burnout symptoms and chronic low-grade inflammation: a cross-sectional analysis in hospital employees. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 96, p. 839–856, 2023. DOI: https://doi.org/10.1007/s00420-023-01939-0.

KIRABIRA, J.; FORRY, J. B.; SSEBUUFU, R.; *et al.* Psychological distress and associated factors among hospital workers in Uganda during the COVID-19 lockdown: a multicentre study. **Heliyon**, v. 8, n. 1, e08807, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08807.

KUKLA, P.; KÓZKA, M.; SIEMIGINOWSKA, P.; ILCZAK, T.; AUGUSTYN, M.; MALINOWSKA-LIPIEŃ, I. Job satisfaction and social identification among paramedics in southern Poland. **Frontiers in Public Health**, v. 12, 1422933, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1422933.

KUMAR, P. V.; EDWARD, S.; EASHWAR, V. Psychosocial morbidity among doctors working in intensive care units in tertiary care hospitals in Chennai: a cross-sectional study. **National Journal of Community Medicine**, v. 13, n. 8, p. 520-526, 2022. DOI: https://doi.org/10.55489/njcm.130820222186.

LEMOS, G. X. D.; WIESE, Í. R. B. Saúde mental e atuação de psicólogos hospitalares brasileiros na pandemia da Covid-19. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, e250675, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-3703003250675.

ŁOPATKIEWICZ, A.; KWAŚNICKA, A.; NOWICKI, P.; FURMAŃCZYK, K.; ZIELIŃSKI, W.; WOYNAROWSKA, M.; KRZYCH-FAŁTA, E. Occupational burnout and mental health: a study of psychiatric nurses from six European countries. **Advances in Cognitive Psychology,** v. 19, n. 1, p. 80-91, 2023. DOI: https://doi.org/10.5709/acp-0380-0.

LUCAS, D.; BRIENT, S.; EVEILLARD, B. M.; GRESSIER, A.; LEGRAND, T.; POUGNET, R.; DEWITTE, J.-D.; LODDÉ, B. Health impact of work stressors and psychosocial perceptions among French hospital workers during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional survey. **BMJ Open**, v. 12, n. 1, e053638, 2022. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053638.

LUI, J. N. M.; ANDRES, E. B.; JOHNSTON, J. M. How do organizational culture and leadership style affect nurse presenteeism and productivity? A cross-sectional study of Hong Kong acute public hospitals. **International Journal of Nursing**

Studies, v. 152, 104675, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104675.

MADSEN, M. D.; CEDERGREEN, P.; NIELSEN, J.; ØSTERGAARD, D. Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 67, n. 7, p. 979-986, 2023. DOI: https://doi.org/10.1111/aas.14249.

MALLAGOLI, I. S. S.; SILVA, E. P. D.; OLIVEIRA, M. A. D. N.; BARBOSA, I. E. B.; SAMPAIO, A. N.; MATIAS, A. B.; *et al*. Qualidade de vida associada aos recursos individuais e ao trabalho dos profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 3, e20230476, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0476.

MARTINS, P.; LUZIA, R. W. S.; PEREIRA FILHO, J. A.; WELSH, K. S.; FUZIKAWA, C.; NICOLATO, R.; *et al*. Prevalence and factors associated with burnout among health professionals of a public hospital network during the COVID-19 pandemic. **PLoS One**, v. 19, n. 4, e0298187, 2024. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298187.

MENDES, Ana Magnólia; FERREIRA, M. C. Contexto de trabalho. In: SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias (Org.). **Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e gestão**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008. p. 111-123.

MILTON, J.; ERICHSEN ANDERSSON, A.; ÅBERG, N. D.; GILLESPIE, B. M.; OXELMARK, L. Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 30, n. 1, 46, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s13049-022-01034-0.

MOYANO-SAILEMA, P. J.; NOROÑA-SALCEDO, D. R.; VEGA-FALCÓN, V. Influence of psychosocial factors on work climate and stress in Ecuadorian hospital personnel. **Revista Médica Electrónica**, v. 44, p. 771-789, 2022.

MUTHIA, R.; HURIANI, E.; MAILANI, F.; SARFIKA, R. Fighting the coronavirus disease-2019 (COVID-19) pandemic: perceived

stressors among nurses in West Sumatra, Indonesia. **Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences**, v. 18, p. 72-77, 2022.
NAIR, R.; BULGIBA, A. Prevalence and associated factors of depression and anxiety among healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **Asia Pacific Journal of Public Health**, v. 34, n. 5, p. 561-564, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/10105395221098037.
NASCIMENTO, F. P. B.; ZEITOUNE, R. C. G.; TRACERA, G. M. P.; ABREU, A. M. M.; MORAES, K. G.; SOUSA, K. H. J. F.; JESUS, S. A. D. Satisfação no trabalho e fatores associados à percepção dos enfermeiros: estudo transversal. **Revista Enfermagem UERJ**, e79579, 2023. DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.79579.
OHUE, T.; TOGO, E.; OHUE, Y.; MITOKU, K. Relationships between psychosocial factors and mental health among nurses working with COVID-19 patients in Japan. **SAGE Open Nursing**, v. 9, 23779608231160919, 2023.
OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Les facteurs psychosociaux au travail: nature, incidences, prévention.** Genève: Bureau International du Travail, 1986.
OLIVEIRA, A. M. L.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 40, n. 1, p. 71-77, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100010
OSORIO-MARTÍNEZ, M. L.; MALCA-CASAVILCA, M.; CONDOR-ROJAS, Y.; BECERRA-BRAVO, M. A.; RUIZ RAMIREZ, E. Factores asociados al desarrollo de estrés, ansiedad y depresión en trabajadores sanitarios en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Perú. **Archivos de Prevención de Riesgos Laborales**, v. 25, n. 3, p. 271–284, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.12961/aprl.2022.25.03.04. Acesso em: 1 out. 2025.
OYAMA, N.; SEKI, M.; NAKAI, M.; MIYAMOTO, K.; NAGAO, K.; MORIMITSU, R. Depressive symptoms, burnout, resilience, and psychosocial support in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a nationwide study in Japan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports**, v. 2, n. 3, e136, 2023.

PASKARINI, I.; DWIYANTI, E.; SYAIFUL, D. A.; SYANINDITA, D. Burnout among nurses: examining psychosocial work environment causes. **Journal of Public Health Research**, v. 12, n. 1, p. 1–8, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1177/22799036221147812. Acesso em: 1 out. 2025.

PETERSEN, J.; WENDSCHE, J.; MELZER, M. Nurses' emotional exhaustion: prevalence, psychosocial risk factors and association to sick leave depending on care setting – a quantitative secondary analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 79, n. 1, p. 182–193, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jan.15471. Acesso em: 1 out. 2025.

POLANCO, M. A.; ROCCA, J. J. D.; COSSIO-ALE, A. M. Negative psychosocial factors and burnout syndrome in health personnel in hospitals I-4. **Salud, Ciencia y Tecnología**, v. 4, p. 756, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.56294/saludcyt2024756. Acesso em: 1 out. 2025.

PRADO-NÚÑEZ, S.; VÁSQUEZ-COLINA, A. Síndrome de burnout en pandemia y satisfacción laboral en médicos serumistas de Ayacucho. **Horizonte Médico (Lima)**, v. 24, n. 2, 2024.

PROAÑO-LÓPEZ, A.; ÁLVAREZ-BAYAS, T.; MARTÍNEZ-JIMBO, D.; FLORES-ALMEIDA, D.; LANDETA-BEJARANO, L. Evaluación de riesgos psicosociales y su influencia en el desarrollo de burnout en el personal de emergencias del Hospital General Docente Calderón. **Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)**, v. 47, n. 2, p. 18–30, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.26871/udefcm.v47i2.3706. Acesso em: 1 out. 2025.

QIAO, H.; MAUREEN, F.; DOLLARD, M. F.; TARIS, T. W. Organizational context matters: psychosocial safety climate as a precursor to team and individual motivational functioning. **Safety Science**, v. 145, 105524, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105524. Acesso em: 1 out. 2025.

RABELO, G. S. Associação entre problemas de sono, burnout e ansiedade em profissionais da enfermagem durante a pandemia de COVID-19. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São

Paulo, 2023. Disponível em: http://www.teses.usp.br. Acesso em: 8 abr. 2025.
RIGAS, N.; KYRITSIS, Z.; GOUROUNDI, K.; SOLDATOU, A.; DAGLA, M.; OROVOU, E.; ANTONIOU, E. The mediating role of anxiety in the relationship between job satisfaction and psychosocial functioning of nurses and pediatricians in PICUs. **Materia Socio-Medica**, v. 36, n. 1, p. 26, 2024.
ROJO ROMEO, A.; FONTANA, L.; PELISSIER, C. Psycho-organizational and medical factors in burnout in French medical and surgery residents. **Psychology, Health & Medicine**, v. 27, n. 8, p. 1715–1725, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916960. Acesso em: 1 out. 2025.
SAGHERIAN, K.; STEEGE, L. M.; COBB, S. J.; CHO, H. Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, n. 15–16, p. 5382–5395, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocn.15566. Acesso em: 1 out. 2025.
SANTOS, A. F. dos; CENTENARO, A. P. F. C.; FRANCO, G. P.; ANDRADE, A. de; MASS, S. F. de L. S.; NARDINO, J. Prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem em urgência e emergência. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, e1437, 2022a.
SANTOS, K. M. D.; TRACERA, G. M. P.; SOUSA, K. H. J. F.; MOREIRA, J. P. D. L.; CASTRO, M. R. D.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos psicossociais relacionados à organização do trabalho de enfermagem ambulatorial. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 31, e20210312, 2022b.
SILVA, L. C. G. da; TELES, G. L.; MACHADO, C. S.; SILVA, F. A. R. da. Percepção da qualidade de vida profissional de uma equipe de reabilitação. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"**, v. 9, 9d4, p. 1–23, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.22491/2447-3405.2023.V9.9d4. Acesso em: 1 out. 2025.
SIMM, K.; ZAMESKA, J.; LUBI, K. Frontline healthcare professionals' views regarding the impact of COVID-19 on ethical decision-making:

a multicentre mixed-methods study from Estonia. **Healthcare**, v. 10, n. 4, 711, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare10040711. Acesso em: 1 out. 2025.
SOUSA, A. S., OLIVEIRA, S. O., & ALVES, L. H. (2021). A pesquisa bibliográfica: Princípios e fundamentos. **Cadernos da Fucamp**, *20*(43), 64–83.
SULISTYOWATI, D.; HANDIYANI, H.; KURNIAWAN, M. H.; SYUKRINI, D. R.; TURYATININGSIH. Exploring the aftermath: work demands, workplace violence, and job satisfaction among nurses in a public hospital in the post-COVID-19 era. **Belitung Nursing Journal**, v. 9, n. 5, p. 448–456, 2023.
SULTANA, F.; MONDAL, P.; ANQUR, M. E.; IMTIAZ, M. S.; AMANULLAH, A. M.; SHIMUL, S. N. Level of depression and its associated factors among the frontline physicians of Bangladesh during the COVID-19 outbreak. **Journal of Public Health and Development**, v. 21, n. 1, p. 106–122, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.55131/jphd/2023/210108. Acesso em: 1 out. 2025.
TOMASZEWSKA, K.; KOWALCZUK, K.; MAJCHOROWICZ, B. Correlations between well-being of nurses and psychosocial working conditions: a descriptive cross-sectional study. **Frontiers in Public Health**, v. 12, 1443015, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1443015. Acesso em: 1 out. 2025.
VAN ELK, F.; ROBROEK, S. J. W.; BURDORF, A.; OUDE HENGEL, K. M. Impact of the COVID-19 pandemic on psychosocial work factors and emotional exhaustion among workers in the healthcare sector: a longitudinal study among 1915 Dutch workers. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 80, n. 1, p. 27, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108478. Acesso em: 1 out. 2025.
VAN HERPEN, M.; WEME, D. N.; DE LEEUW, M.; COLENBRANDER, R.; OLFF, M.; TE BRAKE, H. Well-being of helicopter emergency medical services (HEMS) personnel in a challenging work context: a qualitative study. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 38, supl. 1, p. s161–s161, 2023.

VAN VO, B.; SUNANTIWAT, M.; PUMTONG, S.; QUANG VO, T.; ANURATPAN, L. A cross-sectional study of the quality of work life of hospital pharmacists in southern Vietnam. **Journal of Pharmaceutical Health Services Research**, v. 15, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1093/jphsr/rmae015. Acesso em: 1 out. 2025.

WAHID, A.; BADIL; WASHDEV; HUSSAIN, S. Frequency of psychosocial stress and its relationship to safety attitude towards nurses' performance at tertiary care hospitals. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 40, n. 5, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.12669/pjms.40.5.7913. Acesso em: 1 out. 2025.

WANG, F.; ZHANG, M.; XIONG, N.; HUANG, Y.; TANG, Y.; HE, C.; ZHANG, Q. Workplace violence and burnout among health workers two years after the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: the chain mediation effect of sleep disturbance and work ability. **Healthcare**, v. 12, n. 18, p. 1903, 2024a.

WANG, Q.; CHEN, T.; LANG, X.; FENG, D.; LIU, Y.; ZHANG, K.; HUANG, S. When and how does practice environment benefit the professional outcomes of newly graduated nurses? **Journal of Advanced Nursing**, v. 80, n. 1, p. 339–349, 2024b.

WANG, Q.; COLLET, J. P.; LIU, W.; LANG, X.; FENG, D.; DING, F.; HUANG, S. Work-related stress and stress management practices among Chinese hospital staff working night shifts: a mixed-methods study. **International Journal of Stress Management**, v. 30, n. 3, p. 274, 2023.

YEUNG, N. C. Y.; TANG, J. L. T.; LAU, S. T. Y.; HUI, A. H.; CHEUNG, A. W.; WOLF, E. L. Caring for the helpers: factors associated with professional quality of life among Hong Kong nurses during the fifth wave of the COVID-19 pandemic. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 14, n. 1, 2183454, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2183454. Acesso em: 1 out. 2025.

YEUNG, N. C. Y.; WONG, E. L. Y.; CHEUNG, A. W. L.; LEUNG, C. S. Y.; YEOH, E. K.; WONG, S. Y. S. Finding the positives from the COVID-19 pandemic: factors associated with posttraumatic growth among nurses in Hong Kong. **European Journal of**

Psychotraumatology, v. 13, n. 1, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2005346. Acesso em: 1 out. 2025.
YUAN, T.; REN, H.; YIN, X.; LIANG, L.; FEI, J.; LIU, X. How does psychosocial safety climate cross-level influence work engagement and job burnout: the roles of organization-based self-esteem and psychological detachment. **BMC Nursing**, v. 23, n. 1, p. 389, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-024-01935-8. Acesso em: 1 out. 2025.
ZANELLI, J. C.; KANAN, L. A. **Fatores de riscos, proteção psicossocial e trabalho: organizações que emancipam ou que matam.** 2. ed. Lages: Editora Uniplac, 2019.

VIGILÂNCIA E CUIDADO EM SAÚDE: O SISTEMA NOTIVISA E O MARCO LEGAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

Magda Macedo Madalozzo
Giovana Belotto
Kim Corso Andreazza
Marlí Bettiol Stopassola

Introdução

O centro da ética médica, estabelecido desde o juramento de Hipócrates, é o princípio fundamental de *Primum non nocere* ("Primeiro, não cause dano"). A evolução e a complexidade dos sistemas de saúde modernos transformaram o ato de cuidar em uma atividade de alto risco. Essa transformação torna a aplicação do princípio mais crítica e intensifica o potencial para a ocorrência de danos desnecessários aos pacientes. Nesse cenário, a segurança do paciente emergiu como um pilar indispensável para a promoção da qualidade na prestação de serviços (Anvisa, 2014). Alertas sobre Eventos Adversos (EAs) em escala global impulsionaram o conceito de segurança do paciente, atributo essencial da qualidade na saúde.

Confirmou-se em estudos internacionais subsequentes, com a inclusão do Brasil, a alta incidência de EAs (Anvisa, 2014). Define-se, na política nacional de saúde, incidente como o evento ou circunstância com potencial ou efetivo dano desnecessário ao paciente (Brasil, 2013a, p.2).

No Brasil, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela portaria MS/GM nº 529/2013 (Brasil, 2013a), estabeleceu um marco legal robusto para o reforço à segurança do paciente, com o avanço da vigilância de produtos para a vigilância do cuidado.A exigência legal de notificação mensal pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs), estabelecida pelo Art. 10 da

Resolução RDC nº 36/2013, consolidou o escopo do sistema de vigilância sanitária nacional (Brasil, 2013b). A resolução determinou a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições.

No centro desse monitoramento situa-se o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Notivisa), a plataforma eletrônica oficial da Anvisa para os registros. O sistema atua como canal principal para a captação e análise de informações sobre EAs e queixas técnicas (QTs). A operação transforma o registro de falhas em uma motivação para a melhoria contínua na gestão de riscos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Apresenta-se, neste capítulo, a análise da articulação entre o marco regulatório de vigilância em saúde e a promoção da cultura de segurança no Brasil. Explora-se a forma como a evolução das normativas consolidou a segurança do paciente como responsabilidade institucional. Destaca-se, também, a atuação do Notivisa, com base na Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS (OMS, 2009) e na Análise de Causa Raiz, como instrumento vital de gestão de riscos e aprendizado. Ademais, discorre-se sobre o papel do Notivisa para a qualidade do cuidado e detalha-se o desafio persistente da subnotificação, que reforça a necessidade de fortalecimento da cultura de segurança em todo o território nacional. A análise fundamenta-se nos preceitos da Psicologia das Organizações e do Trabalho (POT) e na abordagem sistêmica do erro. Aplicam-se referenciais teóricos, como o Modelo do Queijo Suíço (Reason, 1997; Figura 1), para a compreensão da influência de processos grupais, da liderança e da cultura organizacional na segurança.

Na primeira seção, "O imperativo da segurança do paciente: da ética hipocrática ao alerta global", exploram-se as bases conceituais e evidencia-se a transição das preocupações com segurança de um preceito ético para uma política pública inadiável. Na segunda seção, detalha-se a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e da RDC nº 36/2013 como alicerces dos processos de segurança. Na terceira seção, examina-se o

sistema Notivisa 2.0 como instrumento de inteligência sanitária para a notificação de eventos adversos, por meio da aplicação de metodologias específicas como, por exemplo, a Análise de Causa Raiz. Na quarta seção, discutem-se as barreiras impeditivas do registro de falhas pelos profissionais. Por fim, aborda-se a urgência da transição do modelo de culpabilização por erros para uma cultura de segurança psicológica para as equipes hospitalares, como garantia para a melhoria sistêmica do cuidado.

O Imperativo da Segurança do Paciente: Da Ética Hipocrática ao Alerta Global

O princípio de não causar dano orienta a ética médica desde Hipócrates. A partir do século XX, com a evolução acelerada da medicina e a complexidade crescente do cuidado, constata-se um aumento no potencial de ocorrência de EAs no processo assistencial. A resposta ao cenário consistiu na emergência do reforço à segurança do paciente. No contexto brasileiro, define-se segurança como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado (Anvisa, 2014). O conceito consolidou-se como pilar essencial da qualidade na prestação de serviços.

A relevância do tema ganhou destaque a partir de 1999, após a divulgação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Errar é humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos. Com base em pesquisas retrospectivas de prontuários, estabeleceu-se, no documento, a definição de EA como uma lesão ou dano decorrente do cuidado ou intervenção médica e não da doença de base do paciente. O texto faz uma distinção importante entre eventos adversos evitáveis, que são causados por erros no atendimento, e aqueles não evitáveis, que ocorrem mesmo com a ausência de falhas no processo assistencial (Institute of Medicine, 2000; Anvisa, 2014).

Os dados do IOM (2000) evidenciaram a magnitude do problema sob duas óticas principais:

A) mortalidade: constata-se, por meio do relatório, cerca de 98 mil mortes anuais em hospitais dos EUA em função de EAs evitáveis. O número representa uma taxa de mortalidade superior à de HIV, câncer de mama ou atropelamentos (Anvisa, 2014);

B) impacto financeiro: o ônus é sanitário e econômico. As estimativas de gastos anuais variaram entre US$ 17 e US$ 29 bilhões nos EUA, com custos próximos a 2 bilhões de libras apenas com prolongamento de internação no Reino Unido (Anvisa, 2014).

No cenário global contemporâneo, estimativas sugerem números superiores aos reportados na década passada. Indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS) consolidam o dano ao paciente como um desafio de saúde pública de ordem primária (OMS, 2021). No Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 estima-se a ocorrência de 134 milhões de EAs por ano em hospitais de países de baixa e média renda, com 2,6 milhões de óbitos anuais nessas regiões (OMS, 2021).

O efeito financeiro evoluiu para a escala dos trilhões. Estima-se o custo social global entre US$ 1 trilhão e US$ 2 trilhões anuais (OMS, 2021). Os dados denotam o consumo de recursos vitais pela ineficiência, o que reforça o investimento em prevenção como um dever ético e imperativo de sustentabilidade. A Organização Mundial da Saúde (2023) reforçou a estatística de que cerca de um, em cada dez pacientes, sofre danos durante a assistência à saúde, destacando ainda que mais da metade desses eventos são passíveis de prevenção.

Confirmou-se em estudos internacionais em doze países (Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal, Turquia, Espanha, Suécia, Holanda e Brasil), que, em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum EA, sendo metade deles evitáveis (Anvisa, 2014). O cenário mobilizou governos na busca por soluções estruturadas e destacou a vigilância ativa. O IOM elevou a segurança do paciente a um dos seis atributos essenciais da qualidade, ao lado da efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade

(Anvisa, 2014). As informações enfatizam a importância da notificação de falhas para o fortalecimento da cultura de segurança.

Diante do imperativo global de vigilância ativa, observou-se a necessidade de institucionalizar essas diretrizes preventivas em âmbito nacional. No Brasil, esse movimento materializou-se por meio da edificação de um arcabouço legislativo específico para o monitoramento contínuo dos serviços de saúde que evoluiu para a construção do sistema Notivisa.

A resposta regulatória brasileira e a criação do NOTIVISA 2.0 (base legal, estrutura e instrumento de inteligência sanitária)

A construção do marco regulatório brasileiro voltado à segurança do paciente desenvolveu-se de forma progressiva. As ações estruturadas tiveram início com a criação da Rede Sentinela em 2002, focada no gerenciamento de risco e na cultura de vigilância pós-uso (Anvisa, 2014). Posteriormente, em dezembro de 2007, disponibilizou-se o sistema informatizado Notivisa como o canal primordial de captação de dados (Anvisa, 2014).

Já a consolidação institucional dessa estrutura ocorreu por meio da Portaria nº 1.660/2009, que instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipos) sob a coordenação do Ministério da Saúde (Brasil, 2009). O Vigipos conferiu uma estrutura formal no âmbito do SUS para a identificação precoce de riscos associados a serviços e produtos sob vigilância sanitária, formalizando a investigação de eventos adversos (EAs) e queixas técnicas (QTs) (Anvisa, 2014; Brasil, 2009). Houve a ampliação definitiva desse marco em 2013, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria MS/GM nº 529/2013 (Anvisa, 2014). O objetivo do programa é a promoção da segurança, a integração da gestão de riscos e o fomento à cultura de segurança nacional (Brasil, 2013a). A estruturação consolidou-se com a RDC nº 36/2013 da Anvisa. A resolução instituiu a obrigatoriedade da criação dos NSP nas unidades de saúde. Os núcleos assumiram a responsabilidade pela

elaboração e pelo monitoramento ativo do Plano de Segurança do Paciente (Brasil, 2013b). O uso do Notivisa expandiu-se como suporte tecnológico base para as notificações.

A exigência legal de notificação pelos NSPs (RDC nº 36/2013), consolidou o escopo do sistema. O objetivo central é dar o suporte à tomada de decisões, com identificação precoce de problemas e minimização de danos (Brasil, 2013b).

A evolução para a versão 2.0 ocorreu para correção de limitações classificatórias da versão anterior e acompanhamento da complexidade clínica. A transição inclui atualizações de *software* e uma reformulação conceitual alicerçada em três frentes:

A) ampliação de abrangência: incorporou-se o módulo 'Assistência à Saúde' com foco na abordagem sistêmica dos incidentes, englobando não apenas os eventos adversos (EAs) nos cuidados diretos, mas também falhas administrativas, organizacionais e de apoio. Essa ampliação viabiliza o registro detalhado das falhas em diversas etapas do processo assistencial e garante o monitoramento em escala nacional (Anvisa, 2025);

B) refinamento e qualidade dos dados: reformularam-se os formulários com categorias revisadas e novos campos obrigatórios. A estrutura exige um descritivo narrativo do evento e a categorização do dano (nenhum, leve, moderado, grave ou óbito). A precisão favorece a análise epidemiológica (Anvisa, 2025);

C) usabilidade e análise comparativa: o sistema passou a exigir informações do contexto do incidente e características do paciente (Anvisa, 2025). A padronização dos dados viabiliza a comparação entre setores e fornece subsídios para políticas públicas.

A atuação da Anvisa e dos NSPs via Notivisa objetiva o auxílio à aprendizagem contínua. O processo converte dados brutos em inteligência sanitária. A eficácia dessa conversão demanda a aplicação da Análise de Causa Raiz.

A estrutura analítica baseada em causa raiz

A estruturação do módulo de notificação exige um processo investigativo além do simples registro. A ferramenta adota os fundamentos da Análise de Causa Raiz (ACR) (Anvisa, 2025), com direcionamento da investigação para as falhas sistêmicas em oposição à culpa individual. A Análise de Causa Raiz (ACR) é uma técnica de solução de problemas fundamentada no pensamento sistêmico, que desloca o foco do erro individual para as fragilidades nos processos. Embora originária da indústria aeroespacial e manufatureira, sua aplicação na segurança do paciente foi estabelecida por autores como James Reason, que propôs a Teoria do Queijo Suíço para focar a identificação das "falhas latentes" dentro do sistema que, em última instância, possibilitam o erro humano no ponto de atenção (REASON, 1997; 2000).

A metodologia do Notivisa conduz o notificador por dez etapas sequenciais, iniciando na classificação do evento e alcançando a avaliação de fatores contribuintes e métodos de mitigação. O embasamento teórico para essa estrutura que posteriormente se consolidou de forma operacional sob o nome de Protocolo de Londres remete ao modelo sistêmico proposto por Vincent, Taylor-Adams e Stanhope (1998) e ao Modelo do Queijo Suíço (Reason, 1997), que propõem a gênese do acidente como reflexo do alinhamento de falhas latentes em múltiplas barreiras. Baseada nessa premissa, a ferramenta da Anvisa exige o exame prático das condições do paciente, da equipe e das decisões gerenciais envolvidas no incidente. O escopo final do formulário é a elucidação da causa raiz para a definição de ações corretivas (Anvisa, 2025). A robustez investigativa é indispensável à gestão de riscos. O sucesso da análise depende de uma rede plural de notificações formada por NSPs, autoridades, profissionais e cidadãos (Bahia, s.d.). A pluralidade propicia visão panorâmica dos riscos.

A sofisticação processual busca a transformação de dados em melhorias práticas. O potencial de aprendizagem, no entanto, defronta-se com a barreira da subnotificação. A defasagem entre a

realidade clínica e os registros inibe a capacidade decisória do SNVS. A inteligência do Notivisa depende, em última instância, do comportamento humano na decisão de relatar.

Subnotificação de eventos adversos: o principal desafio da vigilância ativa

A eficácia do monitoramento de riscos esbarra no fenômeno da subnotificação. Identifica-se o problema como limitação crítica dos Sistemas de Notificação de Incidentes (SNIs) (Pereira *et al*., 2024). Uma base incompleta fornece um panorama distorcido da incidência de riscos e inviabiliza as medidas preventivas. A priorização de intervenções pelo PNSP é comprometida pela escassez de dados (Pereira *et al*., 2024).

A despeito da RDC nº 36/2013, a ausência de inserção de dados perdura, sendo a transposição dos entraves um passo vital para o sistema. Na literatura científica, identificam-se barreiras estruturais e culturais impeditivas ao registro (Pereira *et al*., 2024; Anvisa, 2014). Destacam-se:

A) cultura punitiva: em ambientes com imaturidade de gestão, consolida-se a percepção do erro como falha de caráter pessoal. O medo de sanções, processos ou retaliações inibe a notificação (Pereira *et al*., 2024; Anvisa, 2014);

B) sobrecarga e exaustão: a pressão assistencial restringe o tempo para o preenchimento detalhado do Notivisa. Os profissionais priorizam a assistência direta (Pereira *et al*., 2024). Sinaliza-se, por meio da POT, a relação entre a Síndrome de *Burnout* e as falhas. A exaustão emocional diminui a dedicação e leva ao distanciamento do profissional em relação às suas tarefas (Maslach; Leiter, 1997) e, por consequência, dificulta o relato;

C) ausência de *feedback*: de acordo com os preceitos de Lucian Leape adotados pelo documento, para que um sistema de notificação seja efetivo, ele precisa garantir uma resposta oportuna aos usuários e ser orientado para a solução dos problemas notificados (Anvisa, 2014);

D) incerteza taxonômica: dúvidas sobre o escopo de notificação (quase-erros ou eventos sem dano) geram paralisia (Pereira *et al*., 2024); e

E) déficit de gestão: para que o programa seja efetivo, é imprescindível que haja coordenação apoiada por uma estrutura com recursos compatíveis com a dimensão de suas ações (Anvisa, 2014).

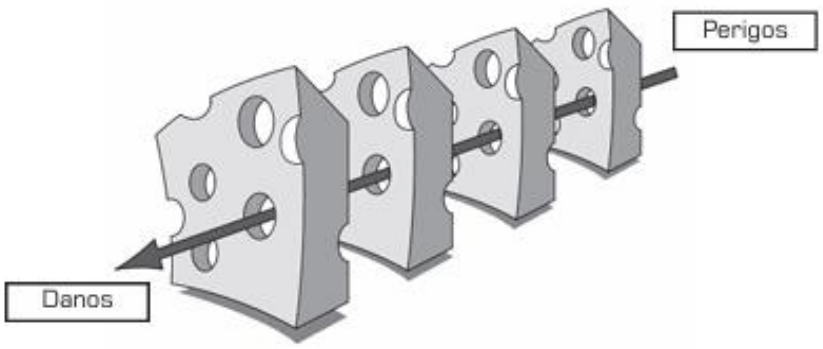
Nota-se a urgência de estabelecimento de um novo modelo cultural institucional, pautado em valores de segurança livre de culpabilização.

Cultura de segurança do paciente: para além da culpabilização

A eficácia do Notivisa exige o abandono da tendência à culpabilização de pessoas pelos eventos adversos, em prol de uma estrutura não punitiva. A transição do ambiente de trabalho consiste em um dos desafios centrais do PNSP (Anvisa, 2014). A cultura de segurança firma-se no princípio de que processos falhos produzem EAs (Leape, 2021). O deslocamento do foco possibilita a eliminação das falhas latentes. A gestão é instrumentalizada com conhecimentos e orientações para a compreensão das variáveis cognitivas e sociais inerentes ao desempenho em sistemas complexos.

O Modelo do Queijo Suíço (Reason, 1997), popularizado pelo relatório *To Err is Human* (Institute of Medicine, 2000), configura a metáfora base para a análise. A ocorrência do dano pressupõe a ruptura simultânea de barreiras de segurança (Reason, 1997).

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço: representação sistêmica de falhas nas barreiras de segurança



Fonte: Amarijo, Figueira e Gonçalves (2022, p. 5) a partir de Reason (2000).

O referencial assume a impossibilidade de erradicação plena do erro humano, mas atesta a viabilidade da mitigação via correção de vulnerabilidades sistêmicas. O modelo postula duas naturezas de fragilidades: as falhas ativas (atos inseguros na linha de frente) e as condições latentes (falhas de desenho organizacional). A concretização do EA depende do alinhamento transitório dos buracos nas camadas defensivas (Turjanski, 2016). No paradigma sistêmico, o erro não é a causa do evento, e sim um sintoma das disfunções organizacionais. A investigação requer a mitigação das condições originárias incubadas no tempo (Turjanski, 2016).

Classifica-se na literatura a abordagem clássica recém-detalhada, centrada na contenção de falhas latentes, como o paradigma *Safety-I* (Hollnagel, 2014). Observa-se, contudo, a insuficiência teórica da restrição do foco apenas à prevenção de desfechos negativos. Para o suprimento dessa lacuna e como complemento à visão tradicional, estabelece-se o referencial do *Safety-II*, alicerçado na Engenharia de Resiliência (Hollnagel, 2014). Prioriza-se, por meio dessa nova abordagem, a compreensão das adaptações diárias realizadas pelos profissionais como pilar para a construção de sistemas de saúde verdadeiramente resilientes.

A aplicação do Modelo do Queijo Suíço ao Notivisa conduz a análise causal ao âmbito organizacional. As notificações permitem o mapeamento de fragilidades em fatores psicossociais, problemas de gestão, falhas comunicativas e lacunas técnicas. A interpretação fundamenta intervenções de reestruturação de defesas. O processo impulsiona a Cultura Justa (*Just Culture*), definida como "um clima de confiança no qual os indivíduos são encorajados, e até mesmo recompensados, por fornecerem informações essenciais relativas à segurança, e também possuem clareza sobre onde deve ser estabelecido o limite entre o comportamento aceitável e o inaceitável." (Reason, 1997, p. 195, tradução nossa). A plataforma, nesse formato, assegura a análise voltada à melhoria e isenta o notificador de punições.

O avanço na segurança requer a consolidação de valores ancorados em três pilares fundamentais:

A) reconhecimento de falhas como oportunidade: foco na identificação de disfunções dos processos; o erro converte-se em vetor de aprendizado;

B) comunicação autêntica e não punitivismo: a segurança psicológica configura o alicerce primário para o relato e para a consequente viabilização da análise de dados. Edmondson (1999, p. 354, tradução nossa) a define como "uma crença compartilhada de que a equipe é segura para a tomada de riscos interpessoais". A materialização dessa segurança nas equipes de trabalho vincula-se à conduta das chefias e das coordenações. Atribui-se à liderança a exigência de estimular o debate aberto sobre erros, com a garantia de supressão de práticas punitivas ou de medidas retributivas; e

C) implementação de *feedback*: a apresentação de resultados concretos finaliza o ciclo de monitoramento. O retorno validativo do NSP incentiva o engajamento contínuo

Salienta-se, nesse panorama, o fenômeno das “Segundas Vítimas” (Wu, 2000). O paciente configura a primeira vítima, ao passo que o profissional arca com prejuízos emocionais de alta magnitude (culpa e ansiedade) após o envolvimento no EA. A negligência de suporte institucional agrava o sofrimento e perpetua

o silêncio. Isso ressalta a importância de incentivar ações focadas na identificação e exposição dos processos que levam a erros, em vez de mantê-los ocultos.

O Documento de Referência do PNSP (Anvisa, 2014) orienta a transição cultural baseada em seis paradigmas no desenvolvimento organizacional:

A) da culpa para o sistema: adoção da premissa de Cultura Justa (*Just Culture*), desenvolvida inicialmente por Reason (1997), operacionalizada de forma prática por Marx (2001) e, posteriormente, expandida por Dekker (2016). Sob essa perspectiva, verifica-se que a justiça organizacional[1] não equivale à ausência de responsabilização. Institui-se uma resposta ao erro direcionada à maximização do aprendizado institucional e à restauração da confiança mútua entre as equipes. O tratamento equitativo do profissional ocorre de forma concomitante à identificação e correção das falhas sistêmicas latentes. Assim, a consolidação dessa percepção de equidade e justiça configura-se como um elemento fundamental para a mitigação do medo de retaliação na base operacional e para a transição definitiva do modelo puramente punitivo (Reason, 1997; Marx 2001);

B) da punição para a justiça: extinção de valores repressivos em favor da recompensa ao relato;

C) do sigilo para a transparência: abertura de dados e compartilhamento de ocorrências para o aperfeiçoamento da equipe;

D) do médico para o paciente: participação ativa do paciente no delineamento terapêutico;

E) do indivíduo para a equipe: foco no trabalho interdependente e no suporte entre os pares;

F) da hierarquia para a reciprocidade: expande a prestação de contas, que deixa de ser apenas vertical ("topo para a base") para se tornar universal e recíproca entre todos os níveis da organização. As premissas alinham o cuidado de saúde às práticas das Organizações de Alta Confiabilidade (*High Reliability Organizations* - HROs). Conforme Weick e Sutcliffe (2015), as HROs mantêm o

baixo número de acidentes mediante o estado de alerta frente a potenciais anomalias e a forte deferência à *expertise* da linha de frente. A difusão desse modelo reposiciona o erro como fonte primária de informação e aprendizado contínuo para a segurança do paciente. Nesse contexto analítico, atribui-se ao Notivisa o papel de suporte indispensável, com a provisão de subsídios baseados em dados para a fundamentação do planejamento estratégico da gestão. Observa-se, contudo, a natureza passiva da plataforma, caracterizada pela sua incapacidade de realização ou sugestão autônoma de intervenções no ambiente clínico.

A eficácia das intervenções preventivas, corretivas e de melhoria contínua da qualidade depende estritamente da agência humana e institucional articulada sobre essas evidências. Constata-se, por conseguinte, a obrigatoriedade de uma interação entre a precisão da ferramenta tecnológica e a execução da ação gestora. O exame formal dessa interdependência técnica e comportamental fundamenta a síntese conclusiva exposta a seguir.

Considerações Finais

Apresenta-se, neste capítulo, a articulação entre a notificação em vigilância em saúde e a promoção da qualidade assistencial, com a elucidação do papel do Notivisa no PNSP, desde o princípio ético do *Primum non nocere*, até a resposta estruturada do país aos desafios de segurança global.

Por meio da investigação metodológica, formulam-se três eixos conclusivos:

A) a robustez do marco legal: o Brasil dispõe de normas sólidas (Portaria nº 529/2013 e RDC nº 36/2013) que institucionalizam a segurança e tornam a gestão de riscos compulsória para as instituições;

B) o Notivisa como vetor sistêmico: o sistema excede a função de arquivo. Estruturado na ACR (análise de causa raiz) atua como potencial propulsor de decisões preventivas; e

C) a vigilância como responsabilidade distribuída: a captação de dados por profissionais, cidadãos e corporações demonstra a pluralidade e a natureza coletiva do dever de segurança

Evidencia-se a relevância da articulação dos fatores psicossociais no contexto hospitalar por meio dos subsídios teóricos e práticos derivados dos estudos em Psicologia das Organizações e do Trabalho (POT), mobilizados para a estruturação de um clima de confiança e para a otimização da comunicação entre as equipes. Identificam-se esses vetores como preditores diretos da segurança psicológica no ambiente laboral. No que tange à assistência em saúde, a literatura corrobora que a consolidação de ambientes pautados pela confiança e pela comunicação é indispensável para a explicitação voluntária de incidentes e erros (Melgarejo; Mastroianni; Varallo, 2019). Fundamenta-se, por intermédio dessa abordagem científica, a necessidade de enfrentamento do medo de retaliação, requisitos mandatórios para a transição definitiva de uma cultura punitiva para uma Cultura Justa (Reason, 1997). Sob essa perspectiva, estabelece-se uma tríade interdependente na gestão de riscos: atribui-se ao Notivisa o papel de suporte técnico de captação; consubstancia-se a cultura de segurança do paciente como o amparo ético e comportamental legitimador da ferramenta; e disponibilizam-se, pela POT, os conhecimentos necessários para a sustentabilidade dessas dinâmicas no cotidiano dos serviços. Sob o prisma ético, o desfecho pretendido norteia-se pela conversão de cada erro notificado em inteligência organizacional e oportunidade de aprendizado coletivo, com a exclusão absoluta do modelo de culpabilização individual. Sob a ótica organizacional, os benefícios manifestam-se na mitigação dos impactos financeiros, sociais e clínicos decorrentes de eventos adversos, passíveis de prevenção por meio de medidas institucionais sistêmicas (Institute of Medicine, 2000; Anvisa, 2025b). O escopo de toda a estrutura regulatória e comportamental converge, em última análise, para a preservação de vidas humanas e para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Nota de Transparência e Uso de IA:

Declara-se, para os devidos fins de integridade científica e em conformidade com as diretrizes editoriais e de fomento (CNPq/CAPES), o emprego do modelo de linguagem de inteligência artificial Gemini 3.1 Pro (Google) como ferramenta de suporte à editoração deste capítulo. A aplicação da referida tecnologia restringiu-se exclusivamente a processos de revisão estilística, auditoria de coesão textual, verificação de padronização normativa (ABNT NBR 10520:2023 e NBR 6023:2018), elaboração de índice remissivo e auditoria cruzada de referências bibliográficas. As autoras atestam que nenhuma parte do conteúdo intelectual, dados empíricos, estatísticas ou construtos teóricos originais sofreu geração ou alteração automatizada. A responsabilidade integral e irrestrita pela acurácia, originalidade e fidedignidade do trabalho pertence às autoras.

Referências

AMARIJO, C.; FIGUEIRA, A. B.; GONÇALVES, N. G. da C. **Segurança do paciente:** conexões de dispositivos. [S. l.: s. n.], ago. 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Modelo-Do-Queijo-Suico_fig1_362551758 . Acesso em: 18 maio 2026.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. **Sistema Notivisa**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, [s. d.]. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-sanitaria/sistema-notivisa/.Acesso em: 14 out. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual das alterações realizadas no formulário de notificação de incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde (Núcleo de Segurança do Paciente):** Etapas 1 a 10, acompanhamento e gerenciamento das notificações e caixa postal. Brasília, Distrito Federal: Agência Nacional de Vigilância Sanitária,

2025. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/atualizacoes-notivisa-2.0/manual-das-alteracoes-realizadas-no-formulario-de-notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude-nsp/view . Acesso em: 18 maio 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada número 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, Distrito Federal, n. 143, p. 32-34, 26 jul. 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html . Acesso em: 18 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 1.660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, Distrito Federal, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html . Acesso em: 12 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, Distrito Federal, n. 62, p. 26-27, 2 abr. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 14 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Pacien**te. Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

DEKKER, S. **Just Culture:** Restoring Trust and Accountability in Your Organization. 3. ed. Boca Raton: CRC Press, 2016. Disponível em:

https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.1201/9781315590813/culture-sidney-dekker-sidney-dekker. Acesso em: 18 maio 2026.
EDMONDSON, Amy. Psychological safety and learning behavior in work teams. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 44, n. 2, p. 350-383, 1999. Disponível em: https://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Group_Performance/Edmondson%20Psychological%20safety.pdf. Acesso em: 18 maio 2026. em: 18 maio 2026.
HOLLNAGEL, Erik. **Safety-I and Safety-II**: The Past and Future of Safety Management. Farnham: Ashgate Publishing, 2014. Digital Object Identifier: https://doi.org/10.1201/9781315607511 Acesso
INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err Is Human**: Building a Safer Health System. Washington, District of Columbia: The National Academies Press, 2000. Digital Object Identifier: https://doi.org/10.17226/9728 Acesso em: 18 maio 2026.
LEAPE, Lucian L. **Making Healthcare Safe**: The Story of the Patient Safety Movement. [S. l.]: Springer Nature, 2021. Disponível em: https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-71123-8 . Acesso em: 18 maio 2026.
MARX, David A. **Patient Safety and the "Just Culture"**: A Primer for Health Care Executives. New York: Trustees of Columbia University, 2001.
MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. **The truth about burnout**: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
MELGAREJO, C. R. V.; MASTROIANNI, P. C.; VARALLO, F. R. **Promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 2019. 117 p. Digital Object Identifier: https://doi.org/10.7476/9788595463370 . Acesso em: 18 maio 2026.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2009. Disponível em: https://iris.who.int/items/dbc61460-da0e-4ca1-9e59-b0f15e858cc5 . Acesso em: 18 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030**: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705. Acesso em: 18 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Patient Safety Fact Sheet**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, set. 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety Acesso em: 18 maio 2026.

PEREIRA, A. R. da S.; CUNHA, B. A. S.; FEITOZA-SILVA, M.; MARINS-SILVA, B. R. Avaliação das queixas técnicas relacionadas à tecnovigilância em hospitais federais do Rio de Janeiro no período de 2018 a 2020 notificadas no Sistema Notivisa. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 902-917, jul./dez. 2024. Digital Object Identifier: https://doi.org/10.12957/sustinere.2024.78462 Acesso em: 18 maio 2026.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, [S. l.], v. 320, n. 7237, p. 768-770, 18 mar. 2000. Digital Object Identifier: https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768 Acesso em: 25 nov. 2025.

REASON, J. **Managing the risks of organizational accidents**. Aldershot: Ashgate, 1997. Disponível em: https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315543543/managing-risks-organizational-accidents-james-reason?trk=public_post_comment-text . Acesso em: 18 maio 2026.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias; GOMIDE JÚNIOR, Sinésio. Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt (org.). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap. 8, p. 316-348.

TURJANSKI, Diego. Queijo: o modelo do queijo suíço (um velho desconhecido). **Laboreal**, [S. l.], v. 12, n. 2, dez. 2016. Digital Object Identifier: https://doi.org/10.4000/laboreal.2740. Disponível em:

https://journals.openedition.org/laboreal/2740 Acesso em: 18 maio 2026.
VINCENT, C.; TAYLOR-ADAMS, S.; STANHOPE, N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. **British Medical Journal**, [S. l.], v. 316, n. 7138, p. 1154-1157, 11 abr. 1998. Digital Object Identifier: 10.1136/bmj.316.7138.1154. Disponível em: https://www.bmj.com/content/316/7138/1154.full. Acesso em: 18 maio 2026.
WEICK, Karl E.; SUTCLIFFE, Kathleen M. **Managing the Unexpected**: Sustained Performance in a Complex World. 3. ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2015.
WU, A. W. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. **British Medical Journal**, [S. l.], v. 320, n. 7237, p. 726-727, 18 mar. 2000. Digital Object Identifier: 10.1136/bmj.320.7237.726. Disponível em: https://www.bmj.com/content/320/7237/726. Acesso em: 18 maio 2026.

PROCESSOS DE ACREDITAÇÃO E QUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR COMO BASE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Magda Macedo Madalozzo
Fernanda Bitencourt Prigol
Kellen Perozzo Lopes

A segurança do paciente constitui um dos pilares centrais da qualidade em serviços de saúde, especialmente em contextos hospitalares caracterizados por alta complexidade assistencial e tecnológica. Nesse cenário os processos de acreditação emergem como instrumentos estruturantes para a organização do cuidado, padronização de práticas e fortalecimento da cultura de segurança. Este capítulo tem como objetivo analisar a relação entre acreditação hospitalar, gestão da qualidade e segurança do paciente, à luz das diretrizes nacionais e internacionais, com destaque para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). Fundamentado em referenciais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), discute-se a gestão de riscos, a notificação e investigação de eventos adversos, bem como os desafios relacionados à cultura organizacional e aos fatores humanos (Brasil, 2013; Brasil, 2016; Brasil, 2017). Como contribuição, propõe-se uma reflexão aplicada sobre a integração entre acreditação, governança clínica e práticas seguras, evidenciando que a consolidação de sistemas de qualidade sustentáveis depende de uma abordagem sistêmica, contínua e centrada no paciente.

A crescente preocupação com a segurança do paciente decorre, em grande parte, da evidência de que os eventos adversos relacionados à assistência à saúde representam um problema significativo de saúde pública, com impacto direto na morbimortalidade, nos custos assistenciais e na qualidade dos

serviços prestados. Estudos apontam que uma parcela relevante dos pacientes hospitalizados é acometida por incidentes evitáveis, muitos dos quais associados a falhas nos processos de trabalho, comunicação ineficaz e fragilidades nos sistemas organizacionais (Brasil, 2017). Nesse contexto, torna-se fundamental compreender que a segurança do paciente não se limita à adoção de protocolos ou à capacitação técnica dos profissionais, mas envolve a construção de sistemas resilientes, capazes de antecipar riscos, aprender com falhas e promover melhorias contínuas. Assim, a incorporação de práticas estruturadas de gestão da qualidade e a adesão a modelos de acreditação hospitalar configuram-se como estratégias essenciais para a redução de danos e para o fortalecimento de uma cultura organizacional orientada à segurança.

2. Segurança do paciente: conceitos, evolução e relevância no contexto hospitalar

A segurança do paciente consolidou-se como dimensão essencial da qualidade em saúde, sendo atualmente compreendida não apenas como a prevenção de erros, mas como a organização de culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes voltados à redução consistente e sustentável dos riscos assistenciais. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde define segurança do paciente como a ausência de danos evitáveis e a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado a um mínimo aceitável, o que desloca o debate de uma lógica centrada exclusivamente no erro individual para uma abordagem sistêmica e preventiva (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021; OMS, 2023). A evolução desse campo está diretamente relacionada ao reconhecimento internacional de que os danos decorrentes da assistência constituem um grave problema de saúde pública. Um marco importante desse movimento foi o relatório *To Err is Human*, publicado em 1999, que projetou mundialmente a magnitude dos eventos adversos e impulsionou uma agenda global de melhoria da qualidade e segurança. Na sequência, a OMS

publicou, em 2002, a Resolução WHA 55.18, ampliando a centralidade do tema nas políticas de saúde, e, em 2004, lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, fortalecendo campanhas e estratégias globais. Mais recentemente, o *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* reafirmou, como meta global, a máxima redução possível do dano evitável associado ao cuidado inseguro (Brasil, 2017; OMS, 2021; OMS, 2023).

No contexto hospitalar, a relevância da segurança do paciente torna-se ainda mais evidente em razão da elevada complexidade dos processos assistenciais, da intensa incorporação tecnológica, da multiplicidade de profissionais envolvidos no cuidado e da necessidade de decisões rápidas em cenários clínicos frequentemente instáveis. O documento técnico da Anvisa destaca que os serviços de saúde operam em ambientes complexos, nos quais múltiplos fatores podem contribuir para a ocorrência de incidentes, exigindo identificação, análise e tratamento sistemático dos riscos. Além disso, estimativas apresentadas pela própria Anvisa indicam que um em cada dez pacientes pode sofrer dano ao receber assistência hospitalar em países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de fortalecer mecanismos organizacionais capazes de prevenir falhas e reduzir danos evitáveis (Brasil, 2017).

No Brasil, a consolidação desse tema ganhou maior densidade normativa e institucional a partir da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional. Em articulação com esse programa, a RDC nº 36/2013 estabeleceu a obrigatoriedade da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, da elaboração do Plano de Segurança do Paciente, da adoção de protocolos prioritários e da promoção de uma cultura de segurança baseada na aprendizagem e não na punição. Dessa forma, a segurança do paciente passa a ser compreendida como eixo estruturante da governança clínica e da gestão da qualidade, especialmente em hospitais, onde os riscos

assistenciais são mais frequentes e potencialmente mais graves (Brasil, 2013; Brasil, 2016; Brasil, 2017).

2.1 Estruturação da segurança do paciente no Brasil

A estruturação da segurança do paciente no Brasil representa um avanço significativo na organização dos serviços de saúde, ao estabelecer diretrizes, responsabilidades e instrumentos voltados à qualificação do cuidado. Esse movimento ganha força a partir da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade da assistência em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (Brasil, 2013).

O PNSP introduz uma abordagem sistêmica da segurança do paciente, fundamentada na prevenção de incidentes, na redução de danos evitáveis e na promoção de uma cultura organizacional orientada à aprendizagem. Entre suas principais diretrizes, destacam-se o incentivo à implementação de práticas seguras, o fortalecimento da cultura de segurança, o estímulo à notificação de incidentes e o desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde. Nesse contexto, a segurança do paciente passa a ser compreendida como responsabilidade institucional, exigindo o comprometimento da alta gestão e a integração entre os diferentes níveis assistenciais.

Complementarmente, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, estabelece ações obrigatórias para a promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde, consolidando um marco regulatório estruturante. Entre essas ações, destacam-se a obrigatoriedade da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), a elaboração e implementação do Plano de Segurança do Paciente, a adoção de protocolos assistenciais prioritários e a implementação de sistemas de notificação de eventos adversos (Brasil, 2013).

Os Núcleos de Segurança do Paciente constituem-se como instâncias estratégicas dentro das instituições de saúde, sendo responsáveis por coordenar as ações de gestão de riscos, monitorar incidentes, propor melhorias e promover a cultura de segurança. Sua atuação é essencial para a operacionalização das diretrizes do PNSP, garantindo que as práticas de segurança sejam incorporadas aos processos de trabalho de forma contínua e sistemática (Brasil, 2016).

Outro elemento central na estruturação da segurança do paciente no Brasil refere-se à notificação e monitoramento de incidentes, operacionalizados por meio de sistemas como o NOTIVISA, que permitem a coleta, análise e disseminação de informações sobre eventos adversos. Esse processo é fundamental para o aprendizado organizacional e para a implementação de ações preventivas, contribuindo para a redução de danos e para o aprimoramento da qualidade assistencial (Brasil, 2017).

Adicionalmente, o Ministério da Saúde instituiu protocolos básicos de segurança do paciente, considerados prioritários, que incluem práticas relacionadas à identificação do paciente, prevenção de quedas, prevenção de lesões por pressão, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, higiene das mãos e cirurgia segura. Esses protocolos representam ferramentas essenciais para a padronização das práticas assistenciais e para a redução da variabilidade do cuidado, sendo adaptáveis às especificidades de cada serviço de saúde (Brasil, 2013).

Dessa forma, a estruturação da segurança do paciente no Brasil evidencia uma evolução significativa na organização dos sistemas de saúde, ao integrar regulação, gestão e prática assistencial em um modelo orientado à qualidade e à segurança. Contudo, a efetividade dessas iniciativas depende da capacidade das instituições em internalizar tais diretrizes em sua cultura organizacional, superando abordagens meramente normativas e avançando para uma prática baseada na aprendizagem contínua, na responsabilização compartilhada, no fortalecimento do trabalho em equipe e na melhoria permanente dos processos assistenciais.

2.2 Núcleo de Segurança do Paciente e gestão de riscos

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) constitui a principal instância organizacional para a condução das ações de segurança do paciente nos serviços de saúde, representando um elemento estruturante da governança clínica e da gestão da qualidade. No contexto brasileiro, sua instituição tornou-se obrigatória com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, que também estabeleceu a necessidade de elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP), implantação de protocolos assistenciais, notificação de eventos adversos e promoção de uma cultura de segurança pautada na aprendizagem e não na punição (Brasil, 2013).

A atuação do NSP deve ser compreendida como estratégica transversal, integrando liderança, equipes assistenciais e áreas de apoio na identificação, análise, avaliação e controle dos riscos relacionados à assistência. Conforme diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, suas competências incluem a implementação e monitoramento de protocolos de segurança, a elaboração e atualização do Plano de Segurança do Paciente e a promoção de práticas seguras nos diferentes níveis da organização (Brasil, 2016).

Nesse contexto, o Plano de Segurança do Paciente assume papel central, funcionando como instrumento orientador das ações institucionais. Trata-se de um documento que organiza prioridades, define estratégias de prevenção e mitigação de incidentes e articula a gestão de riscos com os processos assistenciais e organizacionais. Sua elaboração deve considerar a integração com outras políticas institucionais, reforçando o caráter sistêmico da segurança do paciente (Brasil, 2016).

Sob a perspectiva da gestão de riscos, esta é compreendida como a aplicação sistemática e contínua de políticas, procedimentos e práticas voltadas à identificação, análise e controle dos riscos relacionados à assistência à saúde. Tal abordagem reforça a necessidade de antecipação das falhas e não apenas de

resposta aos eventos já ocorridos, promovendo uma cultura de prevenção e melhoria contínua (Brasil, 2017). A operacionalização da gestão de riscos envolve tanto estratégias prospectivas quanto retrospectivas. Entre as abordagens prospectivas, destacam-se o mapeamento de processos e a identificação prévia de perigos, enquanto as retrospectivas incluem a investigação de incidentes por meio de metodologias estruturadas, como a análise de causa raiz. Essas ferramentas permitem compreender os fatores contribuintes dos eventos adversos e subsidiar a implementação de ações corretivas e preventivas mais eficazes (Brasil, 2017).

A notificação de incidentes constitui elemento fundamental nesse processo, permitindo o monitoramento sistemático dos eventos relacionados à assistência à saúde. No Brasil, esse processo é operacionalizado por meio de sistemas como o NOTIVISA, que possibilitam a coleta e análise de dados para subsidiar a tomada de decisão e o aprimoramento dos processos assistenciais. A efetividade desse sistema depende do desenvolvimento de uma cultura organizacional que incentive a notificação, elimine temores e receios de retaliações e punições, e seja orientada ao aprendizado (Brasil, 2017). Mais recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem reforçado a importância da qualificação das notificações e da análise dos dados por meio de atualizações normativas e técnicas, destacando a necessidade de aprimorar a qualidade das informações registradas e fortalecer a vigilância dos eventos adversos nos serviços de saúde (Brasil, 2025).

Além disso, iniciativas mais recentes no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária têm buscado fortalecer a gestão da segurança do paciente por meio de planos integrados e estratégias de monitoramento contínuo, evidenciando a evolução do tema no país e a ampliação do foco para além da conformidade normativa, incorporando aspectos relacionados à cultura organizacional e à efetividade das práticas assistenciais (Brasil, 2026).

Dessa forma, o NSP deve ser compreendido como núcleo articulador entre regulação, qualidade e prática assistencial, sendo responsável por transformar dados em aprendizado

organizacional e promover melhorias contínuas nos processos de cuidado. Em ambientes hospitalares de alta complexidade, sua atuação torna-se ainda mais relevante, contribuindo para a redução de riscos, a qualificação da assistência e o fortalecimento de uma cultura de segurança sustentável. Os processos de acreditação hospitalar têm se constituído em instrumentos de suporte aos NSP para validar a efetividade de suas ações.

3. Acreditação hospitalar como indutora da segurança do paciente

A acreditação hospitalar configura-se como um dos principais instrumentos de indução da qualidade e da segurança nos serviços de saúde, ao estabelecer padrões estruturados de avaliação que orientam a organização dos processos assistenciais e gerenciais. Diferentemente de abordagens meramente normativas, a acreditação propõe um modelo de avaliação contínua, baseado em critérios previamente definidos, que estimulam a melhoria sistemática dos serviços e a consolidação de práticas seguras (Organização Nacional de Acreditação [ONA], 2022).

Nesse contexto, a acreditação ultrapassa a lógica de certificação, assumindo papel estratégico na transformação organizacional. Ao promover a padronização de processos, a rastreabilidade das ações e o monitoramento por indicadores, contribui diretamente para a redução da variabilidade do cuidado, um dos fatores associados à ocorrência de eventos adversos. Além disso, favorece a integração entre diferentes áreas e níveis de atenção, fortalecendo a governança clínica e a gestão baseada em evidências (Brasil, 2017).

A relação entre acreditação e segurança do paciente também se expressa na exigência de implementação de estruturas organizacionais específicas, como os Núcleos de Segurança do Paciente, bem como na adoção de protocolos assistenciais e na sistematização da gestão de riscos. Tais requisitos estão alinhados às diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente e pela RDC nº 36/2013, evidenciando a convergência

entre os modelos de acreditação e o marco regulatório brasileiro (Brasil, 2013).

Outro aspecto relevante refere-se ao papel da acreditação na promoção da cultura de segurança. Ao incentivar práticas de avaliação contínua, auditorias internas, análise de indicadores e aprendizagem organizacional, a acreditação contribui para a construção de ambientes mais seguros, nos quais o erro é compreendido como oportunidade de melhoria e não como falha individual passível de punição. Essa abordagem é fundamental para o fortalecimento de uma cultura justa, elemento essencial para a efetividade das estratégias de segurança do paciente (Brasil, 2016). Além disso, a acreditação estimula o desenvolvimento de competências organizacionais relacionadas à gestão da qualidade, como liderança, comunicação efetiva, trabalho em equipe e tomada de decisão baseada em dados. Esses fatores são determinantes para a consolidação de práticas assistenciais seguras, especialmente em contextos hospitalares de alta complexidade, nos quais a articulação entre diferentes profissionais e processos é essencial para a prevenção de riscos (Brasil, 2017).

No cenário internacional, modelos como a Joint Commission International (JCI), uma organização não governamental dos Estados Unidos, sem fins lucrativos, atuante desde 1953, assim como a *Accreditation Canada Internacional* - AC, reforçam essa perspectiva ao integrar padrões de qualidade e segurança em um mesmo sistema de avaliação, destacando a importância da centralidade do paciente, da continuidade do cuidado e da gestão integrada dos processos assistenciais. Esses referenciais influenciam diretamente os modelos nacionais, como o da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que adapta tais princípios à realidade do sistema de saúde brasileiro (Joint Commission International [JCI], 2021; ONA, 2022). Cada uma dessas entidades reguladoras de acreditação utiliza métodos próprios para certificar a qualidade da segurança do paciente (Silva, A., *et al*., 2023). A JCI tem abrangência internacional, sem níveis de acreditação, fornece certificação válida por 3 anos e sua

aplicação segue as orientações do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). A ONA, por sua vez, possui abrangência nacional, fornece certificação válida por até três anos, em três níveis (segurança, gestão integrada e excelência em gestão) e é aplicada por meio de instituições credenciadas (Silva, A., *et al*., 2023). Por ser a entidade reguladora mais utilizada no Brasil, a seguir, detalham-se informações úteis e orientativas quanto às atividades desenvolvidas pela ONA.

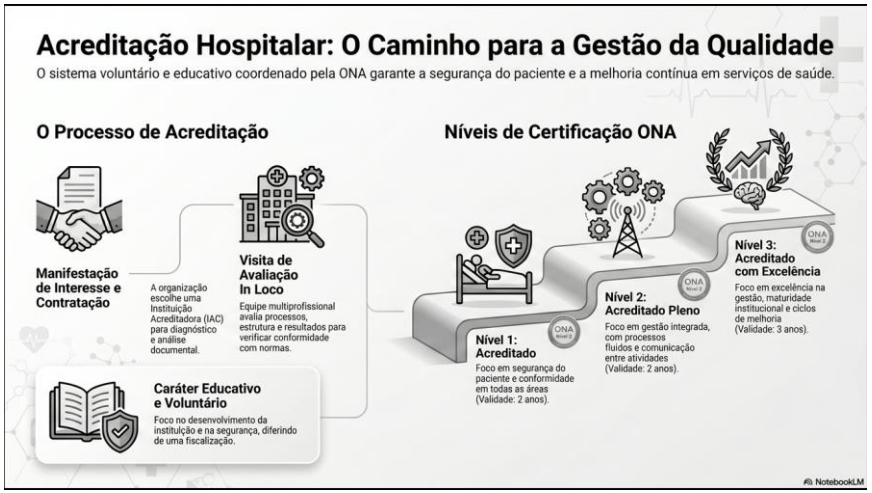
4. Organização Nacional de Acreditação no contexto da qualidade e segurança do paciente

No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) constitui o principal modelo de avaliação externa da qualidade em serviços de saúde, configurando-se como um sistema estruturado de certificação baseado em padrões previamente definidos e alinhados a referenciais internacionais de melhoria contínua. Criada em 1999, a ONA atua como entidade não governamental e sem fins lucrativos responsável por estabelecer diretrizes, metodologias e requisitos para avaliação da maturidade organizacional dos serviços de saúde brasileiros no que se refere à qualidade assistencial, à segurança do paciente e à gestão integrada dos processos (ONA, 2022).

O modelo de acreditação da ONA organiza-se em três níveis progressivos de certificação, que devem ser percorridos pelas organizações que desejam adequar seus processos de trabalho a padrões robustos de qualidade de cuidado. Estes três níveis expressam diferentes estágios de desenvolvimento institucional. O nível 1, Acreditado, enfatiza a conformidade com requisitos estruturais e assistenciais básicos voltados à segurança do paciente e à padronização de processos. O nível 2, Acreditado Pleno, incorpora a gestão integrada, evidenciando articulação entre processos assistenciais e administrativos, bem como monitoramento sistemático de resultados. Por sua vez, o nível 3, Acreditado com Excelência, representa o estágio mais avançado,

caracterizado pela cultura organizacional orientada à melhoria contínua, inovação, uso de indicadores estratégicos e evidências de sustentabilidade dos resultados ao longo do tempo (ONA, 2022).

Na Figura 1 é possível visualizar as principais etapas do processo de acreditação com base no Manual de Acreditação ONA (2026) e outras referências atuais:



Fonte: Adaptado de Silva, Machado Junior, Martiniano, Barreto, Portella (2023)[1].

Observa-se que o processo de acreditação da ONA, além dos três níveis, é estruturado em quatro etapas fundamentais para garantir a conformidade técnica e a qualidade dos serviços de saúde. Ele inicia quando a organização manifesta seu interesse em seguir os procedimentos para habilitação e segue com atividades específicas a serem desenvolvidas em cada etapa, detalhadas na sequência.

1. Inscrição e contratação da Instituição Acreditadora (IA)

[1] Infográfico elaborado pelas autoras com o auxílio de inteligência artificial generativa NotebookLM, com o objetivo de facilitar a visualização das etapas de um processo de acreditação, nesse caso, da ONA. Após revisões e ajustes, as autoras assumem total responsabilidade pelo conteúdo.

As atividades centrais nessa etapa são: a) solicitação e proposta; b) documentação; c) formalização com a ONA e d) autorização oficial de prosseguimento. O ciclo se inicia quando a organização de saúde manifesta interesse no selo de qualidade, solicitando uma proposta à Instituição Acreditadora (IA). Após a coleta de informações e análise para contratação, ocorre a troca de questionários e documentos técnicos para formalizar o contrato. A etapa seguinte envolve a formalização junto à ONA, com o envio do contrato assinado e o pagamento da taxa de inscrição (10% do valor contratual). Somente após a confirmação desse pagamento pela ONA é que a IA recebe autorização oficial para prosseguir com a visita de avaliação.

2. Planejamento da Visita de Avaliação

As atividades centrais nessa etapa são: a) composição da Equipe de avaliadores; b) aprovação da equipe pela organização contratante; c) Plano de Visita e d) preparação interna das equipes para receberem os avaliadores. Com a autorização concedida, a IA compõe uma equipe multidisciplinar (formada obrigatoriamente por, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um administrador) que deve ser submetida à aprovação prévia da organização de saúde. O avaliador-líder elabora o Plano de Visita, com um cronograma detalhado contendo objetivos, datas e responsáveis pelos setores e documentos de referência. Paralelamente, a instituição de saúde deve realizar sua preparação interna, informando os colaboradores sobre a visita e garantindo que os avaliadores tenham livre acesso às instalações e às informações necessárias.

3. Execução da Avaliação - Visita dos avaliadores

Esta etapa se desenvolve por meio de três atividades específicas: a) delimitação do prazo de início da visita; b) coleta de evidências e c) classificação de não conformidades: a visita deve ocorrer em um prazo de até 30 dias após a confirmação do pagamento da taxa de inscrição. Durante esse período, os

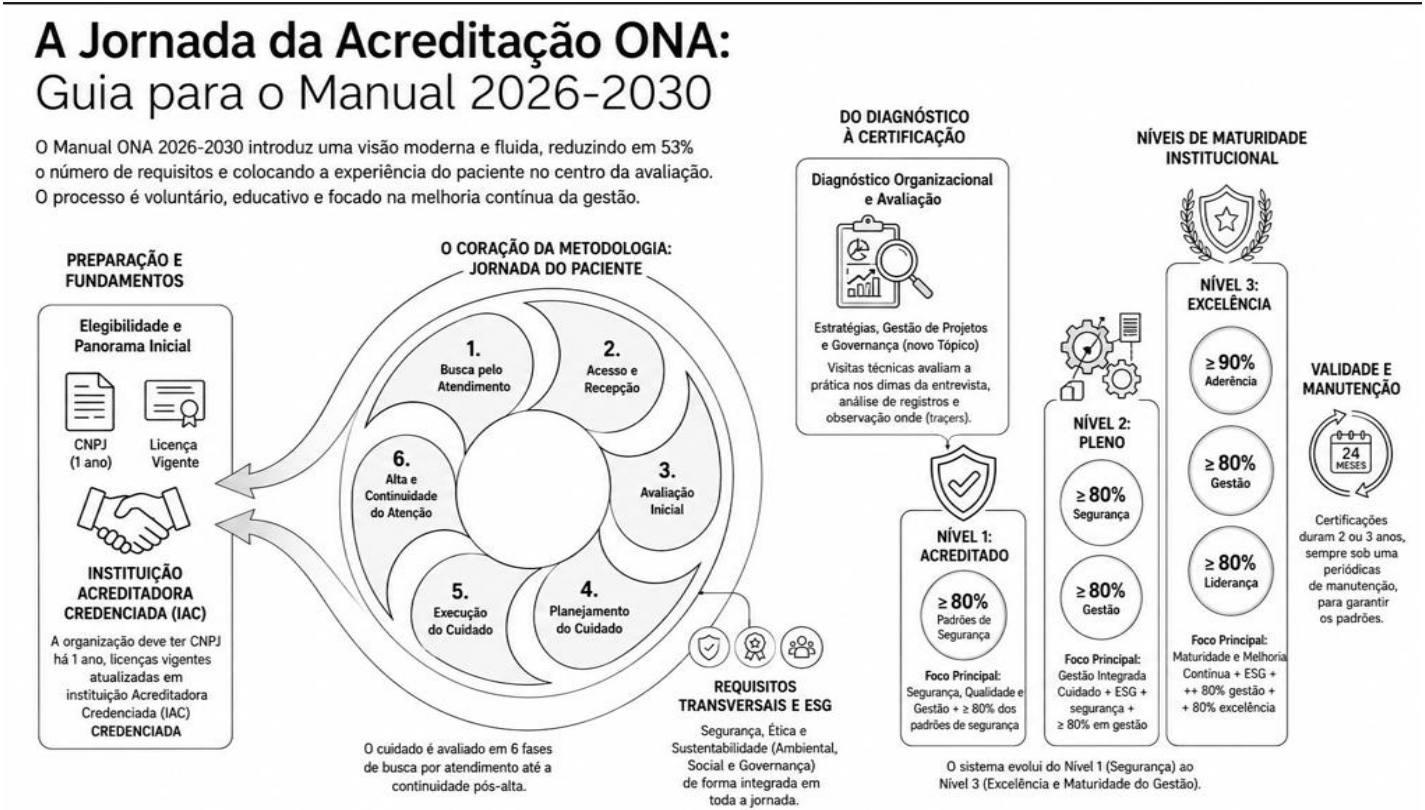
avaliadores coletam evidências por meio de entrevistas, análise documental e observação direta dos processos e infraestrutura. Caso sejam detectadas falhas, elas são registradas e classificadas em não conformidades maiores (incapacidade de atender a um requisito essencial) ou menores (descumprimentos que não comprometem a integridade do sistema de gestão da qualidade).

4. Finalização e homologação

A finalização e homologação da acreditação se concretizam por meio das seguintes atividades: a) apresentação do Relatório da Avaliação; b) encaminhamento do tratamento de pendências (no caso de identificação de não conformidades); c) homologação do Parecer Final e Certificação e d) direito a recurso. Ao término da visita, é gerado um Relatório de Avaliação que deve ser assinado pelo responsável da organização de saúde. Se houver pendências, a instituição possui um prazo para corrigi-las, e a IA tem até 30 dias para retornar e validar os ajustes. Com tudo em conformidade, a IA emite o parecer final e encaminha a documentação à ONA para a homologação e emissão do certificado. Por fim, caso a organização discorde do resultado da avaliação, é garantido o direito a recurso, que deve ser protocolado em até 45 dias após o recebimento do parecer final.

É importante destacar que a efetividade da acreditação como indutora da segurança do paciente depende da capacidade das instituições em internalizar seus princípios. Quando tratada apenas como um processo pontual ou voltado à obtenção de certificação, sua potência transformadora é reduzida. Por outro lado, quando incorporada à cultura organizacional e aos processos de gestão, a acreditação torna-se um importante vetor de mudança, promovendo a sustentabilidade das práticas seguras e a melhoria contínua dos serviços.

Toda a jornada de certificação sugerida pela ONA é descrita atualmente no Manual de Acreditação 2026 - 2030, cujos processos podem ser visualizados na Figura 2.



Fonte: Manual de Acreditação da ONA, 2026 - 2030.

A acreditação hospitalar deve ser compreendida como um modelo integrador, que articula qualidade, segurança e governança clínica, contribuindo para a construção de sistemas de saúde mais seguros, eficientes e centrados no paciente. Sua atuação como indutora da segurança do paciente evidencia a importância de abordagens sistêmicas, capazes de alinhar regulação, gestão e prática assistencial colaborativa em um mesmo propósito de cuidado seguro e de excelência, a ser implementado e mantido pelas equipes interprofissionais que, para serem efetivas, necessitam de forte predisposição para a cooperação por parte de todos os seus membros.[1]

4. Integração entre qualidade, acreditação e práticas seguras no contexto hospitalar

A integração entre qualidade, acreditação e práticas seguras no contexto hospitalar tem sido amplamente discutida na literatura contemporânea como um dos principais determinantes para a efetividade das estratégias de segurança do paciente. O relatório global mais recente da Organização Mundial da Saúde evidencia que, apesar dos avanços regulatórios e institucionais, persistem lacunas significativas na implementação dessas estratégias, demonstrando que a existência de políticas formais não garante, por si só, a redução consistente de danos evitáveis (OMS, 2024).

Nesse sentido, a acreditação hospitalar tem sido analisada como um mecanismo potencial de melhoria da qualidade e da segurança, especialmente por promover padronização, monitoramento e avaliação contínua dos processos assistenciais. Estudos recentes apontam associação positiva entre acreditação e cultura de segurança, evidenciando maior abertura na

[1] Infográfico elaborado pelas autoras com o auxílio de inteligência artificial generativa NotebookLM, com o objetivo de facilitar a visualização das etapas da jornada de acreditação descrito pelo Manual de Acreditação disponibilizado pela ONA a partir de 2026. Após revisões e ajustes, as autoras assumem total responsabilidade pelo conteúdo.

comunicação, aumento da frequência de notificações de eventos adversos e melhor percepção da segurança entre profissionais de saúde. Contudo, os resultados ainda são heterogêneos entre instituições, indicando que a acreditação atua como facilitadora, mas não como determinante isolado da segurança do paciente (Palheta, *et al.*, 2025; Lima *et al*., 2025).

Além disso, dados internacionais recentes indicam que uma parcela significativa dos países ainda apresenta limitações na implementação de sistemas de notificação de incidentes, comprometendo a capacidade de aprendizagem organizacional e de melhoria contínua (OMS, 2024). Esse cenário reforça que a integração entre qualidade, acreditação e práticas seguras depende da capacidade das organizações de transformar dados em ações efetivas de melhoria.

As práticas seguras, por sua vez, constituem o principal eixo operacional dessa integração, sendo compreendidas como intervenções baseadas em evidências destinadas à redução de riscos e danos no cuidado em saúde. A Organização Mundial da Saúde destaca que a segurança do paciente deve ser entendida como um sistema de atividades organizadas que envolve processos, tecnologias, comportamentos e cultura, atuando de forma integrada para reduzir riscos de maneira sustentável (OMS, 2021).

Entretanto, a literatura contemporânea evidencia que a efetividade dessas práticas está fortemente condicionada a fatores organizacionais e psicossociais. Mesmo em instituições acreditadas, persistem desafios relacionados à subnotificação de eventos adversos, à fragmentação dos processos e à dificuldade de internalização das práticas de segurança no cotidiano assistencial. Estudos recentes demonstram que diferenças na cultura de segurança e nos sistemas de monitoramento impactam diretamente a qualidade da informação e a efetividade das estratégias de gestão de riscos (Lima *et al*., 2025).

Outro aspecto relevante refere-se à complexidade dos sistemas hospitalares, que devem ser compreendidos como sistemas adaptativos complexos, nos quais múltiplas interações entre

profissionais, tecnologias e processos influenciam diretamente os desfechos assistenciais. Nesse contexto, intervenções isoladas tendem a apresentar impacto limitado, enquanto abordagens integradas e sustentadas ao longo do tempo demonstram maior efetividade na redução de eventos adversos e na melhoria da qualidade do cuidado (Braithwaite; Wears; Hollnagel, 2017).

A notificação contínua e eficaz de eventos adversos deve ser internalizada como um valor organizacional por todas as equipes hospitalares. Este é um propósito essencial a ser alcançado. Para tal, é necessário revisar os pressupostos básicos da atuação em saúde, visando fortalecer uma cultura organizacional que encoraje a notificação de erros (e quase-erros) e elimine qualquer receio de retaliação. Essa abordagem é crucial para sustentar um ambiente de trabalho seguro e saudável, fundamentado na segurança psicológica e na confiança mútua entre os membros da equipe.

No Brasil, sob tais condições, torna-se oportuno e esclarecedor detalhar o fluxo de notificação de eventos adversos exigido pelo Sistema NOTIVISA 2.0, o qual se organiza em um processo sequencial de quatro eixos principais. Tais eixos balizam as instituições acerca do modo de proceder, desde a preparação administrativa inicial até a gestão do risco e o aprendizado pós-incidente. O processo de notificação de Eventos Adversos, em consonância com as diretrizes do NOTIVISA 2.0, estrutura-se da seguinte forma:

1. Eixo de Preparação

Esta etapa concentra-se na inserção do serviço de saúde e seu credenciamento junto ao sistema, consolidando-se mediante:

- cadastramento da instituição de saúde junto à Anvisa, sendo imperativo realizar ou atualizar o registro;
- constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) por parte dos serviços de saúde; e
- cadastramento de usuários com perfis específicos (Gestor, Técnico com ou sem permissão de envio), junto ao sistema NOTIVISA 2.0, acessível pelo *link* https://notivisa.anvisa.gov.br/frmLogin.asp

O cadastramento habilita para a fase seguinte, que dá início ao processo de identificação e descrição do evento a ser notificado.

2. Eixo de Identificação e Classificação do Evento Adverso

Nesta etapa, o foco reside na detecção do incidente e na triagem para a determinação da prioridade de notificação, por meio de:

- detecção do incidente: será necessário classificar o ocorrido como Evento Adverso com dano, Incidente sem dano ou *Near Miss* (quase erro);
- triagem de prioridade: verificar se o evento constitui um óbito ou um *Never Event* (evento que jamais deveria ocorrer, como cirurgia em local incorreto ou troca de recém-nascidos), o que demanda tratamento diferenciado.

3. Eixo de Notificação Técnica

Esta etapa requer a seleção correta do módulo e o cumprimento rigoroso dos prazos críticos para o registro formal do evento, conforme segue:

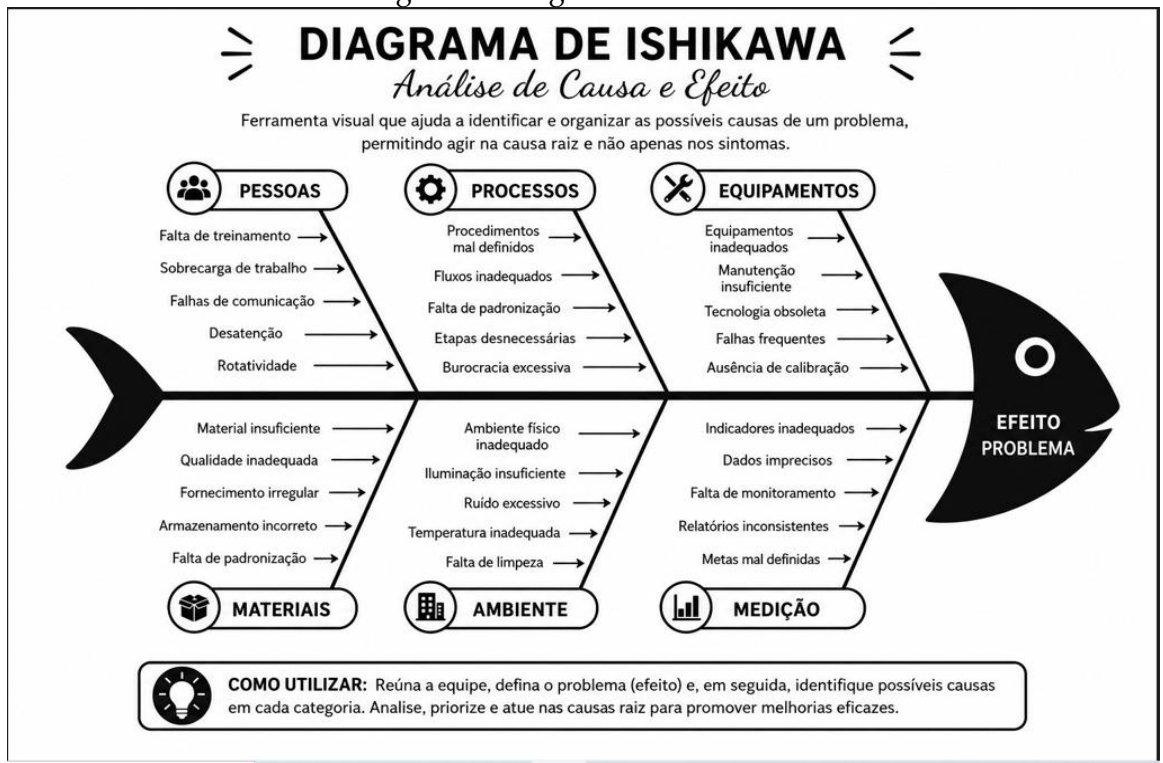
- escolha do Módulo: utilizar o Sistema NOTIVISA 2.0 - Módulo Assistência à Saúde para notificar eventos adversos de natureza não infecciosa;
- prazos críticos:
    - para óbitos: a notificação deve ser efetuada em até 72 horas;
    - para os demais eventos: a notificação deve ser mensal, até o 15º dia útil do mês subsequente;
- preenchimento de formulários específicos: para casos de óbitos e *Never Events*, é obrigatório o preenchimento de todas as 10 etapas do formulário para possibilitar a análise detalhada das causas.

4. Eixo de Gestão e Aprendizado

A etapa final do processo de notificação de incidentes está centrada na análise aprofundada do evento e na implementação de ações que promovam a melhoria contínua da qualidade assistencial e da segurança do paciente. Esse eixo não se limita ao registro do incidente, mas busca compreender por que ele ocorreu e como evitar que aconteça novamente.

A investigação do incidente deve ser conduzida com o apoio de ferramentas de gestão de risco, que auxiliam na identificação dos fatores contribuintes. Entre essas ferramentas, destaca-se o Diagrama de Ishikawa, também conhecido como *diagrama de causa e efeito* ou *espinha de peixe*, que pode ser visualizado na Figura 3. Trata-se de uma ferramenta visual que organiza, de forma estruturada, as possíveis causas de um problema, agrupando-as em categorias, como: pessoas, processos, equipamentos, ambiente e materiais. Essa abordagem permite que a equipe vá além da causa imediata do erro, explorando fatores sistêmicos que contribuíram para sua ocorrência (Carvalho *et al.*, 2021).

Figura 3 - Diagrama de Ishikawa

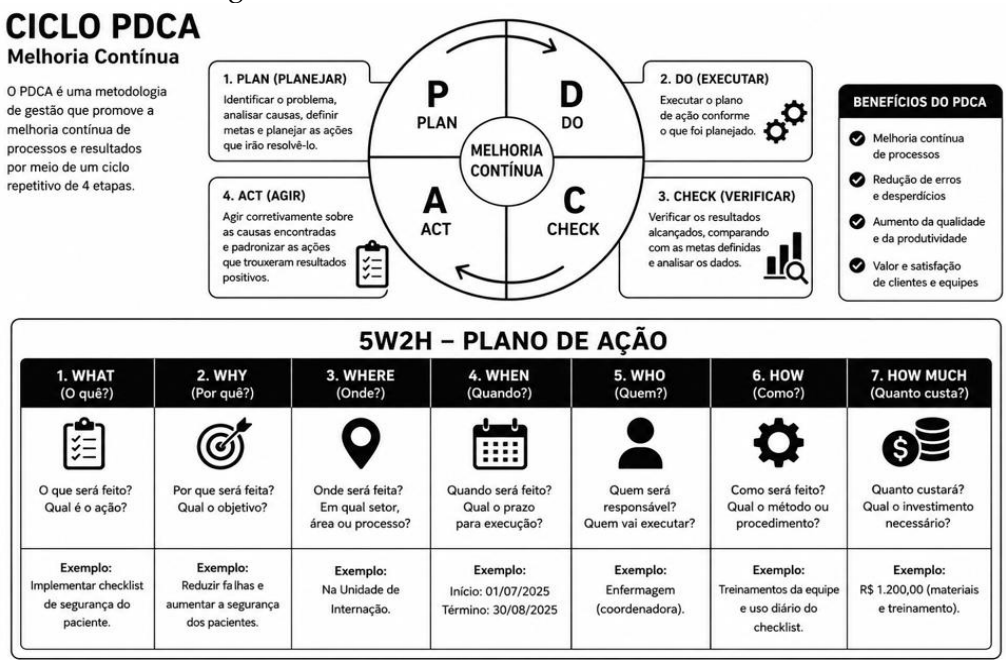


Adaptado de Viola; Rando Junior (2024)

Após a identificação das causas, é fundamental a elaboração de um plano de ação estruturado, sendo amplamente utilizada a ferramenta 5W2H. Essa metodologia organiza o planejamento por meio de sete perguntas orientadoras: *What* (o que será feito), *Why* (por que será feito), *Where* (onde será feito), *When* (quando será feito), *Who* (quem será responsável), *How* (como será feito) e *How much* (quanto custará). Trata-se de uma ferramenta de gestão que permite registrar, de forma sistematizada, as ações a serem implementadas, favorecendo a organização, a clareza e o acompanhamento das intervenções propostas (Brasil, 2022).

Na área da saúde, o 5W2H tem sido aplicado como estratégia para operacionalizar planos de ação, especialmente na melhoria da qualidade e segurança do paciente, contribuindo para a definição de responsabilidades, prazos e estratégias de intervenção. Estudos recentes demonstram sua utilização associada a metodologias de melhoria contínua, como o ciclo PDCA (que pode ser visualizado na Figura 4, favorecendo a tomada de decisão estruturada e a implementação de ações mais assertivas (Lima *et al*., 2024).

Figura 4 - Ciclo de Melhoria Contínua - PDCA



Fonte: Adaptado de Lima *et al.*, 2024.[1]

[1] Infográfico elaborado pelas autoras com o auxílio de inteligência artificial generativa NotebookLM, com o objetivo de facilitar a visualização da aplicação do método 5W2H articulado ao ciclo de melhoria contínua PDCA na área da saúde, conforme descrito na literatura científica recente. Após revisões e ajustes, as autoras assumem total responsabilidade pelo conteúdo.

Além disso, evidências contemporâneas apontam que o uso do 5W2H melhora a eficiência na execução de estratégias, otimiza a comunicação entre equipes e contribui para maior engajamento organizacional, sendo considerado uma ferramenta relevante no contexto atual da gestão (Luo; Hong; Zhong, 2024; Ferreira e Pereira *et al.*, 2026).

A integração entre qualidade, acreditação e práticas seguras deve ser compreendida como um processo dinâmico e contínuo, que exige não apenas conformidade normativa, mas transformação organizacional profunda. Isso implica fortalecer a cultura de segurança, qualificar a gestão de riscos, aprimorar os sistemas de notificação e promover o engajamento dos profissionais. Assim, a segurança do paciente consolida-se como elemento estruturante da qualidade em saúde, orientando decisões, práticas e políticas institucionais em direção a um cuidado mais seguro e efetivo.

5. Considerações finais, desafios e perspectivas para a segurança do paciente no contexto hospitalar

A segurança do paciente consolidou-se, nas últimas décadas, como um dos principais eixos estruturantes da qualidade em saúde, especialmente no contexto hospitalar, marcado por elevada complexidade assistencial, tecnológica e organizacional. Ao longo deste capítulo, evidenciou-se que a construção de sistemas seguros depende da articulação entre diferentes dimensões regulatória, gerencial, assistencial e cultural, sendo a integração entre qualidade, acreditação e práticas seguras um elemento central para a redução de danos evitáveis.

Apesar dos avanços normativos e institucionais, como a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e a disseminação dos processos de acreditação hospitalar, os desafios permanecem significativos. Evidências recentes indicam que eventos adversos continuam a ocorrer em escala relevante, afetando milhões de pacientes em todo o mundo, o que reforça a necessidade de fortalecer a efetividade das estratégias já

estabelecidas (OMS, 2024). Nesse sentido, a existência de políticas e protocolos não se traduz automaticamente em práticas seguras, sendo necessário avançar na capacidade das instituições de internalizar esses referenciais em seus processos de trabalho.

Entre os principais desafios identificados, destacam-se a fragmentação dos processos assistenciais, a variabilidade do cuidado, a subnotificação de incidentes e as limitações na cultura de segurança. Esses fatores estão frequentemente associados a aspectos organizacionais e psicossociais, como comunicação ineficaz, liderança fragilizada e ambientes de trabalho marcados por cultura punitiva. Tais elementos dificultam a aprendizagem organizacional e comprometem a consolidação de práticas seguras, mesmo em instituições que possuem estruturas formais de qualidade e acreditação.

Adicionalmente, a complexidade dos sistemas hospitalares exige uma abordagem mais abrangente, que considere as interações entre profissionais, tecnologias e processos. A literatura contemporânea aponta que a segurança do paciente deve ser analisada sob a perspectiva de sistemas complexos adaptativos, nos quais intervenções isoladas apresentam impacto limitado, enquanto estratégias integradas e sustentadas ao longo do tempo demonstram maior efetividade na redução de eventos adversos (Braithwaite; Wears; Hollnagel, 2017).

Nesse contexto, a acreditação hospitalar deve ser compreendida como um instrumento potencialmente indutor da segurança do paciente, mas cuja efetividade depende da capacidade das organizações de incorporar seus princípios de forma genuína. Quando associada à gestão de riscos, ao monitoramento por indicadores e à promoção de uma cultura de segurança, a acreditação pode contribuir significativamente para a melhoria dos desfechos assistenciais. No entanto, quando tratada apenas como um processo formal ou pontual, sua capacidade transformadora torna-se limitada.

Como perspectiva, destaca-se a necessidade de avançar na construção de sistemas de saúde mais resilientes, capazes de

aprender com os erros, adaptar-se às mudanças e antecipar riscos. Isso implica investir no fortalecimento da cultura de segurança, na qualificação da gestão de riscos, na melhoria dos sistemas de notificação e na valorização dos fatores humanos e organizacionais. Além disso, torna-se fundamental promover o engajamento e educação permanente dos profissionais de saúde, reconhecendo-os como protagonistas na construção de ambientes assistenciais mais seguros.

Por fim, a segurança do paciente deve ser compreendida como um processo contínuo e dinâmico, que exige compromisso institucional, liderança efetiva e integração entre diferentes estratégias de gestão da qualidade. Mais do que cumprir requisitos normativos, trata-se de construir uma cultura organizacional orientada à aprendizagem, à transparência e à melhoria contínua, na qual o cuidado seguro se estabelece como valor central e inegociável dos serviços de saúde.

Referências

BERTO, A. M.; ERDMANN, R. H.; UHLMANN, V. O. Proposição de uma teoria substantiva para o processo de acreditação hospitalar: o modelo "comprometimento com o cuidado". **Cadernos EBAPE.BR**, v. 19, n. 4, p. 991–1002, out. 2021.

BRAITHWAITE, J.; WEARS, R. L.; HOLLNAGEL, E. (Eds.). **Assistência à saúde resiliente**: volume 3: reconciliando o trabalho idealizado e o trabalho realizado. CRC Press, Taylor & Francis Group, 2017. (Assistência à saúde resiliente). DOI: 10.1201/9781315366838.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 09/2025**: orientações gerais para a notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2025.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026–2030**. Brasília: Anvisa, 2026.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **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: Anvisa, 2013.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.
BRASIL. Ministério da Saúde. **5W2H**: ferramenta de gestão da qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 2 maio 2026.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
CARVALHO, R. *et al*. Analysis of root causes of problems affecting the quality of hospital data: a systematic review. **International Journal of Medical Informatics**, [*s. l.*], v. 150, p. 104584, 2021. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2021.104584.
DA SILVA, A. *et al*. Estado da arte sobre acreditação hospitalar no Brasil: um ensaio teórico apoiando o ensino. **Revista de Gestão e Secretariado**, [*s. l.*], v. 14, n. 10, p. 16756–16768, 2023. DOI: 10.7769/gesec.v14i10.2580. Acesso em: 14 maio 2026.
FERREIRA E PEREIRA, E. B. *et al*. Ferramentas de gestão da qualidade aplicadas às medidas de prevenção e controle de Candida Auris. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, [*s. l.*], v. 16, 2026. DOI:10.17058/reci.v16i.20256. Acesso em: 14 maio 2026.
GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Health sector accreditation research: A systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, [*s. l.*], 2008. DOI: 10.1093/intqhc/mzn005. Acesso em: 14 maio 2026.
HUSSEIN, M. *et al*. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic review. **International Journal**

for Quality in Health Care, [*s. l.*], v. 33, n. 3, 2021. DOI: doi: 10.1186/s12913-021-07097-6. Acesso em: 14 maio 2026.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission International accreditation standards for hospitals**. 7. ed. Oakbrook Terrace: JCI, 2021.

LIMA, F. C. de *et al*. Nursing care protocol for critical users with tracheostomy under mechanical ventilation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 2, p. e20230337, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0337.

LIMA, H. O. *et al*. Effect of Accreditation on Patient Safety Culture: Insights from a Brazilian Multicenter Cross-Sectional Study. **Global Journal on Quality and Safety in Healthcare**, v. 8, n. 3, p. 102–110, 2025. DOI: 10.36401/JQSH-24-42.

LUO, L.; HONG, Q.; ZHONG, M. The application of 5W2H management model in the construction of enterprise economic and strategic management system. **Applied Mathematics and Nonlinear Sciences**, v. 9, n. 1, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global patient safety action plan 2021–2030**: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global patient safety report 2024**. Geneva: WHO, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Patient safety**. Geneva: WHO, 2023.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: ONA, 2022.

PALHETA, G. S.; SOUZA, J. S. de; LIMA, S. J. S. de. A contribuição da acreditação hospitalar para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente. **Revista Foco**, [*s. l.*], v. 18, n. 12, p. e10859, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n12-034. Acesso em: 12 maio 2026.

PARENTE, A. N. *et al*. Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, eAPE00041, jan. 2024. DOI: 10.37689/acta-ape/2024AO0000041.

SANTOS, J. B. *et al*. Benefícios da auditoria e acreditação hospitalar para melhoria da qualidade assistencial: Uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [*s. l.*], v. 14, n. 12, p. e124141250323, 2025. DOI: 10.33448/rsd-v14i12.50323. Acesso em: 12 maio 2026.

SHAW, C. D. *et al*. Accreditation and ISO certification: Do they explain differences in quality management in European hospitals? **International Journal for Quality in Health Care**, [*s. l.*], v. 22, n. 6, 2016. DOI: 10.1093/intqhc/mzq054. DOI: 10.1093/intqhc/mzq054. Acesso em: 14 maio 2026.

TREIB, J. N. *et al*. Retomada à Acreditação Hospitalar no "Pós-Pandemia" da Covid-19: perspectivas de Lideranças. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, p. e92196, 2024.

VIOLA, Paulo José; RANDO JUNIOR, Edvaldo Luiz. Diagrama de Ishikawa: uma excelente ferramenta para análise de causa e efeito. In: *Qualidade em pauta: relatos de experiência*. Curitiba: Editora Escolha Certa, 2024. p. 34–41.

PARTE 2:
DADOS SECUNDÁRIOS

HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC): DADOS SECUNDÁRIOS FORNECIDOS PELA *AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ)*

João Ignacio Pires Lucas
Giovana Belotto
Kim Corso Andreazza
Magda Macedo Madalozzo
Marlí Bettiol Stopassola
Silvana Regina Ampessan Marcon

Introdução

Observa-se, na literatura, a probabilidade de relação entre a segurança do paciente no ambiente hospitalar, a cultura organizacional e a qualidade das relações interpessoais nas práticas de cuidado, em associação à aplicação de protocolos operacionais.

Emprega-se o questionário HSOPSC como instrumento padronizado para diagnosticar as percepções das equipes sobre as variáveis psicossociais e estruturais que influenciam a segurança. As instituições de saúde caracterizam-se como sistemas complexos e dinâmicos, expostos a erros humanos e a riscos psicossociais no trabalho. Nesse cenário, infere-se a probabilidade de que a análise de indicadores da cultura de segurança possa atuar como um fator de auxílio na transição de modelos de gestão patogênicos para ambientes laborais promotores de saúde e bem-estar ocupacional (Zanelli; Kanan, 2018).

Sob esta ótica, indica-se a hipótese de que o nível de segurança define-se não como um estado estático, mas como um possível desdobramento da capacidade de resiliência coletiva e da aplicação prática da "sensibilidade às operações", conceito central das Organizações de Alta Confiabilidade (*High Reliability Organizations* -

HROs) (Weick; Sutcliffe, 2001). As HROs referem-se a instituições operantes em ambientes de alta complexidade e risco, as quais conservam índices de acidentes baixos por meio do gerenciamento proativo do inesperado. Os seus cinco pilares conceituais fundamentam-se em: preocupação com as falhas, relutância em simplificar interpretações, sensibilidade às operações, compromisso com a resiliência e deferência à especialidade técnica (Weick; Sutcliffe, 2001). Esta sensibilidade consiste no monitoramento contínuo das dinâmicas reais da linha de frente operacional, de modo a permitir a identificação e a mitigação de anomalias processuais antes da sua acumulação e conversão em incidentes.

Para compreender esta estrutura organizacional, adota-se, como base, o modelo SEIPS (*Systems Engineering Initiative for Patient Safety*) (Carayon *et al*., 2006; Carayon *et al*., 2020). Mapeia-se a interação desses pilares com os componentes do sistema de trabalho na prática, por meio da engenharia de fatores humanos do modelo SEIPS (Carayon *et al*., 2020). Postula-se, no modelo SEIPS, o funcionamento integrado da instituição de saúde, sugerindo-se que o Sistema de Trabalho (composto pela interação entre profissionais, tarefas, ferramentas, tecnologias e ambiente físico) possa influenciar e modular os processos assistenciais e comunicativos. Indica-se a probabilidade de que estes processos possam influenciar os resultados clínicos e atuar na modulação da percepção de segurança dos colaboradores.

Sob esta lente teórica, analisam-se as dimensões mensuradas pelo HSOPSC como componentes interdependentes de um sistema sociotécnico. No escopo da Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT), esta abordagem integrada correlaciona o design do sistema de trabalho com a saúde do trabalhador. Aventa-se a hipótese de que fragilidades estruturais e inconsistências gerenciais possam se assemelhar a condições latentes de risco (Reason, 2000), sugerindo um possível papel como preditoras do estresse ocupacional crônico. O desequilíbrio sustentado entre as exigências do trabalho e os recursos disponíveis pode desencadear o processo de exaustão emocional e o distanciamento do profissional em

relação às suas funções (incongruência indivíduo-trabalho ou *mismatch*) (Maslach; Leiter, 2016).

De modo inverso, infere-se a probabilidade, a partir de indicadores consolidados, de uma possível relação entre o bem-estar subjetivo, a satisfação laboral com o desempenho operacional e a redução de falhas de conformidade (De Neve *et al*., 2019). Portanto, articulam-se, nesta pesquisa, os dados do HSOPSC aos construtos de saúde ocupacional, a fim de analisar o impacto simultâneo do ambiente das organizações de saúde na segurança do paciente e no bem-estar das equipes.

Apresenta-se, neste capítulo, uma análise descritiva de um banco de dados secundários fornecido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), para prover um panorama estatístico de escala internacional sobre a percepção dos profissionais de saúde. Por meio de uma estrutura sistemática composta por nove tabelas analíticas, expõem-se as assimetrias entre a visão da gestão e a realidade da linha de frente nos cuidados com a segurança do paciente. Objetiva-se fornecer subsídios práticos a lideranças, pesquisadores e profissionais da saúde para o fortalecimento da Cultura Justa (*Just Culture*), conceito fundado por Reason (1997) e expandido na atualidade por Dekker (2016), com o fito de converter a análise do erro em um vetor de aprendizado institucional e de melhoria contínua dos processos assistenciais.

Método

O estudo caracteriza-se como pesquisa documental, descritiva e quantitativa. Realizou-se a análise de dados secundários disponibilizados pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). O conjunto de dados provém do relatório consolidado do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (AHRQ, 2024a) do ano de 2024, obtido mediante solicitação formal por correio eletrônico à instituição emissora. A extração de dados e a tradução do material técnico ocorreram entre janeiro e abril de 2026.

O escopo analítico abrangeu as dez dimensões estruturantes da mensuração do HSOPSC, versão 2.0: 1) apoio do supervisor para segurança do paciente; 2) trabalho em equipe; 3) abertura na comunicação; 4) notificação de eventos de segurança; 5) aprendizado organizacional e melhoria contínua; 6) comunicação sobre erros; 7) apoio da gestão hospitalar para segurança; 8) resposta ao erro; 9) passagem de plantão (*handoff*) e troca de informações; e 10) dimensionamento de pessoal e ritmo de trabalho.

O universo amostral abrangeu os dados agregados de 445 instituições hospitalares dos Estados Unidos, consolidando as respostas de 284.036 profissionais no ano de 2024 (AHRQ, 2024b, p. 8). Para a confecção das tabelas analíticas segmentadas por Cargo/Função e Unidade de Trabalho, foram considerados os respondentes válidos. Foram excluídos os dados ausentes (*missing data*) e a categoria genérica ('Outros'), conforme padronização metodológica adotada nos relatórios da própria agência (AHRQ, 2024b, p. 36), de modo a prover um panorama estatístico de escala internacional sobre a percepção dos profissionais de saúde. Como critérios de inclusão, delimitaram-se as matrizes de dados com frequências absolutas e médias percentuais padronizadas sobre: eixos sociodemográficos, setores de atuação, média das dez dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* HSOPSC, versão 2.0, classificação geral da percepção de segurança e volume de notificações em um período de doze meses.

O tratamento de dados baseou-se em estatística descritiva. As frequências e as médias percentuais de respostas favoráveis sofreram reorganização com o fito de viabilizar comparações sistemáticas entre as categorias profissionais e os contextos sociolaborais. A estrutura do instrumento HSOPSC (versão 2.0) mensura dez dimensões compostas da cultura de segurança e dois resultados globais (variáveis de resultado ou *outcome*) da segurança do paciente: o número de eventos notificados e a classificação global da segurança (AHRQ, 2024a).

O questionário emprega respostas em escala *Likert* de cinco pontos na maior parte dos itens. Esta métrica avalia os níveis de

concordância: "Discordo Totalmente" (1), “Discordo” (2), “Não Concordo, Nem Discordo” (3), “Concordo” (4) e “Concordo Totalmente"(5); ou de frequência: "Nunca" (1), “Raramente” (2), “Às vezes” (3), e “Quase Sempre” (4) a "Sempre" (5) (AHRQ, 2024a). O cálculo estatístico fundamenta-se na extração do percentual de respostas positivas. Define-se como "resposta positiva" a seleção das opções "Concordo / Concordo Totalmente" ou "Quase Sempre / Sempre", nos itens de formulação afirmativa. Para garantir o rigor psicométrico, aplica-se reversão estatística aos itens redigidos de forma negativa. Dessa forma, a resposta positiva corresponde à discordância ("Discordo / Discordo Totalmente", ou "Nunca / Raramente") (AHRQ, 2024a). Excluem-se do cálculo do percentual de positividade as respostas neutras ("Nem Concordo nem Discordo", ou "Às vezes"), as opções "Não se aplica / Não sei" e os dados ausentes (*missing data*) (AHRQ, 2024a).

As pontuações das dimensões, denominadas Medidas Compostas, representam a síntese das percepções sobre uma mesma área temática. O escore de cada medida composta decorre da média aritmética dos percentuais de respostas positivas não arredondadas de todos os itens constituintes da respectiva dimensão (AHRQ, 2024a). Indica-se a possibilidade de que o modelo de cálculo adotado favoreça a observação da proporção média de avaliações favoráveis no sistema sociotécnico mensurado. A partir dessas métricas, procede-se à análise dos resultados. De acordo com os critérios de apuração do HSOPSC, 75% é o percentual mínimo para classificar alguma dimensão pesquisada como forte quanto à segurança do paciente. Percentuais menores de 50% nas dimensões devem ser considerados como frágeis quanto à segurança do paciente. (Madalozzo *et al.*, 2021, p.5).

Análise Descritiva dos Resultados (HSOPSC 2.0 - AHRQ): Matrizes de Categorização (Quadros A, B e C)

A estruturação analítica do banco de dados secundários baseia-se na segmentação por categoria ocupacional e por unidade de trabalho, associada às médias positivas obtidas nas dimensões do HSOPSC. Essa organização metodológica distribui-se em três matrizes complementares:

quadro A: cargos e funções das equipes e áreas de especialização;

quadro B: categorização das unidades de trabalho;

quadro C: dimensões da pesquisa de cultura de segurança do paciente.

Para fundamentar a compreensão da estrutura organizacional, expõe-se, no Quadro A, a composição das categorias ocupacionais consideradas na pesquisa, com a delimitação dos segmentos avaliados.

Quadro A - Cargos e Funções das Equipes e Áreas de Especialização

Categoria Ocupacional	Cargos / Funções Incluídas
Enfermagem	Enfermeiro(a) de prática avançada (*NP, CRNA, CNS, CNM*); Enfermeiro(a) auxiliar licenciado(a) (*LVN*); Enfermeiro prático(a) licenciado(a) (*LPN*); Auxiliar de cuidados ao paciente; Auxiliar hospitalar; Assistente de enfermagem; e Enfermeiro(a) registrado(a) (*RN*).
Medicina	Assistente médico; Residente; Interno; Médico; Assistente e Hospitalista.
Outras Posições Clínicas	Nutricionista/Dietista; Farmacêutico; Técnico de farmácia; Fisioterapeuta; Terapeuta ocupacional ou Fonoaudiólogo; Psicólogo; e Terapeuta

Categoria Ocupacional	Cargos / Funções Incluídas
	respiratório; Assistente social; Tecnólogo; e Técnico (ECG, laboratório, radiologia).
Gerentes de Departamento / Líderes Seniores	Supervisor; Gerente; Gerente de departamento; Líder clínico; Administrador; Diretor líder sênior; e Executivo e Diretoria.
Equipes de Suporte	Instalações/Manutenção; Serviços de alimentação; Serviços de limpeza e ambientais; Tecnologia da informação; Serviços de informação em saúde; Informática clínica; Segurança; Transporte de pacientes/Maqueiros; Auxiliar administrativo; Secretária; Recepcionista; Funcionário de escritório e Outras funções.

Fonte: AHRQ (2024a).

Nota: Na base de dados da referida agência, empregam-se nomenclaturas específicas do sistema de saúde norte-americano. Neste contexto sociolaboral, a sigla RN (*Registered Nurse*) equivale à categoria de Enfermeiro de nível superior, ao passo que as siglas LPN/LVN (*Licensed Practical Nurse* / *Licensed Vocational Nurse*) assemelham-se às atribuições de Técnico e Auxiliar de Enfermagem nas regulamentações vigentes no Brasil e em Portugal.

No Quadro A, detalha-se a amplitude das funções monitoradas pelo HSOPSC, demonstrando-se a coexistência de atribuições assistenciais diretas, funções técnicas de suporte e instâncias de governança administrativa. Sob a perspectiva sociotécnica da Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT), infere-se a probabilidade de que a inclusão de equipes de suporte operacional (como higienização e manutenção) e de lideranças executivas possam sugerir um alinhamento com o modelo conceitual em que a cultura de segurança é uma propriedade sistêmica global, modulada pela interação coletiva e não circunscrita ao corpo clínico.

Na sequência, expõe-se o mapeamento das unidades de trabalho no quadro B.

Quadro B- Categorização das Unidades de Trabalho

Unidade de Trabalho	Subunidades Específicas Incluídas
Unidades Médico-Cirúrgicas	Múltiplas unidades/Sem especificação única, sem uma unidade específica; Unidade médico-cirúrgica combinada; Unidade médica não-cirúrgica; e Unidade cirúrgica.
Unidades de Atendimento ao Paciente	Cardiologia; Pronto-socorro; Observação; Internação de curta duração; Gastroenterologia; Unidades de Terapia Intensiva (todos os tipos adultos); Trabalho de parto; Parto; Obstetrícia; Ginecologia; Oncologia; Hematologia; Pediatria; UTI neonatal e pediátrica; Psiquiatria; Saúde comportamental; Pneumologia; Reabilitação; e Medicina física e telemetria.
Serviços Cirúrgicos	Anestesiologia; Endoscopia; Colonoscopia; Pré-operatório; Sala de cirurgia/conjunto cirúrgico; Recuperação pós-anestésica/pós-operatório; e Perioperatório.
Serviços Clínicos	Patologia; Laboratório; Farmácia; Radiologia; Diagnóstico por imagem; Terapia respiratória; Serviços sociais; e Gestão de casos e planejamento de alta.
Administração / Gestão	Administração; Gestão; Serviços financeiros; Faturamento; Recursos humanos; Treinamento; Tecnologia da informação; e Gestão de Sistemas de Informação em saúde.
Serviços de Suporte	Qualidade; Gestão de riscos; Segurança do paciente; Admissão/inscrição; Serviços de alimentação; Dietética e Nutrição; e Serviços de limpeza; Serviços ambientais; Instalações e

Unidade de Trabalho	Subunidades Específicas Incluídas
	Manutenção; e Serviços de segurança e transporte.
Outras	Outras unidades ou áreas de trabalho não listadas nas categorias anteriores.

Fonte: AHRQ (2024a).

No quadro B, detalham-se os distintos ambientes sociolaborais da instituição com o objetivo de mapear a complexidade dos microssistemas institucionais. Essa parametrização da estrutura hospitalar serve de base para o cruzamento posterior de dados e para a análise comparativa das variações na percepção de segurança entre as áreas assistenciais, técnicas e administrativas.

Para a caracterização do clima de segurança, a matriz conceitual do instrumento encontra-se disposta no quadro C.

Quadro C- Dimensões da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente

Dimensão	Nome da Dimensão	Nº de Itens	Descrição e Objetivo
1	Apoio do Supervisor para Segurança do Paciente	3	Compreender a relação dos supervisores e gestores com seus funcionários; observar se levam em consideração sugestões dos trabalhadores, se promovem e preocupam-se com a segurança do paciente no contexto hospitalar em nível de qualidade e não apenas produtividade.
2	Trabalho em Equipe	3	Avaliar aspectos de companheirismo, capacidade de colaboração uns com os outros, respeito e eficácia da equipe no cuidado com o paciente.
3	Abertura na Comunicação	4	Avaliar o conforto dos trabalhadores para comunicar situações desconfortáveis e/ou momentos de dificuldade entre si e com seus superiores.
4	Notificação de Eventos de Segurança	2	Analisar questões prévias e posteriores ao erro da Equipe ao chegar no nível de afetar o paciente, determinando se essas intercorrências são comunicadas ou não, antes de serem corrigidas ou após.
5	Aprendizado Organizacional - Melhoria Contínua	3	Compreender a manutenção dos processos já dispostos pela equipe em prol da segurança do paciente e avaliar a promoção

Dimensão	Nome da Dimensão	Nº de Itens	Descrição e Objetivo
			de novas propostas para estimular o desenvolvimento de cada setor.
6	Comunicação sobre Erros	3	Identificar se os erros são notificados; se são discutidas formas de evitar novos acontecimentos que afetem a segurança do paciente e se são concretizadas mudanças nas unidades de trabalho baseadas nos relatórios de eventos notificados.
7	Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança	3	Analisar o nível de preocupação da gestão com a segurança do paciente e se são fornecidos recursos para a melhora contínua do serviço dos envolvidos na cultura de segurança.
8	Resposta ao Erro	4	Desenvolver pontos relacionados a como a equipe maneja posteriormente a comunicação de erros; verificar se eles são utilizados contra o funcionário que os cometeu, ou se são vistos como uma oportunidade de melhoria.
9	Passagem de Plantão e Troca de Informações	3	Apresentar dados sobre o funcionamento da comunicação entre as equipes durante e após a troca de plantão, abordando temas como escassez de tempo para troca de informações e omissão de dados importantes.

Dimensão	Nome da Dimensão	Nº de Itens	Descrição e Objetivo
10	Dimensionamento de Pessoal e Ritmo de Trabalho	4	Avaliar questões relacionadas à carga laboral elevada, quantidade de funcionários na equipe para lidar com a demanda das unidades de trabalho e tempo necessário para realizar as atividades propostas por cada cargo.

Fonte: AHRQ (2024a).

Sugere-se, a partir da matriz conceitual do HSOPSC, estruturada no Quadro C, a possibilidade de que as dimensões avaliadas mensuram as condições do ambiente psicossocial e as interações laborais, sem a emissão de juízos de valor sobre a competência técnica individual do trabalhador.

Após a conclusão do mapeamento das variáveis conceituais, dos cargos e das unidades delimitadoras da arquitetura organizacional da pesquisa, procede-se à análise quantitativa das respostas. A consolidação estatística das frequências absolutas e das médias percentuais de respostas favoráveis indica uma provável via para a análise quantitativa associada ao clima de segurança do paciente. A partir da distribuição dessas percepções, com base na segmentação das cinco grandes categorias ocupacionais estabelecidas, identificam-se as convergências e as assimetrias na avaliação dos processos de trabalho. Apresentam-se os dados consolidados sobre este panorama inicial na Tabela 1.

Tabela 1- Médias das percepções sobre as dimensões do HSOPSC por Cargo ou Função (Parte 1)

Composta SOPS	Resp (N) 253.148	1. ASSP	2. TE	3. AC	4. NES	5. AO	6. CE	7. AGHS	8. RE	9. PPTI	10. DPRT	Médias das Medidas (total)
Enfermagem Prática Avançada	4.179	79%	82%	75%	73%	70%	68%	58%	61%	63%	51%	67%
Auxiliar de Enfermagem	21.321	77%	74%	73%	77%	71%	75%	65%	55%	63%	47%	68%
Farmácia / Téc. Farmácia	9.148	84%	80%	80%	77%	77%	79%	69%	72%	52%	61%	72%
Médico / Residente	13.376	79%	85%	77%	69%	70%	67%	62%	61%	64%	49%	67%
Enfermeiro (*RN*/*LVN*)	93.764	79%	81%	74%	74%	69%	71%	56%	62%	67%	52%	68%
Supervisor, Gerente ou Líder	21.478	91%	88%	87%	83%	87%	88%	78%	83%	67%	65%	82%

Composta SOPS	Resp (N) 253.148	1. ASSP	2. TE	3. AC	4. NES	5. AO	6. CE	7. AGHS	8. RE	9. PPTI	10. DPRT	Médias das Medidas (total)
Equipe de Apoio	43.441	79%	77%	76%	77%	71%	77%	73%	60%	64%	54%	71%
Tecnólogo / Técnico	26.645	78%	79%	77%	77%	69%	74%	64%	61%	65%	52%	70%
Terapeuta	14.641	84%	86%	79%	71%	74%	76%	65%	69%	62%	60%	72%
Outra Equipe Clínica	5.155	81%	82%	75%	72%	70%	72%	63%	63%	52%	53%	67%

Fonte: AHRQ (2024a)

Legenda das Colunas: 1. (ASSP) Apoio do Supervisor para Segurança do Paciente; 2. (TE) Trabalho em Equipe; 3. (AC) Abertura na Comunicação; 4. (NES) Notificação de Eventos de Segurança; 5. (AO) Aprendizado Organizacional – Melhoria Contínua; 6. (CE) Comunicação sobre Erros; 7. (AGHS) Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança; 8. (RE) Resposta ao Erro; 9. (PPTI) Passagem de Plantão e Troca de Informações; 10. (DPRT) Dimensionamento de Pessoal e Ritmo de Trabalho.
Nota: registra-se o quantitativo de respondentes por cargo. Constata-se variação no número de respondentes alocados em cada tabela em virtude da ausência de respostas a itens específicos do questionário e da existência de dados omissos (*missing data*). Excluíram-se das apurações os participantes classificados na opção "Outros" (*others*) (AHRQ, 2024b, p. 36).

A partir dos dados quantitativos, observa-se a concentração das maiores médias de percepção favorável na categoria de Supervisores, Gerentes ou Líderes (N=21.478) em quase todas as dimensões pesquisadas, com o registro de uma média geral de 82%. Destacam-se, neste grupo, os índices de "Apoio do Supervisor para Segurança do Paciente" (91%), "Trabalho em Equipe" (88%) e "Comunicação sobre Erros" (88%). Na equipe assistencial e técnica de ponta, registra-se o maior índice médio geral no setor de Farmácia/Técnico de Farmácia (72%), com percentuais de 84% em "Apoio do Supervisor" e 80% em "Trabalho em Equipe".

Em contrapartida, observam-se os menores índices transversais na dimensão "Dimensionamento de Pessoal e Ritmo de Trabalho" (Dimensão 10) em todas as funções operacionais. Registram-se os percentuais mais baixos entre os Auxiliares de Enfermagem (47%), seguidos pelos Médicos/Residentes (49%) e pela Enfermagem de Prática Avançada (51%). Constata-se também uma menor média percentual na dimensão "Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança" (Dimensão 7) na linha de frente assistencial, com a obtenção de 56% de respostas favoráveis entre os Enfermeiros (*RN*/*LVN*) e 58% na Enfermagem de Prática Avançada.

Diante da variação métrica entre as pontuações reportadas pelo grupo das lideranças (82% de média geral) e as avaliações das equipes assistenciais de linha de frente (médias gerais entre 67% e 68%), evidenciam-se possíveis assimetrias conceituais entre as subculturas organizacionais. Constata-se, em investigações atuais focadas em lideranças de instituições de saúde de alta complexidade, que o posicionamento na governança e o suporte institucional recebido tendem a elevar a percepção favorável desses gestores sobre o clima de segurança global (He *et al*., 2023).

Sugere-se atenção aos resultados da Dimensão 10 (Dimensionamento de Pessoal), situados abaixo de 50% nas equipes assistenciais. Pelo Modelo de Demandas e Recursos do Trabalho (*Job Demands-Resources - JD-R*) (Bakker; Demerouti, 2007), infere-se a probabilidade de que a superação dos recursos

organizacionais disponíveis (pessoal adequado, suporte tecnológico) pelas exigências do trabalho (sobrecarga de trabalho, pressões temporais e intensificação do ritmo assistencial) possa instaurar um possível processo de exaustão emocional e desgaste cognitivo (Maslach; Leiter, 2016). Na Ciência da Segurança, as vulnerabilidades geradas por este descompasso podem configurar falhas ocultas na arquitetura da organização, caracterizadas como condições latentes de risco (Reason, 2000). Sugere-se que a sobrecarga sustentada de demandas e o ritmo de trabalho inadequado possam prejudicar a atenção dos profissionais. Infere-se a probabilidade de que a fadiga e o estresse possam atenuar os mecanismos de controle cognitivo, indicando uma possível elevação da probabilidade de falhas ativas na linha de frente (Leape, 1994). Sob este desgaste atencional, a integridade dos processos clínicos pode ficar comprometida, fator explicativo para os baixos índices de percepção positiva reportados pelo corpo técnico e assistencial.

Apresenta-se, na Tabela 2, a distribuição percentual da classificação atribuída pelos participantes ao nível geral de segurança do paciente nas respectivas unidades laborais.

Tabela 2- Classificação das percepções sobre Segurança do Paciente por Cargo ou Função

Classificação da Segurança do Paciente	Resp (N) 253.148	Excelente ou Muito Boa	Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
Enfermagem Prática Avançada	4.179	69%	30%	39%	22%	7%	2%
Auxiliar de Enfermagem	21.321	62%	28%	34%	26%	9%	3%
Farmácia / Téc. Farmácia	9.148	72%	34%	39%	20%	7%	2%
Médico / Residente	13.376	66%	29%	37%	22%	9%	3%
Enfermeiro (*RN/LVN*)	93.764	61%	23%	38%	26%	11%	3%
Supervisor, Gerente ou Líder	21.478	81%	39%	42%	16%	3%	0%
Equipe de Apoio	43.441	70%	35%	35%	22%	7%	1%
Tecnólogo / Técnico	26.645	71%	33%	38%	20%	7%	2%
Terapeuta	14.641	72%	34%	38%	21%	6%	1%
Outra Equipe Clínica	5.155	67%	30%	37%	25%	7%	1%

Fonte: AHRQ (2024a)

Nota: Registra-se o quantitativo de respondentes por cargo. Constata-se variação no número de respondentes alocados em cada tabela em virtude da ausência de respostas a itens específicos do questionário e da existência de dados omissos (*missing data*). Excluíram-se das apurações os participantes classificados na opção "Outros" (*others*) (AHRQ, 2024b, p. 36)

Constatam-se, nos dados descritos, as maiores frequências de avaliação favorável na categoria de Supervisores, Gerentes ou Líderes (N = 21.478), a qual concentra 81% de respostas agregadas como "Excelente ou Muito Boa" e o pico isolado de 39% na opção "Excelente". Em sentido oposto, os menores indicadores situam-se nos cargos de prestação direta de cuidados, com os percentuais mínimos de 61% entre Enfermeiros (*RN*/*LVN*), 62% entre Auxiliares de Enfermagem e 66% entre Médicos ou Residentes. Verifica-se uma assimetria nas percepções de rejeição institucional na categoria "Ruim", a qual atinge o patamar de 3% na linha de frente operacional (Enfermeiros, Auxiliares e Médicos), em contraste com o índice de 0% verificado no grupo de gestão.

Identifica-se, por meio dessa disparidade métrica, possível isolamento cultural entre as esferas organizacionais. Indica-se a possibilidade de que esse descompasso possa atuar como um indício da emersão de um ponto cego institucional, caracterizado pelo distanciamento informacional. Em ambientes hospitalares marcados por elevada distância de poder, sugere-se a probabilidade de formação de um filtro comunicacional em decorrência da rigidez das linhas de autoridade que, com o passar do tempo, podem se transformar em processos de incubação de erros (Madalozzo; Zanelli, 2016).

Mensura-se, na Tabela 3, o engajamento das equipes na cultura de relatos por meio da frequência de notificações de eventos de segurança nos últimos doze meses. Contrasta-se a parcela de profissionais ativos ("1 ou mais eventos") com aquela sem registros ("Nenhum").

Tabela 3 - Eventos Notificados nos Últimos 12 Meses por Cargo ou Função

Classificação da Segurança do Paciente	Resp (N) 253.148	1 ou mais eventos	Nenhum
Enfermagem Prática Avançada	4.179	44%	56%
Auxiliar de Enfermagem	21.321	39%	61%
Farmácia / Téc. Farmácia	9.148	62%	38%
Médico / Residente	13.376	44%	56%
Enfermeiro (*RN*/*LVN*)	93.764	63%	37%
Supervisor, Gerente ou Líder	21.478	65%	35%
Equipe de Apoio	43.441	25%	75%
Tecnólogo / Técnico	26.645	41%	59%

Fonte: AHRQ (2024a).

Nota: registra-se o quantitativo de respondentes por cargo. Constata-se variação no número de respondentes alocados em cada tabela em virtude da ausência de respostas a itens específicos do questionário e da existência de dados omissos (*missing data*). Excluíram-se, das apurações, os participantes classificados na opção "Outros" (*others*) AHRQ (2024b, p. 36).

Constata-se, nos dados apresentados, o agrupamento do engajamento ativo nos cargos de gestão e no núcleo técnico regulado. O grupo de Supervisores, Gerentes ou Líderes concentra o maior volume de registros, com 65% de participação, sucedido pelos Enfermeiros, com (63%) e pelos profissionais de Farmácia e Técnicos de Farmácia, com (62%). Nessas categorias, identifica-se o indicador de ausência de notificações com as menores frequências percentuais, com variação entre 35% e 38%. De modo inverso, observam-se as taxas máximas de ausência absoluta de relatos ("Nenhum evento") na Equipe de Apoio (75%), nos Tecnólogos e Técnicos (59%), nos Médicos e Residentes (56%) e nos Terapeutas (54%).

Os dados sugerem uma possível correlação entre indicadores de subnotificação, observada nos setores operacionais e de apoio, com o constructo da (in)Segurança Psicológica (Edmondson, 1999). Define-se este constructo como a crença partilhada sobre a segurança do ambiente sociolaboral para a exposição de riscos interpessoais (como o relato de falhas ou a proposição de dúvidas) sem o receio de retaliações.

Na perspectiva macro-organizacional, deve-se atentar e promover ações para a redução do fenômeno denominado como 'silêncio organizacional' (Morrison; Milliken, 2000). Sob esta ótica, não se configura o silêncio como decisão isolada de trabalhador, mas como comportamento coletivo e compartilhado. A sua emersão ocorre em estruturas hierárquicas adeptas a premissas baseadas no medo de retornos avaliativos (*feedback*) negativos e na crença gerencial sobre a incapacidade cognitiva dos operadores de ponta para contribuições de alto nível na governança dos processos (Morrison; Milliken, 2000).

Segundo a perspectiva de Van Dyne, Ang e Botero (2003), com a consolidação deste mecanismo, aventa-se a hipótese de que possam ocorrer bloqueios nos canais de comunicação ascendente, indicando uma possível inibição da livre circulação de informações sobre riscos e sugerindo a provável institucionalização do silêncio como resposta defensiva do sistema sociotécnico, com a sua divisão em duas vertentes conceituais:

1. silêncio defensivo: sugere-se que esse fenômeno possa se configurar como um comportamento de recolhimento estratégico, no qual se infere a probabilidade do profissional reter dados sobre incidentes de forma intencional. Aventa-se a hipótese de que tal postura busque uma possível autopreservação contra penalidades corporativas, perda de prestígio ou eventuais julgamentos desfavoráveis por parte de pares e superiores (Van Dyne; Ang; Botero, 2003); e

2. silêncio aquiescente[1] (ou de resignação)**:** sugere-se que possa se manifestar por meio de postura passiva, possivelmente associada à crença na ineficácia da comunicação de falhas ou da proposição de melhorias. Infere-se que a probabilidade de que, neste cenário, o profissional passe a perceber uma possível ausência de canais adequados na estrutura gerencial para o processamento de relatos, ou interprete haver um provável desinteresse institucional para a execução de transformações reais a partir dos dados gerados (Van Dyne; Ang; Botero, 2003).

Nesse cenário, sugere-se atentar para as dimensões "Aprendizado Organizacional e Melhoria Contínua" (Dimensão 5), devido às baixas pontuações.

Na sequência, detalha-se, na Tabela 4, a distribuição das médias de respostas positivas referentes às dez dimensões do instrumento HSOPSC, associadas às respectivas unidades de trabalho e subunidades operacionais dos hospitais participantes.

[1] Ressalta-se a introdução inicial da diferenciação entre omissão baseada no medo e omissão baseada na resignação, na literatura, por Pinder e Harlos (2001), sob os termos "Silêncio Quiescente" e "Silêncio Aquiescente", de modo respectivo. No entanto, adota-se nesta análise a nomenclatura do modelo multidimensional consolidado por Van Dyne, Ang e Botero (2003). Esses autores mantiveram o conceito de "Silêncio Aquiescente" para a resignação, mas optaram pela renomeação da omissão fundamentada no medo e na autoproteção para "Silêncio Defensivo".

Tabela 4 - Médias das percepções sobre as dimensões do HSOPSC por Unidades de Trabalho (Parte 2)

Medida Composta SOPS	Resp (N) 253.148	1. ASSP	2. TE	3. AC	4. NES	5. AO	6. CE	7. AGHS	8. RE	9. PPTI	10. DPRT	Médias das Medidas (total)
Administração/ Gestão	20.689	88%	88%	86%	84%	82%	85%	78%	78%	62%	67%	80%
Unidades Médico-Cirúrgicas	39.191	79%	79%	75%	75%	70%	74%	61%	61%	62%	47%	68%
Patologia/Laboratório	9.931	80%	78%	77%	80%	72%	73%	68%	62%	63%	53%	70%
Farmácia	8.675	84%	80%	81%	78%	78%	81%	70%	73%	53%	62%	73%
Radiologia/Setor de Imagem	12.210	80%	84%	80%	76%	72%	77%	65%	67%	66%	55%	72%
Terapia Respiratória	3.768	83%	83%	79%	73%	74%	79%	66%	67%	70%	58%	73%
Serviços Sociais/Gestão de Casos e Planejamento de Alta	3.649	81%	83%	79%	78%	73%	76%	68%	67%	54%	58%	71%
Serviços de Suporte	20.713	78%	75%	74%	77%	70%	77%	73%	58%	62%	53%	70%
Serviços Cirúrgicos	16.280	78%	79%	77%	77%	71%	73%	60%	63%	67%	56%	70%
Cardiologia	7.383	81%	81%	80%	78%	74%	77%	62%	66%	64%	55%	71%

Medida Composta SOPS	Resp (N) 253.148	1. ASSP	2. TE	3. AC	4. NES	5. AO	6. CE	7. AGHS	8. RE	9. PPTI	10. DPRT	Médias das Medidas (total)
Pronto-Socorro / Internação de Curta Duração	18.680	75%	79%	71%	69%	64%	68%	53%	56%	70%	44%	65%
Gastroenterologia	1.021	77%	79%	78%	77%	68%	74%	59%	63%	60%	49%	68%
UTI (Todos os Tipos Adultos)	13.416	78%	84%	73%	72%	70%	72%	51%	60%	66%	49%	68%
Trabalho de Parto / Obstetrícia	11.167	76%	80%	72%	75%	70%	70%	56%	61%	72%	56%	69%
Oncologia/Hematologia	4.544	82%	82%	80%	79%	73%	76%	59%	68%	60%	54%	70%
Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica	7.378	79%	84%	75%	77%	71%	71%	56%	61%	74%	59%	71%
Psiquiatria/Saúde Comportamental	6.474	76%	76%	72%	74%	65%	68%	58%	59%	61%	53%	65%
Pneumologia	714	82%	78%	76%	78%	70%	74%	61%	61%	67%	49%	73%
Reabilitação/Medicina Física	10.351	86%	87%	83%	77%	79%	79%	70%	76%	56%	63%	75%

Medida Composta SOPS	Resp (N) 253.148	1. ASSP	2. TE	3. AC	4. NES	5. AO	6. CE	7. AGHS	8. RE	9. PPTI	10. DPRT	Médias das Medidas (total)
Telemetria	5.990	76%	78%	73%	75%	68%	75%	57%	55%	59%	41%	66%

Fonte: AHRQ (2024a).

Legenda das Colunas: 1. (ASSP) Apoio do Supervisor para Segurança do Paciente; 2. (TE) Trabalho em Equipe; 3. (AC) Abertura na Comunicação; 4. (NES) Notificação de Eventos de Segurança; 5. (AO) Aprendizado Organizacional – Melhoria Contínua; 6. (CE) Comunicação sobre Erros; 7. (AGHS) Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança; 8. (RE) Resposta ao Erro; 9. (PPTI) Passagem de Plantão e Troca de Informações; 10. (DPRT) Dimensionamento de Pessoal e Ritmo de Trabalho

Nota: registra-se o quantitativo de respondentes por cargo. Constata-se variação no número de respondentes alocados em cada tabela em virtude da ausência de respostas a itens específicos do questionário e da existência de dados omissos (*missing data*). Excluíram-se, das apurações, os participantes classificados na opção "Outros" (*others*) AHRQ (2024b, p. 36).

Constatam-se, por meio da análise horizontal dos dados, os índices mais elevados de avaliação positiva na unidade de Administração/Gestão, caracterizada pelo registro da média geral consolidada no pico de 80%. Verifica-se um perfil avaliativo de forma similar no setor de Reabilitação/Medicina Física, cuja média geral atinge 75%. Nos Serviços de Suporte, a média geral situa-se em 70%. Em contraposição, concentram-se os menores índices de respostas positivas no Pronto-Socorro/Internação de Curta Duração, setor detentor do declínio mais acentuado, com pontuação geral reduzida para 65%.

No âmbito conceitual, o Sistema de Trabalho caracteriza-se, nas unidades de suporte e áreas administrativas, por tarefas previsíveis, fluxos lineares e menor variabilidade clínica. Os processos assistenciais, por sua vez, ocorrem em sequências rápidas e interdependentes, dotadas de reduzida tolerância temporal a falhas. Sob a exposição continuada a estas exigências operacionais extremas, sem o aporte proporcional de recursos organizacionais (como o adequado dimensionamento de pessoal), degrada-se a percepção do apoio institucional e acentua-se a fadiga das equipes.

Convém acompanhar tais resultados como indicadores de possíveis riscos psicossociais presentes no contexto de trabalho. Fundamenta-se esta dinâmica no Modelo de Demandas e Recursos do Trabalho (*Job Demands-Resources* - JD-R) (Bakker; Demerouti, 2007) e no Modelo Cognitivo-Relacional do Estresse (Lazarus; Folkman, 1984**)**, podendo evidenciar que a sobrecarga estrutural submete os profissionais a avaliações cognitivas constantes de ameaça e desamparo institucional ante as demandas laborais.

Na Tabela 5, apresenta-se a distribuição percentual da classificação global subjetiva da cultura de segurança do paciente (Item E1), estruturada pelas diferentes unidades e subunidades hospitalares de trabalho.

Tabela 5 - Percepções gerais sobre a cultura de segurança do Paciente por unidades de trabalho

Classificação da Segurança do Paciente	Resp (N) 222.224	Excelente ou Muito Boa	Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
Administração/ Gestão	20.689	80%	46%	34%	16%	3%	0%
Unidades Médico-Cirúrgicas	39.191	58%	23%	36%	28%	11%	3%
Patologia/ Laboratório	9.931	71%	30%	40%	22%	6%	1%
Farmácia	8.675	75%	36%	40%	17%	6%	2%
Radiologia/ Setor de Imagem	12.210	75%	36%	39%	18%	6%	1%
Terapia Respiratória	3.768	71%	32%	39%	22%	5%	1%
Serviços Sociais/Gestão de Casos e Planejamento de Alta	3.649	70%	33%	37%	24%	5%	1%
Serviços de Suporte	20.713	69%	31%	38%	23%	6%	1%
Serviços Cirúrgicos	16.280	74%	33%	41%	19%	6%	1%
Cardiologia	7.383	71%	35%	36%	20%	8%	2%
Pronto-Socorro/ Internação de Curta Duração	18.680	53%	19%	34%	29%	13%	5%

Classificação da Segurança do Paciente	Resp (N) 222.224	Excelente ou Muito Boa	Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
Gastroenterologia	1.021	74%	38%	36%	19%	5%	2%
UTI (Todos os Tipos Adultos)	13.416	60%	22%	39%	26%	11%	3%
Trabalho de Parto/ Obstetrícia	11.167	65%	26%	39%	24%	9%	2%
Oncologia/ Hematologia	4.544	69%	34%	36%	24%	6%	1%
Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica	7.378	67%	27%	40%	24%	7%	1%
Psiquiatria/Saúde Comportamental	6.474	55%	21%	35%	27%	14%	4%
Pneumologia	714	70%	35%	35%	21%	6%	3%
Reabilitação/ Medicina Física	10.351	78%	41%	37%	17%	4%	1%
Telemetria	5.990	52%	19%	34%	33%	12%	3%

Fonte: AHRQ (2024a).

Nota: registra-se o quantitativo de respondentes por cargo. Constata-se variação no número de respondentes alocados em cada tabela em virtude da ausência de respostas a itens específicos do questionário e da existência de dados omissos (*missing data*). Excluíram-se das apurações os participantes classificados na opção "Outros" (*others*) (AHRQ, 2024b, p. 36).

Constata-se, a partir dos dados quantitativos, uma variabilidade nos percentuais de aprovação institucional de acordo com a unidade laboratorial avaliada. Na categoria de aprovação combinada ("Excelente ou Muito Boa"), observam-se as maiores proporções na Administração/Gestão (80%) e no setor de Reabilitação/Medicina Física (78%), sucedidas pela Farmácia e pela Radiologia (ambas com 75%). Em contraposição, os menores índices de aprovação consolidada concentram-se na Telemetria (52%), no Pronto-Socorro/Internação de Curta Duração (53%) e na Psiquiatria/Saúde Comportamental (55%). No que tange à classificação estrita de excelência ("Excelente"), registra-se na Administração/Gestão o maior indicador isolado (46%), seguida pela Reabilitação (41%) e pela Gastroenterologia (38%). De modo inverso, verificam-se os menores patamares no Pronto-Socorro e na Telemetria (ambos com 19%). Constatam-se os maiores índices de rejeição ("Ruim") no Pronto-Socorro (5%) e na Psiquiatria (4%), em contraste com o índice nulo (0%) da Administração/Gestão.

A segurança não decorre apenas de normatizações, mas baseia-se em grande parte na capacidade adaptativa dos operadores de ponta face às restrições do meio (Reason, 1997).

Expõe-se, na Tabela 6, a frequência de notificações de eventos de segurança nos últimos doze meses. Apresenta-se a distribuição entre os profissionais detentores de registros ("1 ou mais eventos") e aqueles sem notificações ("Nenhum"), com estratificação por unidade de trabalho.

Tabela 6 - Eventos Notificados nos Últimos 12 Meses por Unidade de Trabalho

Classificação da Segurança do Paciente	Resp (N) 222.224	1 ou mais eventos	Nenhum
Administração/Gestão	20.689	38%	62%
Unidades Médico-Cirúrgicas	39.191	55%	45%
Patologia/ Laboratório	9.931	51%	49%
Farmácia	8.675	62%	38%
Radiologia/ Setor de Imagem	12.210	46%	54%
Terapia Respiratória	3.768	42%	58%
Serviços Sociais/Gestão de Casos e Planejamento de Alta	3.649	33%	67%
Serviços de Suporte	20.713	31%	69%
Serviços Cirúrgicos	16.280	50%	50%
Cardiologia	7.383	44%	56%
Pronto-Socorro/ Internação de Curta Duração	18.680	54%	46%
Gastroenterologia	1.021	35%	65%
UTI (Todos os Tipos Adultos)	13.416	60%	40%

Classificação da Segurança do Paciente	Resp (N) 222.224	1 ou mais eventos	Nenhum
Administração/Gestão	20.689	38%	62%
Unidades Médico-Cirúrgicas	39.191	55%	45%
Trabalho de Parto/ Obstetrícia	11.167	54%	46%
Oncologia/ Hematologia	4.544	51%	49%
Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica	7.378	54%	46%
Psiquiatria/Saúde Comportamental	6.474	50%	50%
Pneumologia	714	34%	66%
Reabilitação/ Medicina Física	10.351	48%	52%
Telemetria	5.990	59%	41%

Fonte: AHRQ (2024a)

Nota: registra-se o quantitativo de respondentes por cargo. Constata-se variação no número de respondentes alocados em cada tabela em virtude da ausência de respostas a itens específicos do questionário e da existência de dados omissos (*missing data*). Excluíram-se, das apurações, os participantes classificados na opção "Outros" (*others*) (AHRQ, 2024b, p. 36).

Observa-se, nos dados quantitativos, o pico do comportamento de relato ativo ("1 ou mais eventos") na Farmácia (62%), seguida pela UTI (Todos os Tipos Adultos) (60%) e pela Telemetria (59%). Também se visualizaram índices de notificação na faixa majoritária em setores assistenciais como Unidades Médico-Cirúrgicas (55%), Pronto-Socorro/Internação de Curta Duração (54%), Trabalho de Parto/Obstetrícia (54%) e Pediatria/UTIs Neonatal e Pediátrica (54%). Em contraposição, concentra-se a ausência absoluta de registros ("Nenhum") nos Serviços de Suporte (69%), nos Serviços Sociais/Gestão de Casos (67%), na Pneumologia (66%), na Gastroenterologia (65%) e na Administração/Gestão (62%). Verifica-se um equilíbrio estatístico exato nos Serviços Cirúrgicos e na Psiquiatria/Saúde Comportamental, ambos com 50% de notificações ativas e 50% de omissão de relatos.

Em cenários em que se compartilham silêncios (Van Dyne; Ang; Botero, 2003), diminui-se a percepção da necessidade de reporte nestes ambientes, face à menor densidade de sistemas automatizados de suporte à decisão e às rotinas de menor criticidade imediata. Sob esta perspectiva, os profissionais tendem a interpretar inconformidades latentes como contingências da assistência. Atuam baseados na premissa sobre a ineficácia da abertura de notificações formais para a ocorrência de modificações estruturais nos processos (Van Dyne; Ang; Botero, 2003). Corre-se o risco de incentivo a comportamentos do tipo em que reter a informação passa a ser utilizada como estratégia de autopreservação operacional perante a sobrecarga de trabalho e as falhas latentes do dimensionamento. Este fenômeno acarreta a consolidação de quadros de subnotificação crônica (Reason, 2000).

Apresentam-se, na Tabela 7, as médias percentuais de respostas positivas referentes às dez dimensões do instrumento HSOPSC, estratificadas pelo tempo de serviço dos profissionais nas respectivas unidades de trabalho.

Tabela 7- Medidas Compostas SOPS por Tempo de Serviço na Unidade

Medida Composta SOPS	Resp (N) 262.968	1. ASSP	2. TE	3. AC	4. NES	5. AO	6. CE	7. AGHS	8. RE	9. PPTI	10. DPRT	Médias das Medidas (total)
Menos de 1 Ano	54.017	84%	83%	81%	80%	76%	81%	71%	65%	70%	58%	75%
1 a 5 Anos	114.646	80%	80%	76%	75%	71%	74%	62%	63%	64%	54%	70%
6 a 10 Anos	41.981	79%	81%	75%	74%	70%	73%	63%	65%	63%	54%	70%
11 ou Mais Anos	52.324	82%	82%	78%	77%	73%	76%	68%	67%	65%	57%	72%

Fonte: AHRQ (2024a).

Nota: registra-se o quantitativo de respondentes por cargo. Constata-se variação no número de respondentes alocados em cada tabela em virtude da ausência de respostas a itens específicos do questionário e da existência de dados omissos (*missing data*). Excluíram-se, das apurações, os participantes classificados na opção "Outros" (*others*) (AHRQ, 2024b, p. 36)

Legenda das Dimensões: 1. Apoio do Supervisor para Segurança (ASSP); 2. Trabalho em Equipe (TE); 3. Abertura na Comunicação (AC); 4. Notificação de Eventos de Segurança (NES); 5. Aprendizado Organizacional (AO); 6. Comunicação sobre Erros (CE); 7. Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança (AGHS); 8. Resposta ao Erro (RE); 9. Passagem de Plantão/Troca de Informações (PPTI); 10. Dimensionamento de Pessoal e Ritmo de Trabalho (DPRT).

Constata-se, nos dados, a variação da percepção de segurança do paciente atrelada à antiguidade do profissional na unidade. Registram-se as maiores médias descritivas no período inicial de admissão (Menos de 1 Ano), com o cômputo da média geral de 75%. Observam-se, nesta faixa, os maiores índices no Apoio do Supervisor (84%), na Abertura na Comunicação (81%) e na Comunicação sobre Erros (81%).

Verifica-se o declínio dos indicadores nas faixas temporais intermediárias (1 a 5 anos e 6 a 10 anos), com a média geral fixada em 70% em ambas as coortes. Destacam-se as reduções proeminentes no Apoio da Gestão Hospitalar (Dimensão 7), a qual declina para 62% e 63% e no Dimensionamento de Pessoal e Ritmo de Trabalho (Dimensão 10), com o alcance do seu menor patamar (54%). Ocorre uma elevação nas pontuações no grupo com 11 ou mais anos, com a média geral estabelecida em 72%.

A correlação dos elevados índices verifica-se entre os profissionais recém-admitidos e em estágio inicial de integração.

A exposição prolongada a elevadas exigências laborais, desprovidas de recursos estruturais equivalentes, indica uma possível via de esgotamento dos recursos cognitivos do trabalhador, sugerindo a probabilidade de configurar uma incongruência indivíduo-trabalho (*mismatch*) que pode se tornar crônica (Maslach; Leiter, 2016). Aventa-se a hipótese de que, com possível desdobramento desse processo de saturação e da falha em sinalizar demandas não atendidas, possa ocorrer uma redução da capacidade atencional e da vigilância cognitiva, necessárias à manutenção das barreiras defensivas organizacionais (Reason, 2000).

Nota-se a necessidade reduzir erros de comunicação interprofissional na linha de frente assistencial. Aventa-se a hipótese de que esta estabilidade e a possível harmonização do clima de segurança possam derivar da fixação de um perfil de realismo prático, sugerindo-se uma associação com a experiência acumulada, da resiliência psicológica e da proficiência adquirida

ao longo dos anos no sistema sociotécnico (Lazarus; Folkman, 1984; Cannon-Bowers; Salas, 2001).

Apresenta-se, na Tabela 8, a distribuição das médias percentuais de respostas positivas referentes às dez dimensões do instrumento HSOPSC, segmentada pelo nível de contato físico e assistencial direto com os pacientes.

Tabela 8 - Medidas Compostas SOPS por Interação com Pacientes

Medida Composta SOPS	Resp (N) 262.853	1. ASSP	2. TE	3. AC	4. NES	5. AO	6. CE	7. AGHS	8. RE	9. PPTI	10. DPRT	Médias das Medidas (total)
COM interação direta	201.883	80%	81%	76%	75%	71%	74%	63%	63%	66%	54%	70%
SEM interação direta	60.970	84%	82%	81%	80%	77%	81%	75%	69%	62%	60%	75%

Fonte: AHRQ (2024a).

Nota: registra-se o quantitativo de respondentes por cargo. Constata-se variação no número de respondentes alocados em cada tabela em virtude da ausência de respostas a itens específicos do questionário e da existência de dados omissos (*missing data*). Excluíram-se, das apurações, os participantes classificados na opção "Outros" (*others*) (AHRQ, 2024b, p. 36).

Legenda das Dimensões: 1. Apoio do Supervisor para Segurança (ASSP); 2. Trabalho em Equipe (TE); 3. Abertura na Comunicação (AC); 4. Notificação de Eventos de Segurança (NES); 5. Aprendizado Organizacional (AO); 6. Comunicação sobre Erros (CE); 7. Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança (AGHS); 8. Resposta ao Erro (RE); 9. Passagem de Plantão/Troca de Informações (PPTI); 10. Dimensionamento de Pessoal e Ritmo de Trabalho (DPRT).

Constata-se, a partir da análise comparativa dos dados, a correlação da ausência de prestação de cuidados clínicos diretos com uma percepção institucional provida de maiores índices de respostas positivas. Registra-se no grupo "SEM interação direta" uma média geral de 75%, enquanto, entre os profissionais da linha de frente assistencial ("COM interação direta"), observa-se a média geral de 70%. A maior divergência estatística localiza-se na dimensão Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança (Dimensão 7). Neste quesito, o grupo sem contato clínico detém 75% de aprovação, em contraste com os 63% verificados no grupo assistencial. A dimensão Dimensionamento de Pessoal e Ritmo de Trabalho (Dimensão 10) constitui a variável com os menores índices de respostas favoráveis em ambos os segmentos, com a validação mínima de 54% de aprovação reportada pelo corpo assistencial. De modo contrário ao comportamento predominante da matriz, a dimensão Passagem de Plantão e Troca de Informações (Dimensão 9) desponta como a única métrica na qual o grupo com interação direta apresenta um índice superior (66%) em relação ao grupo sem interação clínica (62%).

A inversão métrica verificada na dimensão Passagem de Plantão (66% no grupo assistencial contra 62% no grupo de suporte) sugere um possível alinhamento com a estruturação das defesas do sistema. A despeito da forte pressão temporal incidente sobre as equipes clínicas, os processos de transição de turno na enfermagem e na medicina operam como rituais formais e padronizados de comunicação. Sob a ótica dos Fatores Humanos, estes protocolos estruturados atuam como mecanismos de alinhamento para a formação de Modelos Mentais Partilhados (*Shared Mental Models*) entre os profissionais (Cannon-Bowers; Salas, 2001). O engajamento ativo nessas práticas assistenciais alinha-se ao modelo de desempenho caracterizado pela distinção entre a conformidade mandatória e a cidadania para a segurança (*safety citizenship*). Sob esta premissa, o clima de segurança coletivo estimula comportamentos voluntários de suporte mútuo e atenua os erros de transição na linha de frente. Em sentido oposto, a

carência destas ferramentas formais nas unidades administrativas possui correlação direta com a menor percepção de estabilidade na transmissão de dados (Neal; Griffin, 2006).

Apresenta-se, na Tabela 9, a distribuição percentual da classificação global atribuída à segurança do paciente (Item E1), estruturada pela comparação entre os profissionais alocados na assistência direta e aqueles atuantes sem contato clínico.

Tabela 9 - Classificação da Segurança do Paciente (Item E1) por Interação com Pacientes

Classificação da Segurança do Paciente	Resp (N) 262.853	Excelente ou Muito Boa	Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
COM interação direta	201.883	66%	28%	38%	23%	9%	2%
SEM interação direta	60.970	74%	37%	37%	20%	5%	1%

Fonte: AHRQ, 2024a.

Nota: registra-se o quantitativo de respondentes por cargo. Constata-se variação no número de respondentes alocados em cada tabela em virtude da ausência de respostas a itens específicos do questionário e da existência de dados omissos (*missing data*). Excluíram-se, das apurações, os participantes classificados na opção "Outros" *(others)* (AHRQ, 2024b, p. 36).

Constata-se, a partir da análise quantitativa, a maior incidência de avaliações globais de segurança positivas no grupo "SEM interação direta". A aprovação combinada ("Excelente ou Muito Boa") atinge 74% neste coorte, sob a influência direta do índice de 37% na classificação estrita de nível "Excelente". Em contraposição, reporta-se na assistência clínica ("COM interação direta") uma aprovação combinada de 66%, com o índice isolado de excelência reduzido para 28%. A classificação "Muito Boa" expressa equivalência estatística entre os grupos, com o cômputo de 38% na linha de frente assistencial e 37% no suporte institucional. Registra-se, no grupo provido de interação direta, a prevalência da classificação "Regular" (9%) e "Ruim" (2%), em contraste com as métricas mitigadas da coorte sem contato clínico (5% e 1%, de modo respectivo).

Evidencia-se, por fim, a coexistência sistêmica de diferentes perspectivas sobre a realidade hospitalar a partir das métricas avaliadas. Esse cenário multifacetado exige a adoção de intervenções estruturais voltadas para a atenuação da distância hierárquica ou distância do poder (Power Distance) (Hofstede, 2011). O realinhamento das práticas de gestão do risco requer a arquitetura de canais de comunicação ascendentes robustos.

Considerações finais

Por meio do estudo detalhado dos dados secundários fornecidos pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), constata-se a existência de uma diferenciação perceptual estrutural entre os níveis de gestão estratégica e as categorias operacionais integradas à linha de frente assistencial. Observam-se, no grupo de supervisores e lideranças, médias de respostas positivas elevadas sobre o ambiente e os processos institucionais (82%), em contraposição aos profissionais atuantes na assistência direta, cujas médias situam-se entre 67% e 68%. Identifica-se, de forma transversal, a dimensão "Dimensionamento de Pessoal e Ritmo de Trabalho" (Dimensão 10) como a variável com o menor índice de

avaliações favoráveis no sistema sociotécnico. Registram-se percentuais restritos em categorias como Auxiliares de Enfermagem (47%) e Médicos/Residentes (49%).

Nota-se, a partir dos dados, uma possível relação entre a exposição a demandas de elevada complexidade clínica nas unidades de cuidado agudo e de fluxo crítico (como Pronto-Socorro e Unidades de Terapia Intensiva) e as avaliações mais severas dos trabalhadores sobre o suporte institucional e o dimensionamento de recursos, em comparação com as áreas administrativas e de suporte logístico. Constatam-se restrições estruturais nos fluxos de notificação de incidentes. A elevada taxa de ausência absoluta de relatos ("Nenhum evento") pelas categorias assistenciais de base e pelas equipes de apoio (com o alcance de 69% nos Serviços de Suporte), aliada ao declínio dos indicadores de percepção positiva entre profissionais com um a dez anos de serviço (com a redução da média geral para 70%), sinaliza desgaste cumulativo e uma possível adoção do silêncio organizacional defensivo como estratégia de enfrentamento (*coping*) defensiva e de evitação (Lazarus; Folkman, 1984), utilizada como mecanismo de autopreservação psicológica na rotina de trabalho, o que sugere cuidados.

Corrobora-se, com base nesses achados, a premissa sobre a atuação do gradiente hierárquico e da elevada distância do poder (*Power Distance*) como atenuadores da visibilidade dos riscos operacionais para a alta gestão estratégica. Nessa dinâmica, estruturas verticalizadas tendem a superestimar a eficácia dos processos prescritos e a subestimar as variabilidades cotidianas enfrentadas na execução das tarefas (Hannah *et al.*, 2008). Demonstra-se, com base em evidências internacionais, o impacto negativo de modelos de liderança autocráticos e centralizados sobre os desfechos assistenciais, visto que inibem o comportamento de voz organizacional das equipes e comprometem a tomada de decisão clínica à beira do leito (Fernandopulle, 2021). Configura-se, assim, uma lacuna de governança corporativa passível de intensificar os riscos psicossociais no trabalho e de comprometer a

segurança sistêmica do paciente (Weick; Sutcliffe, 2001; Zanelli; Kanan, 2018).

Aventa-se a hipótese de que riscos psicossociais possivelmente associados a ambientes inseguros e promotores de desconfiança possam restringir a percepção de segurança psicológica, o que tende a reforçar comportamentos de subnotificação e da retenção intencional de informações sobre falhas. Sugere-se que este cenário possa atuar como fator fortalecedor de uma cultura punitiva como barreira à transparência organizacional (Edmondson, 1999). Eleva-se sob o viés estatístico a probabilidade de falhas ativas na ponta do sistema perante a associação entre a alta complexidade assistencial, a restrição de recursos institucionais e a sobrecarga laboral. Infere-se a probabilidade de que esta dinâmica possa ilustrar a origem sistêmica dos erros médicos, não restritos ao âmbito estrito das falhas individuais (Leape, 1994). Aponta-se, para a mitigação deste cenário a partir dos indicadores, a necessidade de transição do modelo focado na culpabilização e responsabilização do indivíduo para o paradigma da Cultura Justa (*Just Culture*), orientado ao aprendizado institucional e à análise retrospectiva das condições latentes do erro (Reason, 1997; Dekker, 2016)

Demandam-se, para a efetivação autêntica desta segurança, intervenções nas organizações de saúde voltadas à adequação ergonômica da carga laboral (em consonância com o modelo sociotécnico SEIPS 3.0) e ao fomento do comportamento de cidadania para a segurança (*Safety Citizenship Behavior*). Requer-se o alicerce deste comportamento no suporte mútuo, na comunicação assertiva ascendente e na participação ativa entre as equipes (Neal; Griffin, 2006).

Registra-se que, no período entre 01 e 19 de junho de 2026, acontece a submissão de dados pelas instituições hospitalares dos Estados Unidos à *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Por conseguinte, prevê-se a publicação do relatório a este ciclo apenas para o encerramento do ano de 2026 ou para o início de 2027, período estritamente necessário para o processamento das informações (AHRQ, 2026).

Nota de Transparência e Uso de IA:

Declara-se, para os devidos fins de integridade científica e em conformidade com as diretrizes editoriais e de fomento (CNPq/CAPES), o emprego do modelo de linguagem de inteligência artificial Gemini 3.1 Pro (Google) como ferramenta de suporte à editoração deste capítulo. A aplicação da referida tecnologia restringiu-se exclusivamente a processos de revisão estilística, auditoria de coesão textual, verificação de padronização normativa (ABNT NBR 10520:2023 e NBR 6023:2018), elaboração de índice remissivo e auditoria cruzada de referências bibliográficas. As autoras atestam que nenhuma parte do conteúdo intelectual, dados empíricos, estatísticas ou construtos teóricos originais sofreu geração ou alteração automatizada. A responsabilidade integral e irrestrita pela acurácia, originalidade e fidedignidade do trabalho pertence às autoras.

Referências

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®) Hospital Survey 2.0**: 2024 User Database Report. Prepared by E. R. Tyler, O. Yaldn, L. Fan, S. Ji, J. Kirchner, N. D. Yount, and J. Sorra (Westat). Rockville: AHRQ, 2024a. 1 arquivo PDF. (AHRQ Publication No. 25-0006), 2024a.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®) Hospital** Survey 2.0: 2024 User Database Report. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2024b.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®) Database: Hospital**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2026. Disponível em: https://sopsdatabase.ahrq.gov/default.aspx?mode=hospital. Acesso em: 29 maio 2026.

BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E. The Job Demands-Resources model: state of the art. **Journal of Managerial Psychology**, v. 22, n. 3, p. 309-328, 2007.
CANNON-BOWERS, J. A.; SALAS, E. Reflections on shared cognition. **Journal of Organizational Behavior**, v. 22, n. 2, p. 195-202, 2001.
CARAYON, Pascale; HUNDT, Ann Schoofs; KARSH, Ben-Tzion; GURSES, Ayse P.; ALVARADO, Carla J.; SMITH, Michael; FLATLEY BRENNAN, Patricia. Work system design for patient safety: the SEIPS model. **Quality and Safety in Health Care**, v. 15, suppl. 1, p. i50-i58, dec. 2006.
CARAYON, Pascale; WOOLDRIDGE, Abigail; HOONAKKER, Peter; HUNDT, Ann Schoofs; KARSH, Ben-Tzion. SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for quality of care and patient safety. **Applied Ergonomics**, v. 84, p. 103033, 2020.
DE NEVE, Jan-Emmanuel; WARD, George; DE KEULENAER, F.; BERGMINI, S.; BRYSON, Alex; GOETZEL, R. **Employee wellbeing, productivity, and firm performance**. Oxford: University of Oxford, 2019. (Saïd Business School WP 2019-12)
DEKKER, S. **Just Culture**: Restoring Trust and Accountability in Your Organization. 3. ed. Boca Raton: CRC Press, 2016. Disponível em: https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.1201/9781315590813/culture-sidney-dekker-sidney-dekker. Acesso em: 18 maio 2026.
EDMONDSON, Amy. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. **Administrative Science Quarterly**, v. 44, n. 2, p. 350-383, 1999. Disponível em: https://doi.org/10.2307/2666999.Acesso em: 18 maio 2026.
FERNANDOPULLE, Niranjan. To what extent does hierarchical leadership affect health care outcomes? **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, Teerã, v. 35, n. 117, p. 1-6, 14 set. 2021. doi: 10.47176/mjiri.35.117. PMID: 34956963; PMCID: PMC8683790. Disponível em: https://doi.org/10.47176/mjiri.35.117.Acesso em: 18 maio 2026.
HANNAH, Kathryn L.; SCHADE, Charles P.; LOMELY, Donna R.; RUDDICK, Patricia; BELLAMY, G. Richard. Hospital

Administrative Staff vs. Nursing Staff Responses to the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. In: HENRIKSEN, Kerm; BATTLES, James B.; KEYES, Margaret A.; GRADY, Mary L. (ed.). **Advances in Patient Safety**: New Directions and Alternative Approaches. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. v. 2. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43704 Acesso em: 18 maio 2026.

HE, Haiyan; CHEN, Xi; TIAN, Lingyoun; LONG, Yanfang; LI, Li; YANG, Ning; TANG, Siyuan. Perceived patient safety culture and its associated factors among clinical managers of tertiary hospitals: a cross-sectional survey. **BMC Nursing**, London, v. 22, n. 329, p. 1-11, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01494-4. Acesso em: 18 maio 2026.

HOFSTEDE, G. Dimensionalizing cultures: the Hofstede model in context. **Online Readings in Psychology and Culture**, v. 2, n. 1, p. 1-26, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014. Acesso em: 18 maio 2026

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping.** New York: Springer, 1984.

LEAPE, Lucian L. **Error in Medicine**. JAMA, Chicago, v. 272, n. 23, p. 1851-1857, 1994. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520230061039. Acesso em: 18 maio 2026.

MADALOZZO, Magda Macedo.; ZANELLI, José Carlos. **Segurança no trabalho**. A Construção cultural dos acidentes e catástrofes no cotidiano das organizações - Uma perspectiva da Psicologia, [S. l.]: Juruá, 2016. ISBN 978853625561-3.

MADALOZZO, Magda Macedo; LUCAS, João Ignacio Pires; KANAN, Lília Aparecida; MARCON, Silvana Regina Ampessan; SOUZA, Aline Santos de; MICHELIN, Fernanda Tonietto; HOFFMAN, Scheila Pacheco. Cultura de segurança do paciente em um hospital de alta complexidade acreditado. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, *[S. l.]*, v. 10, n. 6, p. e55510616113, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.16113 . Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/16113 . Acesso em: 30 maio. 2026.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. **Understanding the burnout experience:** recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 103-111, 2016

MORRISON, E. W.; MILLIKEN, F. J. Organizational silence: a barrier to change and development in a pluralistic world. **Academy of Management Review**, v. 25, n. 4, p. 706-725, 2000.

NEAL, A.; GRIFFIN, M. A. A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. **Journal of Applied Psychology**, v. 91, n. 4, p. 946–953, 2006.

PINDER, Craig C.; HARLOS, Karen P. Employee silence: quiescence and acquiescence as responses to perceived injustice. **Research in Personnel and Human Resources Management**, [S. l.], v. 20, p. 331-369, 2001.

REASON, J. **Human error**: models and management. BMJ, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

REASON, J. **Managing the risks of organizational accidents**. Aldershot: Ashgate, 1997. Disponível em: https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315543543/managing-risks-organizational-accidents-james-reason?trk=public_post_comment-text. Acesso em: 18 maio 2026.

VAN DYNE, Linn; ANG, Soon; BOTERO, Isabel C. Conceptualizing employee silence and employee voice as multi-dimensional constructs. **Journal of Management Studies**, v. 40, n. 6, p. 1359-1392, sept. 2003. DOI: https://doi.org/10.1111/1467-6486.00384. Acesso em: 18 maio 2026.

WEICK, Karl E.; SUTCLIFFE, Kathleen M. **Managing the Unexpected**: Assuring High Performance in an Age of Complexity. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.

ZANELLI, José Carlos; KANAN, Lília Aparecida (orgs.). **Fatores de risco, proteção psicossocial e trabalho**: organizações que emancipam ou que matam. Lages, SC: Uniplac, 2018

NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES NO SISTEMA NOTIVISA: ANÁLISE DE ASSIMETRIAS FEDERATIVAS (BRASIL E RIO GRANDE DO SUL - 2021–2023)

Magda Macedo Madalozzo
Giovana Belotto
Kim Corso Andreazza
Marlí Bettiol Stopassola

Introdução

O monitoramento de incidentes e eventos adversos constitui pilar fundamental para a gestão de riscos e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. No Brasil, o Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) atua como principal instrumento de transparência assistencial. Por meio dele, gestores e profissionais identificam falhas e planejam intervenções. Apresenta-se, a seguir, uma análise epistemológica das notificações registradas entre e 2023 no sistema NOTIVISA, no Brasil (Brasil, 2022a; Brasil, 2023a; Brasil, 2024a) e no Rio Grande do Sul (Brasil, 2022b; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b; Brasil). Estabelece-se um nexo comparativo entre o panorama nacional (Brasil, 2022a; Brasil, 2023a; Brasil, 2024a; IBGE, 2023) e as especificidades do estado.

A análise dos dados estrutura-se em três dimensões: temporal, geográfica e qualitativa.

1) Temporal: examina-se a evolução histórica do volume de registros para mapear se o comportamento das notificações acompanha o amadurecimento das políticas de segurança do paciente;

2) Geográfica: propõe-se um diagnóstico comparativo de base federativa, onde se notam assimetrias importantes nas notificações do Rio Grande do Sul em comparação às demais unidades da federação; e

3) Qualitativa: os incidentes são estratificados com base na tipologia do evento, na natureza dos serviços e no grau de severidade do dano. A investigação abrange também a ocorrência dos *never events* (eventos que jamais deveriam ocorrer em serviços de saúde, como cirurgia em local incorreto ou troca de recém-nascidos).

Para além da exposição de dados secundários, as informações foram analisadas sob preceitos de Psicologia das Organizações e do Trabalho e de literaturas complementares, como os fundamentos teóricos sobre Cultura Justa *(Just Culture*), de Reason (1997), as descobertas sobre Normalização dos Desvios, identificadas por Vaughan (1996) e o conceito de Segurança Psicológica apresentado por Schein e Bennis (1965), posteriormente ampliado por Edmondson (1999) com o propósito de explorar a pluralidade de fatores envolvidos no ato de notificar.

Na sequência, descrevem-se as etapas seguidas nesta análise.

Método

O estudo caracterizou-se como pesquisa quantitativa, exploratória, epidemiológica, descritiva e retrospectiva. A investigação fundamenta-se na análise de dados secundários de relatórios públicos de acesso aberto geridos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), extraídos do *Notivisa*. O levantamento retrospectivo abrangeu o período compreendido entre janeiro de 2021 e dezembro de 2023, com contemplação das informações em nível nacional (Brasil) (Brasil, 2022a; 2023a; 2024a) e estadual (Rio Grande do Sul) (Brasil, 2022b; 2023b; 2024b).

A composição do corpus documental baseou-se na seleção sistemática dos relatórios oficiais de eventos adversos disponibilizados pela Anvisa. Para garantir a validade interna do estudo comparativo, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão:

1) inclusão de matrizes de dados, tabelas e quadros com estrita equivalência metodológica e comparação direta entre as esferas federal e estadual;

2) priorização de indicadores quantitativos associados ao volume absoluto de incidentes, à tipologia dos serviços notificadores, à natureza dos eventos, ao grau de severidade do dano assistencial e à incidência de *never events*.

Documentos fora desse escopo foram desconsiderados.

A estruturação analítica ocorreu em etapas sistemáticas para garantir a integridade dos dados extraídos:

1) Relatório dos incidentes relacionados à assistência à saúde: notificações realizadas no Sistema Notivisa (módulo assistência à saúde) - Brasil: 2021, 2022 e 2023 (Brasil, 2022a; 2023a; 2024a)

2) Relatório dos incidentes relacionados à assistência à saúde: notificações realizadas no Sistema Notivisa (módulo assistência à saúde) - Rio Grande do Sul: 2021, 2022 e 2023 (Brasil 2022b; 2023b; 2024b).

A execução da pesquisa seguiu um protocolo em quatro etapas consecutivas:

1) imersão e reconhecimento de plataforma: para mapeamento técnico do funcionamento do Notivisa. Esta fase envolveu o estudo dos manuais de vigilância sanitária e dos protocolos de registro, para garantir o alinhamento conceitual sobre os mecanismos de captura de incidentes;

2) triagem documental e escopo temporal: com busca ativa e extração dos três últimos relatórios consolidados abertos do Notivisa. Nesta etapa, constataram-se barreiras operacionais no manuseio da plataforma governamental, caracterizadas por instabilidade de acesso e ausência de padronização nas matrizes de extração. Até o encerramento da coleta de dados, a agência reguladora não havia publicado na íntegra os relatórios referentes aos anos de 2024 e 2025 para estado e país, o que inviabilizou análises posteriores;

3) extração e isolamento de variáveis: por mapeamento e extração sistemática dos dados de interesse, com isolamento de três conjuntos de variáveis:

a) volume total e série histórica de notificações;

b) tipologia e natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde;

c) perfil qualitativo e distribuição dos danos; e

4) tratamento estatístico e correção proporcional: realizada tabulação e análise estatística descritiva dos dados. Para viabilizar uma comparação entre o Rio Grande do Sul e as demais Unidades da Federação (UF) e mitigar vieses demográficas, procedeu-se ao cálculo epidemiológico do coeficiente de notificação por 100.000 habitantes do ano de 2023. Utilizou-se a fórmula padronizada de taxa de incidência, com adoção das estimativas populacionais oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023) como denominador.

Os resultados gerados por esse encadeamento metodológico são apresentados e discutidos na sequência, estruturados em conformidade com as dimensões geográfica, temporal e qualitativa delineadas no escopo desta investigação.

Panorama geral e distribuição federativa

A análise dos valores referentes à avaliação da cultura de segurança do paciente em âmbito nacional requereu a transição do volume bruto de notificações para indicadores relativos. Tal adequação metodológica alinha os dados às variâncias demográficas inerentes às Unidades da Federação (UF). A adoção de indicadores relativos mitiga o risco de vieses analíticos que poderiam associar o contingente populacional de um estado à eficácia ou ineficácia intrínseca de seu sistema de saúde.

Sob a perspectiva da abordagem *Safety-II* (Hollnagel, 2014), a mensuração da segurança evolui da simples reatividade à ausência de falhas para o fortalecimento de capacidades organizacionais voltadas à transparência e ao aprendizado contínuo. Portanto, para a presente análise, o registro de taxas elevadas de notificação por

habitante atua como um marcador positivo de maturidade dos mecanismos de monitorização, pois podem evidenciar a consolidação de uma maturidade notificadora.

Na Tabela 1 visualiza-se a distribuição das notificações registradas no sistema NOTIVISA entre os anos de 2021 e 2023 e o coeficiente de notificações por 100.000 habitantes (2021-2023), métrica proporcional que consolida o critério padronizado de avaliação comparativa.

Tabela 1 – Taxas de Notificação por Unidade da Federação (2021-2023)

UF (Estado)	2021 (Aprox.)	2022 (Aprox.)	2023 (Aprox.)	População (Censo 2022/DOU 2023)	Taxa de Notificação 2023 (por 100.000 hab)
AC (Acre)	< 1.000	< 1.000	< 1.000	830.018	< 120,48
AP (Amapá)	< 1.000	< 1.000	< 1.000	733.759	< 136,28
RR (Roraima)	< 1.000	< 1.000	< 1.000	636.707	< 157,06
RS (Rio Grande do Sul)	7.000	9.000	12.000	10.882.965	110,26
SP (São Paulo)	34.000	42.000	52.000	44.411.238	117,09
BA (Bahia)	11.000	14.000	17.000	14.141.626	120,21
RJ (Rio de Janeiro)	11.000	21.000	24.000	16.055.174	149,48
SE (Sergipe)	2.000	3.000	3.500	2.210.004	158,37
CE (Ceará)	6.000	8.000	16.000	8.794.957	181,92
GO (Goiás)	6.000	8.000	14.000	7.056.495	198,40
TO (Tocantins)	2.000	2.500	3.000	1.511.460	198,48
AM (Amazonas)	6.000	5.500	8.000	3.941.613	202,96
MA (Maranhão)	7.000	8.000	15.000	6.775.805	221,38
AL (Alagoas)	2.500	5.000	7.000	3.127.683	223,81
PE (Pernambuco)	17.000	15.000	21.000	9.058.931	231,82
ES (Espírito Santo)	6.000	7.000	9.000	3.833.712	234,76

UF (Estado)	2021 (Aprox.)	2022 (Aprox.)	2023 (Aprox.)	População (Censo 2022/DOU 2023)	Taxa de Notificação 2023 (por 100.000 hab)
PA (Pará)	1.500	1.500	2.000	8.121.025	24,63
PR (Paraná)	25.000	24.000	28.000	11.444.380	244,66
RN (Rio Grande do Norte)	4.000	5.500	8.500	3.302.729	257,36
MT (Mato Grosso)	1.500	1.000	1.000	3.658.649	27,33
PI (Piauí)	5.000	6.500	9.000	3.271.199	275,13
PB (Paraíba)	6.000	7.000	11.000	3.974.687	276,75
RO (Rondônia)	3.000	4.000	5.000	1.581.196	316,22
MG (Minas Gerais)	34.000	48.000	65.000	20.539.989	316,46
MS (Mato Grosso do Sul)	4.000	5.500	9.500	2.757.013	344,58
SC (Santa Catarina)	18.000	21.000	32.000	7.610.361	420,48
DF (Distrito Federal)	21.000	25.000	25.000	2.817.381	887,35

Fonte: Brasil (2022a, 2023a, 2024a); IBGE (2023)

Para garantir a comparabilidade analítica, procedeu-se à normalização dos dados absolutos por meio da fórmula T=(N/P)×100.000, onde "N" representa o volume de notificações de 2023 e "P" a população residente (IBGE, 2023).

Verifica-se incremento longitudinal no volume de notificações na maior parte do território nacional no período. Destaca-se o estado de Minas Gerais que, no ano de 2023, teve 65.000 notificações contabilizadas, número que supera o estado de São Paulo (52.000 registros), a despeito de apresentar contingente populacional 53,7% menor (IBGE, 2023). A taxa de notificação mineira alcançou 316,46 por 100.000 habitantes (valor 2,7 vezes superior ao coeficiente paulista). Os maiores índices concentram-se no Distrito Federal (887,35) e em Santa Catarina (420,48). No extremo oposto, Amapá, Roraima, Mato Grosso e Acre mantiveram-se restritos a patamares iguais ou inferiores a 1.000 notificações anuais.

Isolado neste cenário federativo, o Rio Grande do Sul, com coeficiente (110,26) situa-se abaixo dos da Bahia (120,21) e de Pernambuco (231,82). Na análise intrarregional, o Paraná demonstra maior volume proporcional (244,66).

É plausível interpretar a heterogeneidade dos coeficientes apresentados como um possível reflexo de diferentes graus de conscientização nos serviços de saúde, no território nacional, sobre a importância de notificar eventos adversos. Coeficientes elevados em determinadas unidades da federação podem sugerir ambientes com valores mais focados nos cuidados com a segurança do paciente do que aqueles com menores índices.

Sob a perspectiva psicossocial, a identificação de baixos índices no extremo oposto da distribuição estatística pode-se conjecturar provável fragilização quanto à conscientização sobre fortalecer a cultura de segurança do paciente. Sob a ótica de Vaughan (1996), a ausência sistemática de notificações pode refletir o fenômeno da 'normalização desvio'. Quando presente, equipes submetidas a condições laborais adversas crônicas, passam a aceitar a violação de protocolos e a omissão de quase-erros como

práticas rotineiras de sobrevivência sistêmica, processo definido pela autora como 'cultura de negação de riscos' (Vaughan, 1996; Madalozzo; Zanelli, 2016). A negação de riscos presentes no cotidiano por parte das equipes de trabalho (e, consequentemente, a subnotificação deles) alimenta processos de incubação de erros que podem levar a acidentes de diferentes graus de severidade, bem como a tragédias e catástrofes (Madalozzo; Zanelli, 2016).

Diante de tal assimetria, levanta-se a hipótese de prevalência do silêncio organizacional em serviços de saúde quanto à notificação de eventos adversos, tanto em nível nacional quanto estadual. Morrison e Milliken (2000) ancoram esse cenário no conceito de clima de silêncio. Van Dyne, Ang e Botero (2003) categorizam o comportamento em duas vertentes para explicar a abstenção de relatos: o silêncio defensivo, motivado pelo receio de punição; e o silêncio aquiescente, atrelado à percepção de futilidade e resignação.

Em síntese, observa-se um vasto caminho a percorrer na direção de transformar o erro em vetor de aprendizado nos serviços de saúde em nível nacional, movimento capaz de fortalecer de forma contínua o ambiente de confiança mútua nas instituições de saúde. Essa mudança de perspectiva abre-se como uma alternativa viável para a conversão do relato de falhas em um ativo estratégico de resiliência prospectiva.

Na Tabela 2 apresenta-se um comparativo entre o volume total de incidentes notificados no Brasil e a evolução histórica no Rio Grande do Sul (2021-2023).

Tabela 2 – Comparativo de Incidentes (total) Brasil vs. Rio Grande do Sul (2021-2023)

Período	Brasil (Total de Incidentes)	Rio Grande do Sul (Total de Incidentes)
Jan - Dez 2021	Não especificado (Total notificado no período não está claro nos dados apresentados)	6.644 (Soma dos incidentes mensais)
Jan - Dez 2022	292.961	8.412 (Soma dos incidentes mensais)
Jan - Dez 2023	368.895	10.903 (Soma dos incidentes mensais)

Fonte: Brasil (2022a, 2022b, 2023a, 2023b, 2024a, 2024b)

Nota-se lacuna de dados consolidados para o Brasil em 2021 nos relatórios-fonte (Brasil, 2022a). Para os anos subsequentes, registrou- se no Brasil um salto de 292.961 incidentes em 2022 para 368.895 em 2023 (Brasil, 2023a; 2024a). Em paralelo, no Rio Grande do Sul, observa-se crescimento contínuo, com salto de 6.644 registros (2021) para 10.903 registros (2023) (Brasil, 2022b; 2024b). O ritmo de crescimento anual no estado em 2023 alcançou a marca de 29,6%, com superação da média nacional (25,9%). A partir dos dados estaduais, sugere-se a ocorrência de uma provável fase ativa de engajamento na plataforma Notivisa.

Dekker (2016) postula que o incremento nos registros possui potencial para se configurar como um sintoma do amadurecimento notificatório de um sistema de saúde. A estruturação de ambientes dotados de 'segurança psicológica' tende a afastar o medo de retaliação e, possivelmente, estimula os profissionais da linha de frente a reportarem as vulnerabilidades do cotidiano laboral. Em contextos de trabalho, segurança psicológica pode ser definida como a crença compartilhada pelos membros de que subsiste um ambiente seguro para a tomada de riscos interpessoais, o que implica a convicção de que a equipe de trabalho não irá constranger, rejeitar ou punir alguém por manifestar suas opiniões, dúvidas ou falhas (EDMONDSON, 1999). Embora o arcabouço contemporâneo sobre

segurança psicológica priorize o modelo de Edmondson (1999), a gênese do construto remonta à década de 1960, por Schein & Bennis (1965). Para esses autores a segurança psicológica é um requisito estrutural para a redução da ansiedade de aprendizagem que surge naturalmente em processos de mudanças organizacionais (Schein; Bennis, 1965). Tal condição viabiliza o reconhecimento de falhas e a aceitação de transformações sistêmicas sem o receio de retaliação ou julgamento.

Com base nessa premissa, admite-se a possibilidade de os profissionais operarem com menor percepção de risco interpessoal. A redução desse receio atua como um fator propulsor para a manifestação de comportamentos de voz (*voice behaviors*) e para o engajamento em práticas voltadas à segurança, o que pode facilitar a emersão de notificações de quase-erros (*near misses)* e a detecção de falhas latentes de modo espontâneo, em prol do aprendizado sistêmico. Define-se 'comportamento de voz' como a comunicação discricionária, proativa e construtiva de ideias, preocupações ou falhas no ambiente de trabalho (Morrison; 2011; Van Dyne; LePine, 1998).

No Quadro 1, a seguir, apresenta-se um panorama da hierarquia dos serviços de saúde por volume de notificações (2021-2023) para contrastar o cenário estrutural entre o Brasil e o Rio Grande do Sul.

Quadro 1 - Hierarquia dos Serviços de Saúde por volume de notificações: comparativo Brasil e Rio Grande do Sul (2021–2023)

Período	**Local**	**1º Serviço com Mais Notificações**	**2º Serviço com Mais Notificações**	**3º Serviço com Mais Notificações**
Jan - Dez 2021	Brasil	Hospital	Serviço exclusivo de urgência / emergência (Ex.: UPA)	Serviços de hemodiálise

Período	Local	1º Serviço com Mais Notificações	2º Serviço com Mais Notificações	3º Serviço com Mais Notificações
	RS	Hospital (6.410)	Outros (80)	Serviços de hemodiálise (72)
Jan - Dez 2022	Brasil	Hospital	Serviço exclusivo de urgência / emergência (Ex.: UPA)	Ambulatório
	RS	Hospital (7.898)	Serviços de hemodiálise (195)	Serviços de saúde mental ou psiquiátrica (106)
Jan - Dez 2023	Brasil	Hospital	Serviço exclusivo de urgência / emergência (Ex.: UPA)	Serviço de diálise
	RS	Hospital (10.087)	Serviço de diálise (299)	Serviços ou instituições de saúde mental ou psiquiátrica (159)

Fonte: Brasil (2022a, 2022b, 2023a, 2023b, 2024a, 2024b)

No Quadro 1, verifica-se estabilidade de notificações em nível nacional, com serviços exclusivos de urgência/emergência fixados na segunda posição, seguidos por hemodiálise (2021/2023) e ambulatórios (2022). No Rio Grande do Sul observa-se trajetória de maior especificidade diagnóstica. Após a categoria "Outros", em 2021, os serviços de hemodiálise/diálise assumiram a segunda posição estadual, com salto de 195 para 299 notificações. Destaca-

se a inclusão dos Serviços de Saúde Mental no Top 3 gaúcho, indicador singular não refletido no consolidado nacional. Devido a limitações metodológicas (ausência de dados absolutos nos relatórios federais para tais subcategorias), a comparação nacional restringe-se à indexação hierárquica (Brasil, 2022a, 2023a, 2024a).

A estratificação dos dados indica a provável expansão do monitoramento de risco no Rio Grande do Sul para áreas de alta complexidade crônica (serviços de diálise) e de assistência psicossocial (unidades de saúde mental). A incursão da vigilância em setores historicamente secundarizados pelas políticas tradicionais de gerenciamento de riscos, contribui para o aumento da notificação de eventos adversos. Isso alinha-se à transição teórica do paradigma de *Safety-I* para a abordagem *Safety-II* (Hollnagel, 2014). Sob o modelo tradicional da *Safety-I,* define-se a gestão por uma perspectiva retrospectiva, com foco na investigação de falhas e no tratamento do erro humano como causa raiz, premissa com potencial para impulsionar respostas punitivas e a elaboração de protocolos rígidos. Em contraposição, o modelo de gestão *Safety-II* fundamenta-se nos princípios da 'engenharia de resiliência' para compreender o sucesso das atividades diárias, mediante a valorização da capacidade de adaptação e da flexibilidade dos profissionais perante a sobrecarga laboral (Hollnagel, 2014).

A 'engenharia de resiliência' caracteriza-se como a capacidade de um sistema sociotécnico de ajustar seu funcionamento antes, durante ou após mudanças e perturbações, garantindo a continuidade das operações sob condições variadas. Sob esse paradigma, o autor operacionaliza o funcionamento organizacional sistêmico por meio de quatro capacidades essenciais: o monitoramento do *status* atual dos processos; a antecipação de potenciais perturbações; o aprendizado com base nas experiências pregressas bem-sucedidas; e a resposta efetiva às demandas em tempo real (Hollnagel, 2014).

Essa ampliação estrutural do monitoramento reflete o princípio da "sensibilidade às operações", inerente às Organizações

de Alta Confiabilidade (*High Reliability Organizations - HRO*), conceito popularizado por Weick e Sutcliffe (2001). Por atuarem em ambientes de alta complexidade e alto risco de acidentes, são organizações que conseguem manter as taxas de acidentes extremamente baixas. Exemplos são usinas nucleares, indústria da aviação e hospitais. São organizações que alcançam resiliência por meio do fortalecimento de uma cultura organizacional focada na prevenção de erros (Weick; Sutcliffe. 2001). Os dados apresentados no Quadro 1 reforçam a importância de incentivar mapeamentos constantes de vulnerabilidades nos sistemas de trabalho para além das fronteiras exclusivas da assistência hospitalar. Esta abrangência ancora-se nas premissas sociotécnicas do modelo *Systems Engineering Initiative for Patient Safety* (Carayon *et al.*, 2006).

No Quadro 2, detalha-se a tipologia dos incidentes mais prevalentes (2021-2023) e explicita-se as distinções práticas entre os desafios de segurança nacionais e estaduais.

Quadro 2 - Tipologia dos principais incidentes notificados: comparativo entre a Prevalência Nacional e Regional (2021-2023)

Período	**Brasil (Top 3 Incidentes)**	**Rio Grande do Sul (Top 3 Incidentes)**
Jan - Dez 2021	1. Úlcera por pressão (56.000 aprox.)	1. Úlcera por pressão (3.004)
	2. Falhas durante a assistência à saúde (52.000 aprox.)	2. Queda do paciente (1.707)
	3. Falhas envolvendo cateter venoso (35.000 aprox.)	3. Falhas envolvendo sondas (536)
Jan - Dez 2022	1. Falhas durante a assistência à saúde (75.000 aprox.)	1. Úlcera por pressão (2.490)
	2. Úlcera por pressão (55.000 aprox.)	2. Queda do paciente (2.042)

Período	Brasil (Top 3 Incidentes)	Rio Grande do Sul (Top 3 Incidentes)
	3. Falhas envolvendo cateter venoso (52.000 aprox.)	3. Falhas durante a assistência à saúde (1.140)
Jan - Dez 2023	1. Falhas durante a assistência à saúde (88.000 aprox.)	1. Queda do paciente (2.707)
	2. Falhas envolvendo cateter venoso (68.000 aprox.)	2. Lesão por pressão (2.541)
	3. Lesão por pressão (65.000 aprox.)	3. Falhas envolvendo cateter venoso (1.831)

Fonte: Brasil (2022a, 2022b, 2023a, 2023b, 2024a, 2024b)

Na análise detalhada do Quadro 2 visualiza-se uma divergência importante entre as prioridades e desafios do cenário nacional e o contexto estadual do Rio Grande do Sul (RS).

Nacionalmente, as 'falhas durante a assistência à saúde' mantiveram a ascensão e consolidaram-se como o principal incidente em 2022 e 2023. No Rio Grande do Sul, a 'queda do paciente' assumiu a liderança em 2023 (2.707 notificações). A 'lesão por pressão' (termo padronizado conforme Sobest e Sobende, 2016) mantém a liderança de notificações em 2021 (3.004) e 2022 (2.490). Falhas envolvendo cateter venoso alcançaram a terceira posição estadual em 2023 (1.831 notificações).

Uma possível explicação para a proeminência estatística dos episódios de quedas e de lesões por pressão no cenário gaúcho pode advir, em parte, pela acentuada transição demográfica regional. Há, no Rio Grande do Sul, uma das maiores proporções de população idosa do país (IBGE, 2023). O aumento da complexidade geriátrica eleva as demandas físicas e cognitivas das equipes. Nesse contexto de sobrecarga laboral, emerge o risco da 'cegueira inatencional' (*inattentional blindness*), documentada por Simons e Chabris (1999).

O conceito designa a falha cognitiva em perceber um estímulo inesperado, porém visível, quando a atenção do indivíduo encontra-se concentrada em outra tarefa. Por meio desse construto, compreende-se a incapacidade de profissionais, imersos em alta carga cognitiva e emocional, para identificar riscos iminentes no campo visual, a exemplo de uma queda. Com o reconhecimento desta limitação, pois é biológica e humanamente impossível reconhecer todos os estímulos presentes em determinado momento, consolida-se a premissa de que diversas falhas não decorrem de negligência, mas do esgotamento da capacidade de processamento atencional (Simons; Chabris, 1999). Sem o aporte proporcional de recursos, a exemplo do redimensionamento do quadro de enfermagem e do suporte macroergonômico, o sistema entra em colapso latente, o que pode provocar desfechos adversos associados à exaustão e à sobrecarga ocupacional.

Na Tabela 3, estratificam-se as notificações segundo a severidade do dano.

Tabela 3 - Distribuição dos incidentes por grau de severidade do dano: comparativo Brasil e Rio Grande do Sul (2021–2023)

Grau do Dano	Brasil (Jan-Dez 2021)	RS (Jan-Dez 2021)	Brasil (Jan-Dez 2022)	RS (Jan-Dez 2022)	Brasil (Jan-Dez 2023)	RS (Jan-Dez 2023)
Nenhum	Aprox. 68.000	1.166	Aprox. 98.000	2.264	Aprox. 130.000	3.649
Leve	Aprox. 120.000	4.357	Aprox. 150.000	4.501	Aprox. 185.000	5.815
Moderado	Aprox. 34.000	941	Aprox. 36.000	1.364	Aprox. 40.000	1.116
Grave	Aprox. 6.000	157	Aprox. 6.000	241	Aprox. 7.000	244
Óbito	Aprox. 3.000	23	Aprox. 2.000	42	Aprox. 2.000	79

Grau do Dano	Brasil (Jan-Dez 2021)	RS (Jan-Dez 2021)	Brasil (Jan-Dez 2022)	RS (Jan-Dez 2022)	Brasil (Jan-Dez 2023)	RS (Jan-Dez 2023)
Total*	Não especificado	6.644	292.961	8.412	368.895	10.903

Fonte: Brasil (2022a, 2022b, 2023a, 2023b, 2024a, 2024b)

Constata-se crescimento nas notificações de incidentes com "Nenhum Dano" (*near misses*). No Brasil, o volume subiu de 68.000 (2021) para 130.000 (2023). No Rio Grande do Sul, o salto ocorreu de 1.166 (2021) para 3.649 (2023). Os incidentes de dano leve representam a maioria absoluta de notificações (5.815 registros no estado em 2023). Os óbitos no Rio Grande do Sul subiram de 23 (2021) para 79 (2023), ao passo que a métrica nacional manteve estabilidade (cerca de 2.000 casos anuais), o que sinaliza pontos de alerta. No contraponto, como um fator protetivo, pode evidenciar redução de temores à notificação, reduzindo indicadores de subnotificação.

Associa-se a distribuição de severidade, em termos cronológicos, ao postulado da Pirâmide de Segurança de Bird e Germain (1966). Nesse modelo empírico, para cada evento adverso grave catalogado, constata-se a ocorrência de centenas de quase-erros (*near misses*) indicativos. Contudo, sob o prisma contemporâneo, teóricos como Dekker (2016) e Hollnagel (2014) submetem a progressão linear dessa pirâmide a revisões críticas. Com base na abordagem *Safety-II*, propõe-se que a etiologia de um *near miss* cotidiano não coincida, por regra, com aquela responsável por um *never event* ou um óbito (Hollangel, 2014; Dekker, 2016).

Nesse contexto sociotécnico, a interpretação do aumento das notificações na categoria de incidentes sem dano ultrapassa a premissa de um mero prenúncio estatístico de desastres futuros. O aumento desponta como um provável marcador de vigilância ativa e de resiliência sistêmica das equipes. A variação estatística nos registros de danos moderados viabiliza múltiplas vias

interpretativas. Considera-se a possibilidade de melhoria real na contenção de danos, associada à capacidade de recuperação do sistema. Em contrapartida, não é descartável a provável imprecisão nos critérios de julgamento clínico durante a classificação de risco.

Por fim, com a ocorrência de eventos fatais, a despeito do percentual numérico restrito, sinaliza-se a provável quebra crítica das barreiras de proteção. Constata-se a falência do desenho organizacional para a acomodação e a neutralização da variabilidade inerente ao desempenho humano perante sistemas complexos.

No Quadro 3, isola-se a distribuição dos *never events* para investigar o comportamento dos erros preveníveis graves.

Quadro 3 - Distribuição dos *Never Events:* análise das principais notificações no Brasil e no Rio Grande do Sul (2021–2023)

Período	**Brasil (Top 3 "Never Events")**	**Rio Grande do Sul (Top 3 "Never Events")**
Jan - Dez 2021	1. Estágio III* (perda total da espessura tecidual...) (5.165)	1. Estágio III* (perda total da espessura tecidual...) (597)
	2. Estágio IV* (perda total da espessura dos tecidos...) (1.547)	2. Estágio IV* (perda total da espessura dos tecidos...) (52)
	3. Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia (92)	3. Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia (4)
Jan - Dez 2022	1. Estágio III* (perda total da espessura tecidual...) (4.499)	1. Estágio III* (perda total da espessura tecidual...) (453)
	2. Estágio IV* (perda total da espessura dos tecidos...) (1.099)	2. Estágio IV* (perda total da espessura dos tecidos...) (32)

Período	Brasil (Top 3 "Never Events")	Rio Grande do Sul (Top 3 "Never Events")
	3. Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia (133)	3. Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia (15)
Jan - Dez 2023**	1. Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia (176)	1. Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia (16)
	2. Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria (114)	2. Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria (11)
	3. Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1 (52)	3. Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo (5)

*Estágio se refere ao estágio de uma úlcera/lesão por pressão.
**O ano de 2023 apresentou mudança decorrente de atualização de nomenclatura técnica.

Fonte: Brasil (2022a, 2022b, 2023a, 2023b, 2024a, 2024b)

Nos dois primeiros anos do período analisado (2021 e 2022), constata-se a predominância absoluta das lesões por pressão. O estágio III, caracterizado pela perda total da espessura tecidual, ocupou a primeira posição tanto no panorama nacional (com 5.165 ocorrências em 2021 e 4.499, em 2022) quanto no cenário estadual do Rio Grande do Sul (com 597 notificações em 2021 e 453, em 2022).

Na sequência, o estágio IV de evolução das lesões de pressão, que compreende a exposição de estruturas anatômicas profundas como ossos e músculos, figurou sistematicamente na segunda posição. A partir de tal distribuição estatística, aponta-se a integridade cutânea do paciente crítico como a principal

vulnerabilidade assistencial do sistema de saúde na referida janela temporal.

No ano de 2023, entretanto, nota-se uma alteração atípica no perfil de registros. Pela primeira vez na série histórica, as lesões por pressão deixaram de compor a lista dos três incidentes mais graves. Em seu lugar, a retenção não intencional de corpo estranho após procedimento cirúrgico assumiu a posição de evento adverso principal, com 176 notificações no Brasil e 16 no Rio Grande do Sul. De forma paralela, eventos de elevada complexidade ética e operacional ganharam destaque no estado, como registros de suicídio de pacientes ou dano autoinfligido (11 ocorrências) e erros de lateralidade cirúrgica, consubstanciados em procedimentos realizados no lado errado do corpo (5 ocorrências).

A exclusão das lesões por pressão do topo do *ranking* em 2023 impõe uma avaliação crítica rigorosa. A supressão numérica parece derivar de um ajuste metodológico na parametrização do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária. A Anvisa promoveu a atualização formal da nomenclatura, com a substituição do termo 'úlcera' por 'lesão por pressão', por intermédio da Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 05/2023. Na inspeção das matrizes de incidentes gerais do próprio relatório de 2023, observa-se a permanência da prevalência dessas lesões na prática clínica. Para a comprovação da hipótese de viés exclusivo de notificação tecnológica, a observação do boletim estadual complementar subsequente (agosto de 2023 a julho de 2024) confirma o retorno das lesões por pressão à primeira posição no Rio Grande do Sul, com a marca de 336 notificações. Configura-se, por conseguinte, a presença de um artefato metodológico de transição de sistemas de informação, e não um fenômeno assistencial indicativo de melhoria efetiva nos desfechos clínicos.

Consolidou-se o conceito de *never events* como ocorrências processuais que possuem o potencial de causar danos irreparáveis ou a morte (Almeida *et al*., 2025). A manutenção estatística das lesões por pressão ilustra a possibilidade do fenômeno da 'normalização do desvio' (Vaughan, 1996), em que as equipes

passam a incorporar indevidamente a alta frequência do evento como parte aceitável da rotina. A ocorrência de falhas cirúrgicas mecânicas sugere a provável interferência cognitiva explicada pela 'cegueira inatencional' (Simons; Chabris, 1999). A Teoria das Heurísticas (Kahneman, 2011) atua ao sugerir que a sobrecarga mental induz à adoção de atalhos de pensamento que encobrem as verdadeiras causas a incidência de danos, o que reforça a premissa de que o combate a essas ocorrências exige barreiras focadas na falibilidade humana.

Cumpre ressaltar o fenômeno da lacuna analítica verificada no ano de 2023. O desaparecimento súbito das lesões por pressão das estatísticas estaduais e nacionais não resulta de uma eficácia clínica extraordinária, mas decorre, principalmente, de um viés tecnológico causado pela alteração metodológica da nomenclatura oficial de captação de dados no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2023). A constatação dessa inconsistência de formatação, somada aos episódios de instabilidade estrutural para a extração de microdados abertos, evidencia a vulnerabilidade dos achados científicos e dos artefatos de indexação das plataformas governamentais **(**Dekker, 2016; Sittig; Singh, 2010**)**. O combate aos *never events* exige o teste de barreiras de segurança sistêmica e focadas na falibilidade cognitiva, (Reason, 1997), premissa que demanda o suporte contínuo de sistemas de informação precisos e auditáveis (Kohn; Corrigan; Donaldson, 1999; Carayon *et al.*, 2006).

Na Tabela 4, mapeia-se a evolução mensal no Rio Grande do Sul para atestar a consistência cronológica da base de monitoramento.

Tabela 4 – Evolução mensal das notificações de incidentes no Rio Grande do Sul (2021–2023)

MÊS	2021	2022	2023
Janeiro	426	601	669
Fevereiro	435	424	848
Março	392	491	598
Abril	393	842	686
Maio	378	672	894
Junho	615	722	963
Julho	453	529	930
Agosto	1107	1013	1.131
Setembro	587	799	1.192
Outubro	591	820	1.115
Novembro	510	633	894
Dezembro	757	866	983
TOTAL	6.644	8.412	10.903

Fonte: Brasil (2022b, 2023b, 2024b)

Com base nas informações divulgadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, constata-se uma expansão acentuada no volume absoluto de notificações no Rio Grande do Sul. A partir do ano de 2021, observa-se uma estabilização ascendente, acompanhada de um deslocamento dos picos de notificação para o segundo semestre. O mês de agosto de 2021, com 1.107 notificações, delimita um ponto de inflexão estatística de alta.

No decorrer de 2022, a tendência de alta obteve confirmação mediante o total de 8.412 registros anuais. Um detalhe relevante na dinâmica deste período reside no aumento sustentado no segundo semestre. A partir do mês de agosto de 2022, todos os meses mantiveram-se de forma estável acima do patamar de 630 notificações, com exceção do recuo pontual verificado em julho (529 registros). Tal consistência numérica sugere a provável incorporação progressiva do preenchimento de notificações à rotina institucional das equipes na fase de arrefecimento da crise sanitária aguda.

O ano de 2023 consolidou o estado em um novo nível quantitativo de monitoramento, com a ultrapassagem inédita da marca histórica de 10.000 notificações anuais. Registrou-se o recorde absoluto da série no mês de setembro, com 1.192 incidentes. A sustentação do sistema de vigilância torna-se perceptível ao se constatar que o mês com o menor volume em 2023 (março, com 598 ocorrências) ainda apresenta capacidade de superar a média mensal de quase todos os meses referentes a 2021. Diante desses indicadores absolutos, levanta-se a hipótese de que a inserção de dados na plataforma, no Rio Grande do Sul, passe por uma provável transição, de um esforço reativo esporádico para um processo padronizado e contínuo de governança clínica. Na literatura de segurança contemporânea, associa-se esse cenário a uma possível aproximação das instituições gaúchas aos preceitos das Organizações de Alta Confiabilidade. Segundo Weick e Sutcliffe (2001), interpreta-se a elevação dos relatos como um provável indicador da "preocupação com a falha" (*preoccupation with failure*). Compreende-se tal constructo como a capacidade coletiva para a detecção de anomalias no sistema antes da materialização de danos.

O ponto de inflexão temporal concorda cronologicamente com a publicação do Decreto Estadual nº 56.025 (agosto de 2021). A sustentação de indicadores volumosos sugere o provável fortalecimento gradual de uma 'cultura de notificação' (*Reporting Culture*). Compreende-se que uma cultura informativa se estabelece mediante a prerrogativa de que a confiança depositada pelos profissionais na instituição neutralize o temor de sanções punitivas (Reason, 1997).

Considerações Finais

A partir da análise dos incidentes reportados no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária, entre 2021 e 2023, depreende-se que o Brasil e o Rio Grande do Sul encontram-se em um provável período de transição paradigmática. O crescimento estatístico no

volume de notificações atua como possível reflexo do avanço da transparência e da cultura de segurança em contraposição ao silêncio punitivo. O aumento dos registros de incidentes sem dano (*near misses*) desponta como indicador de possível amadurecimento ético e cognitivo das equipes. Tal elevação associa as instituições de saúde aos preceitos das organizações de alta confiabilidade. Conforme a literatura, esse cenário denota uma provável preocupação com a falha (*preoccupation with failure*), constructo definido como a capacidade sistêmica para a detecção de anomalias antes da materialização em danos (Weick; Sutcliffe, 2001).

Contudo, a consolidação da transição do modelo tradicional reativo (*Safety-I*), na identificação de danos para a abordagem prospectiva (*Safety-II*), evidencia a premência de desenvolver ambientes de trabalho com segurança psicológica e percepção fortalecida de justiça organizacional. Define-se a justiça organizacional como a percepção do indivíduo sobre a equidade das relações e práticas no ambiente de trabalho, estruturada em três dimensões: a justiça distributiva, voltada à alocação de recursos e resultados; a justiça procedimental, baseada na imparcialidade das regras para tomadas de decisão; e a justiça interacional, pautada pelo respeito no tratamento interpessoal por parte das chefias (Siqueira; Gomide Júnior, 2014). A neutralização da subnotificação e a mitigação dos eventos adversos dependem do desenho macroergonômico de sistemas de trabalho capazes de equilibrar as demandas laborais e os recursos disponíveis. Com essa estruturação, viabiliza-se a acomodação da variabilidade do desempenho humano e a transformação do erro reportado pelo trabalhador em um pilar de resiliência sistêmica.

Por fim, ressalta-se que a efetividade da vigilância em saúde e a precisão das análises científicas dependem, obrigatoriamente, da robustez das plataformas de suporte governamentais. Durante a execução metodológica deste levantamento, identificaram-se severas barreiras técnicas no acesso aos dados públicos, caracterizadas pela instabilidade rotineira do sistema, pela ausência de padronização nas diretrizes de extração e pela

ocultação de matrizes recentes (configurando um apagão estatístico). Tais limitações expõem a vulnerabilidade da pesquisa acadêmica independente a artefatos de indexação. Recomenda-se, portanto, a reestruturação tecnológica do NOTIVISA, acompanhada da publicação de guias oficiais de navegação acadêmica, garantindo que o comportamento de voz (*voice behavior*) do profissional da linha de frente seja efetivamente convertido em inteligência segura de dados e proteção assistencial clínica.

Nota de Transparência e Uso de IA:

Declara-se, para os devidos fins de integridade científica e em conformidade com as diretrizes editoriais e de fomento (CNPq/CAPES), o emprego do modelo de linguagem de inteligência artificial Gemini 3.1 Pro (Google) como ferramenta de suporte à editoração deste capítulo. A aplicação da referida tecnologia restringiu-se exclusivamente a processos de revisão estilística, auditoria de coesão textual, verificação de padronização normativa (ABNT NBR 10520:2023 e NBR 6023:2018), elaboração de índice remissivo e auditoria cruzada de referências bibliográficas. As autoras atestam que nenhuma parte do conteúdo intelectual, dados empíricos, estatísticas ou construtos teóricos originais sofreu geração ou alteração automatizada. A responsabilidade integral e irrestrita pela acurácia, originalidade e fidedignidade do trabalho pertence às autoras.

Referências

ALMEIDA, Í. L. S. D.; ALENCAR, A. P. A.; POVEDA, V. D. B.; CARVALHO, R. E. F. L. D. Frequency and content analysis of adverse event reports in surgical centers: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 78, e20240082, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0082. Acesso em: 2 mar. 2026.

BIRD, F. E.; GERMAIN, G. L. **Damage Control:** A New Horizon in Accident Prevention and Cost Improvement. New York: American Management Association, 1966.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**: resultados das notificações realizadas no Notivisa Brasil, janeiro a dezembro de 2021. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-dos-anos-anteriores/2021/brasil/@@download/file. Acesso em: 2 mar. 2026.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**: resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2022. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2023a. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisde conteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-atuais-de-eventos-adversos-dos-estados/brasil/@@download/file. Acesso em: 2 mar. 2026.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**: resultados das notificações realizadas no Notivisa Brasil, janeiro a dezembro de 2023. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/brasil/@@download/file. Acesso em: 2 mar. 2026.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**: resultados das notificações realizadas no Notivisa Rio Grande do Sul, janeiro a dezembro de 2021. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisde conteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-dos-anos-anteriores /2021/rio-grande-do-sul/@@download/file. Acesso em: 2 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**: resultados das notificações realizadas no Notivisa Rio Grande do Sul, janeiro a dezembro de 2022. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-atuais-de-eventos-adversos-dos-estados/rio-grande-do-sul/@@download/file. Acesso em: 2 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**: resultados das notificações realizadas no Notivisa Rio Grande do Sul, janeiro a dezembro de 2023. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/rio-grande-do-sul/@@download/file. Acesso em: 2 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa n° 05/2023**: Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão (1ª Versão atualizada da Nota Técnica GVIMS/GGTES n° 03/2017). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 28 ago. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2023-praticas-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-prevencao-de-lesao-por-pressao/view. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 2 mar. 2026.

CARAYON, P.; SCHOENFELS, A. S.; SMITH, P. D.; KRAEMER, S.; HUNDT, A. S.; KURZ, R. S.; BLAND, S. G.; WOODS, D. D.; BARKER, C. Work system design for patient safety: the SEIPS

model. **Quality & Safety in Health Care,** London, v. 15, supl. 1, p. i50-i58, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842.
DEKKER, S. **Just Culture**: Restoring Trust and Accountability in Your Organization. 3. ed. Boca Raton: CRC Press, 2016. Disponível em: https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.1201/9781315590813/culture-sidney-dekker-sidney-dekker. Acesso em: 18 maio 2026.
EDMONDSON, A. Psychological safety and learning behavior in work teams. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 44, n. 2, p. 350-383, 1999. Disponível em: https://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Group_Performance/Edmondson%20Psychological%20safety.pdf. Acesso em: 18 maio 2026.
HOLLNAGEL, E. **Safety-I and Safety-II**: **The Past and Future of Safety Management.** Farnham: Ashgate Publishing, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1201/9781315607511. Acesso em: 18 maio 2026.
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Rio de Janeiro: Agência de Notícias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 27 out. 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos. Acesso em: 18 maio 2026.
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2023**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Informacoes_Gerais_e_Referencia/Relacao_da_Populacao_dos_Municipios_para_publicacao_no_DOU_em_2023/POP_DOU_2023_Brasil_e_UFs_POP2022_Malha2023.pdf. Acesso em: 20 maio 2026.
KAHNEMAN, D. **Thinking, Fast and Slow**. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press, 1999. Link: https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2023/11/articles-14460_recurso_1-1.pdf

MADALOZZO, Magda Macedo.; ZANELLI, José Carlos. **Segurança no trabalho**. **A Construção cultural dos acidentes e catástrofes no cotidiano das organizações** - Uma perspectiva da Psicologia**,** [S. l.]: Juruá, 2016. ISBN 978853625561-3.

MORRISON, E. W. Employee voice behavior: Integration and directions for future research. **Academy of Management Annals**, v. 5, n. 1, p. 373-412, 2011. DOI: https://doi.org/10.1080/19416520.2011.574506.

MORRISON, E. W.; MILLIKEN, F. J. Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world. Academy of Management Review, v. 25, n. 4, p. 706-725, 2000.

REASON, J. **Managing the risks of organizational accidents**. Aldershot: Ashgate, 1997. Disponível em: https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315543543/managing-risks-organizational-accidents-james-reason?trk=public_post_comment-text. Acesso em: 18 maio 2026.

SCHEIN, E. H.; BENNIS, W. G. **Personal and organizational change through group methods**: The laboratory approach. New York: Wiley, 1965.

SIMONS, D. J.; CHABRIS, C. F. Gorillas in our midst: sustained inattentional blindness for dynamic events. **Perception**, London, v. 28, n. 9, p. 1059-1074, 1999. Disponível em: https://www.chabris.com/Simons1999.pdf. Acesso em: 19 maio 2026.

SITTIG, D. F.; SINGH, H. A new sociotechnical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, supl. 3, p. i68-i74, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA. **Consenso NPUAP 2016**: Classificação das

lesões por pressão adaptado culturalmente para o Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira de Estomaterapia / Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia, 2016. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSO-NPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf. Acesso em: 18 maio 2026.

VAN DYNE, Linn; ANG, Soon; BOTERO, Isabel C. Conceptualizing employee silence and employee voice as multi-dimensional constructs. **Journal of Management Studies**, v. 40, n. 6, p. 1359-1392, setpt. 2003. **DOI:** https://doi.org/10.1111/1467-6486.00384

VAN DYNE, Linn; LePINE, Jeffrey A. Helping and voice extra-role behaviors: Evidence of construct and predictive validity. **Academy of Management Journal**, v. 41, n. 1, p. 108-119, feb. 1998. **DOI:** https://doi.org/10.2307/256902

VAUGHAN, D. **The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture, and Deviance at NASA**. Chicago: University of Chicago Press, 1996.

WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M. **Managing the Unexpected:** Assuring High Performance in an Age of Complexity. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.

PARTE 3:
O AMBIENTE PSICOSSOCIAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES: FATORES INTERNOS (INDIVIDUAIS, EQUIPES E ORGANIZACIONAIS) E FATORES EXTERNOS

TRABALHO EM EQUIPE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Alexandra Carol Cioato
Heloisa Evaldt Bombana
Silvana Regina Ampessan Marcon

Introdução

A segurança do paciente no contexto hospitalar depende de fatores diversos associados ao trabalho dos profissionais de saúde. Um fator considerado relevante é o trabalho em equipe. O trabalho das equipes hospitalares é constituído por processos dinâmicos, marcados pelo apoio entre profissionais, pelas demandas assistenciais e pela necessidade constante de articulação entre saberes e práticas. O funcionamento das equipes assume papel importante na organização do cuidado, uma vez que não se restringe a competências técnicas individuais, mas envolve dinâmicas relacionais e organizacionais complexas. Evidências apontam que aspectos como comunicação, cooperação, relações de poder e organização do trabalho influenciam diretamente a qualidade da assistência e as condições de trabalho dos profissionais, podendo favorecer ou dificultar práticas colaborativas efetivas (Leal *et al*., 2026).

O trabalho em equipe pode ser compreendido a partir da coexistência de forças que impulsionam e de forças que restringem seu funcionamento. Evidências indicam que formas adaptativas de funcionamento, caracterizadas por comunicação efetiva, confiança, clareza de papéis e processos colaborativos, estão associadas a melhores resultados, enquanto problemas como conflitos, falhas na comunicação, ausência de objetivos compartilhados e estados afetivos negativos atuam como barreiras, comprometendo o desempenho das equipes (McGuier *et al*., 2024).

A partir do exposto, torna-se relevante aprofundar a compreensão referente aos fatores psicossociais que permeiam as equipes hospitalares, considerando os processos grupais que sustentam o trabalho coletivo. Este capítulo tem como objetivo discutir os principais elementos que influenciam o funcionamento das equipes de trabalho hospitalar, destacando forças propulsoras e restritivas, e analisando de que modo esses aspectos se articulam com a qualidade do cuidado em saúde.

Referencial Teórico

O trabalho em equipe pode ser compreendido a partir de diferentes contribuições teóricas. Neste estudo serão enfatizados estudos da Psicologia e da área da saúde. Hackman e Oldham (1976) contribuíram especialmente por meio do Modelo das Características do Trabalho. Para os autores, a eficácia das equipes está diretamente relacionada à forma como o trabalho é estruturado, enfatizando dimensões como variedade de habilidades, identidade da tarefa, significado do trabalho, autonomia e feedback. O desenho do trabalho interfere no funcionamento das equipes. As características do trabalho influenciam estados psicológicos críticos dos trabalhadores, como o sentido atribuído ao trabalho, a responsabilidade pelos resultados e o conhecimento dos resultados obtidos, impactando, consequentemente, a motivação, o desempenho e a satisfação no contexto organizacional. Assim, equipes bem desenhadas tendem a apresentar maior engajamento, qualidade nas entregas e menor rotatividade, evidenciando a importância do desenho do trabalho para o funcionamento coletivo (Hackman & Oldham, 1976).

O trabalho em equipe na área da saúde é considerado um processo coletivo e interdependente, no qual diferentes profissionais articulam saberes e práticas com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado ao paciente. Peduzzi (2001) destaca que o trabalho em equipe vai além da simples coexistência de profissionais, exigindo comunicação, cooperação e construção de

objetivos comuns. Pinheiro e Mattos (2001) enfatizam a noção de integralidade como eixo estruturante das práticas em saúde, na qual o trabalho em equipe é considerado como condição necessária para a articulação entre diferentes saberes e para a produção de um cuidado mais resolutivo e humanizado. Assim, o trabalho em equipe no campo da saúde assume um caráter colaborativo e interdisciplinar, importante para a qualidade da atenção, cuidado do paciente e para a efetividade das ações em saúde.

Para compreender a importância do trabalho em equipe, é necessário o entendimento de aspectos como liderança, autonomia, confiança, segurança psicológica, colaboração, e alguns fatores organizacionais que influenciam no desempenho das equipes.

A liderança é um processo por meio do qual um indivíduo exerce influência sobre um grupo, com o objetivo de alcançar metas comuns (Northouse, 2019). No contexto da saúde configura-se como um elemento para a organização dos serviços e para a qualidade da assistência, sendo reconhecida como um dos componentes para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Diretrizes da World Health Organization (2013) destacaram a necessidade de desenvolver competências profissionais alinhadas às necessidades da população e apontaram o papel de lideranças na condução de processos de transformação na educação e nos sistemas de saúde.

Evidências de uma revisão sistemática indicaram que diferentes estilos de liderança estão associados a desfechos relacionados ao ambiente de trabalho e à força de trabalho em enfermagem, incluindo satisfação profissional e condições organizacionais. Destaca-se a liderança transformacional, associada a ambientes de trabalho mais positivos (Cummings *et al*., 2018). O estilo de liderança transformacional é caracterizado por ações transformadoras, que objetivam melhorar a percepção das pessoas sobre a importância das atividades realizadas e do trabalho, para que se envolvam efetivamente com a causa da organização e atuem em prol do alcance de suas metas. O líder é capaz de identificar as necessidades pessoais e profissionais do

outro, desenvolvendo suas próprias características morais e seguindo a ética profissional, bem como um conjunto de competências (Fisher, 2016). A liderança, especialmente no modelo transformacional, tem sido associada ao desenvolvimento de competências profissionais e à melhoria das práticas na enfermagem, sendo reconhecida como relevante para o fortalecimento da atuação dos profissionais nos serviços de saúde (Aluora, 2025).

A atuação do líder no contexto da saúde envolve a condução de processos em ambientes complexos e dinâmicos (Kumar, 2022). No âmbito da prática clínica, a literatura também destaca a importância da aplicação de referenciais teóricos de liderança para orientar a atuação profissional (Xu, 2017). No contexto das relações entre diferentes organizações e serviços de saúde, a liderança desempenhou papel relevante na promoção da colaboração e na integração do cuidado, contribuindo para a coordenação das ações em saúde (Aunger *et al*., 2022). Assim, é possível afirmar que a liderança de uma equipe de trabalho influencia nos resultados obtidos por ela, seja em termos técnicos quanto comportamentais. Outro construto que interfere no funcionamento das equipes é a autonomia dos membros participantes.

A autonomia se relaciona com a qualidade de vida no trabalho, sendo compreendida como a capacidade do indivíduo de assumir responsabilidades, utilizar seu julgamento na resolução de problemas e tomar decisões com certo grau de liberdade (Bendassolli; Borges-Andrade, 2011). O termo é definido como à possibilidade de organizar e conduzir as próprias atividades conforme suas necessidades e seu ritmo de trabalho.

De acordo com Van Horn *et al*. (2004), a autonomia diz respeito à liberdade do trabalhador para tomar decisões no exercício de suas funções. Evidências indicam que contextos organizacionais que favorecem a autonomia tendem a apresentar melhores níveis de desempenho, além de menores índices de absenteísmo, estando também associados a maior satisfação e comprometimento dos profissionais. Na perspectiva de Deci *et al*. (2001), ambientes de

trabalho que promovem a autonomia favorecem a adoção de comportamentos mais autodirigidos, maior abertura para enfrentar desafios e uma percepção ampliada de apoio e pertencimento ao contexto organizacional. Equipes de trabalho em que a autonomia é incentivada tendem a ter melhores resultados, assim como quando existe confiança entre os membros.

A confiança pode ser compreendida como a disposição de um indivíduo em se tornar vulnerável às ações de outro, com base na expectativa de que este atuará de forma adequada (Mayer; Davis; Schoorman, 1995). Ela envolve a aceitação de riscos interpessoais, sendo particularmente relevante em contextos nos quais os profissionais dependem uns dos outros para a realização de suas atividades.

Em situações de melhoria e mudança organizacional, comportamentos como expressar opiniões, questionar práticas estabelecidas ou propor novas ideias implicam riscos interpessoais, pois podem desafiar estruturas e relações existentes. Dessa forma, relações de trabalho baseadas em apoio mútuo podem influenciar esses comportamentos, favorecendo a construção de um ambiente de confiança entre os membros da equipe (Dieckmann *et al*., 2022).

A confiança também pode ser compreendida como um elemento que sustenta a segurança psicológica, manifestando-se por meio de relações de apoio, liderança inclusiva e interações colaborativas entre os membros da equipe (O'Donovan; McAuliffe, 2020). A segurança psicológica refere-se à percepção de que o ambiente de trabalho permite a tomada de riscos interpessoais sem medo de consequências negativas, como punição, julgamento ou constrangimento. Trata-se de um fenômeno coletivo, construído a partir das interações sociais, nas quais os indivíduos se sentem seguros para falar abertamente, pedir ajuda e discutir erros ou preocupações (Edmondson; Bransby, 2023; Vogt *et al*., 2022).

Os resultados de pesquisas sugerem que ambientes psicologicamente seguros favorecem a comunicação entre os profissionais e contribuem para a mitigação de riscos na assistência (Hata *et al*., 2026). Quando os profissionais não se sentem à vontade

para se expressar, aumenta a probabilidade de falhas evitáveis e prejuízos à aprendizagem e à inovação (Edmondson; Bransby, 2023). Dessa forma, a segurança psicológica atua como um facilitador de comportamentos de aprendizagem e melhoria contínua, necessários para as equipes de trabalho colaborativas.

A colaboração é um processo coletivo e interativo em que diferentes sujeitos se implicam conjuntamente na construção de objetivos comuns, indo além da divisão de tarefas (Silva, 2022). Segundo o autor, envolve abertura, escuta, troca de conhecimentos e construção conjunta de soluções que ultrapassem a soma das contribuições individuais. Nesse sentido, a colaboração pressupõe participação ativa, tomada de decisão compartilhada e construção de consensos ao longo do processo (Silva, 2022).

A World Health Organization (WHO) destacou que a prática colaborativa interprofissional depende da articulação entre educação, prática e políticas de saúde, importante para sistemas de saúde mais integrados, eficientes e centrados no paciente. O documento reforçou que a colaboração interprofissional é sustentada pelo desenvolvimento de competências compartilhadas entre profissionais e pela promoção de modelos educacionais que favoreçam o trabalho em equipe ao longo da formação e da prática profissional (WHO, 2010).

Segundo Ruebling *et al*. (2023) a colaboração depende de competências como comunicação, coordenação e trabalho em equipe, estando diretamente relacionada à melhoria da qualidade assistencial, da segurança do paciente e dos resultados em saúde. Ela pode ser impactada por fatores organizacionais, sistêmicos e individuais, incluindo barreiras como hierarquias profissionais, limitações de recursos, falhas de comunicação e sobrecarga de trabalho (Djaharuddin *et al*., 2023). No ambiente hospitalar, Ishii *et al*. (2023) demonstraram que a colaboração interprofissional medeia a relação entre aprendizagem organizacional e clima de segurança, especialmente no que se refere à melhoria contínua e ao envolvimento de pacientes e familiares no cuidado. Assim, a

colaboração interprofissional expressa os fatores psicossociais do trabalho na prática.

Segundo Zanelli e Kanan (2019), os fatores psicossociais do trabalho podem ser compreendidos como as interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo das tarefas e as condições organizacionais, considerando as capacidades, necessidades e cultura do trabalhador. Os fatores podem ser analisados com base nas dimensões individual, interna e externa ao trabalho. Os fatores referentes ao indivíduo correspondem às características pessoais que influenciam como o trabalhador lida com o trabalho, como a idade, gênero, escolaridade, autoestima, recursos de enfrentamento, atribuição de sentido ao trabalho. Os fatores internos ao trabalho abrangem as condições do ambiente, das tarefas, da equipe e da organização. Nesta categoria, está a exposição a agentes químicos e biológicos, aspectos ergonômicos, carga física e mental, definição clara de papéis e responsabilidades, tamanho da equipe, qualidade da liderança, coesão do grupo e cultura organizacional. Os fatores externos ao trabalho são os elementos da vida fora do ambiente laboral que repercutem no bem-estar do trabalhador como a vida familiar, a rede de apoio, acesso a atividades de lazer e educação, situação política e econômica. Os fatores do trabalho podem se manifestar como recursos que ajudam a diminuir riscos e promovem resultados positivos ou como causadores de danos à saúde e segurança do trabalhador (Zanelli; Kanan, 2019).

As condições de trabalho são fatores do ambiente que interferem no resultado do trabalho. Conforme Mota e Borges (2021), referem-se ao conjunto de circunstâncias que estruturam e atravessam a experiência laboral, influenciando tanto o modo como o trabalho é realizado quanto às relações estabelecidas entre os trabalhadores. A partir da perspectiva das condições sociogerenciais, observa-se como ocorre o relacionamento da organização com os trabalhadores, a inserção nas redes formais e informais, distribuição das tarefas, função gerencial, contradições organizacionais que evidenciam os conflitos entre as normas e

protocolos e as possibilidades concretas do cotidiano. Ademais, o acesso à informação pode ser compreendido como elemento de análise das condições de trabalho por possibilitar ao trabalhador conhecimento sobre os riscos ocupacionais, segurança e preservação da saúde, protagonismo na sua atuação e inserção nos processos decisórios (Mota; Borges, 2021).

No contexto das equipes de saúde, em estudo conduzido por Mota e Borges (2021), evidenciou-se que as contradições organizacionais geram uma tensão constante aos trabalhadores devido à quebra dos protocolos ideais pela falta de recursos disponíveis. Na elaboração de políticas, a formulação e implantação pode ocorrer de forma verticalizada, colocando o profissional na posição de mediador das demandas dos pacientes e regras institucionais, sem possibilidade de influência sob as mudanças de protocolo. Desta forma, existe uma lacuna entre a capacidade técnica do trabalhador e as oportunidades reais de realização pessoal dentro da organização. Neste ponto, é essencial destacar que ter o conhecimento técnico não é o suficiente para proteger o profissional diante da imposição de ritmos extenuantes, hierarquias rígidas e fragmentação de tarefas. Ainda, o contexto da saúde é marcado pela violência explícita, muitas vezes manifestada em reações agressivas de pacientes ou familiares diante dos processos internos, ou pela violência invisível, em forma de assédio moral ou discriminação. Por fim, frente às condições adversas mencionadas, é importante reconhecer que as interações interpessoais funcionam como uma ferramenta de sobrevivência e autonomia. O desenvolvimento de parcerias e trocas de conhecimento da equipe multiprofissional contribui para a ampliação do espaço de ação do trabalhador e integralidade do cuidado (Mota; Borges, 2021), influenciando no seu bem-estar.

Um dos fatores pertencentes às condições de trabalho hospitalar é a carga de trabalho. Ela pode ser entendida como um fenômeno multidimensional, relacionado às demandas envolvidas na execução das tarefas e à forma como essas demandas são vivenciadas pelos profissionais no contexto de trabalho (Holden *et*

al., 2011). De acordo com Carayon *et al*. (2005) a carga de trabalho se manifesta em diferentes níveis: unidade; tarefa e situação. Sendo que fatores situacionais exercem impacto direto no desempenho e na segurança do cuidado.

Holden *et al*. (2011) demonstraram que diferentes tipos de carga de trabalho se relacionam de maneira distinta com desfechos no ambiente hospitalar. Os autores destacam que demandas associadas às tarefas, especialmente relacionadas à pressão de tempo e interrupções, estão vinculadas a maiores riscos de erro e prejuízos à qualidade do trabalho, consequentemente, a segurança do paciente ficará comprometida.

Aspectos relacionados à organização do trabalho, como a duração dos turnos, também podem influenciar a carga de trabalho e seus efeitos. Um estudo destacou que turnos prolongados estão associados a maiores níveis de burnout, insatisfação no trabalho e intenção de deixar o emprego, além de possíveis impactos na qualidade do cuidado (Stimpfel *et al*., 2015). Da mesma forma, a realização de horas extras está relacionada a piores desfechos para os profissionais, independentemente da duração do turno.

A partir das contribuições apresentadas, observa-se que o trabalho em equipe no contexto hospitalar é um fenômeno complexo e multifacetado, atravessado por características do trabalho, do trabalhador, processos relacionais e condições organizacionais. A influência desses elementos atua sob o desempenho das equipes, sob a qualidade da assistência ao paciente e sob a saúde dos trabalhadores, evidenciando a relevância de aprofundar o seu estudo. Na sequência, será apresentado o método adotado neste estudo, detalhando os procedimentos utilizados para a investigação do fenômeno, as estratégias de coleta e análise dos dados.

Método

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, seguindo as etapas propostas por Botelho, Cunha e

Macedo (2011). Esse tipo de estudo é utilizado no contexto acadêmico e tem como finalidade a ampliação e atualização do conhecimento por meio da análise científica de produções já publicadas (Sousa; Oliveira; Alves, 2021). A pesquisa foi efetuada no dia treze de março de 2026 nas bases de dados dos Periódicos da CAPES. Os descritores utilizados foram "teamwork" AND "hospital". Definiu-se como critérios de seleção artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola com abrangência no filtro "ano de publicação": 2024-2026. Foram encontrados 295 artigos. As análises foram realizadas a partir da leitura do tema de pesquisa, dos resumos e dos artigos na íntegra. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos científicos revisados por pares que abordassem o trabalho em equipe no contexto hospitalar, incluindo estudos que contemplassem aspectos, dimensões ou fatores relacionados à dinâmica do trabalho em equipe entre profissionais de saúde. Foram excluídos estudos duplicados, pesquisas realizadas em contextos não hospitalares, bem como pesquisas voltadas à validação de instrumentos ou ao diagnóstico da cultura de segurança do paciente, sem análise direta das interações ou processos de trabalho em equipe. Foram selecionados 107 estudos para essa pesquisa, e os resultados da apuração serão descritos a seguir.

Resultados

Os resultados desta revisão serão apresentados a partir da análise dos artigos, selecionados conforme os critérios previamente estabelecidos. Os achados foram organizados em categorias temáticas, construídas com base na convergência dos principais aspectos abordados pelas pesquisas. As categorias apresentadas são: a) Liderança e Autonomia Profissional; b) Segurança Psicológica e Confiança; c) Colaboração Interprofissional; d) Fatores Organizacionais e Condições de Trabalho. Essa categorização permitiu agrupar evidências relacionadas a diferentes dimensões do trabalho em equipe, considerando fatores organizacionais, relacionais, individuais e educacionais que

influenciam a qualidade da assistência e a segurança do paciente. A apresentação dos resultados busca evidenciar os elementos centrais identificados na literatura, facilitando a compreensão das inter-relações entre os diferentes componentes analisados. A seguir serão apresentadas as categorias desenvolvidas.

a) Liderança e Autonomia Profissional

A categoria "Liderança e Autonomia Profissional" revela que a qualidade assistencial e a segurança do paciente estão diretamente relacionadas ao papel da liderança e à capacidade de autogovernança dos profissionais de saúde, especialmente em contextos complexos e de crise. Os estudos analisados convergem ao destacar que a atuação dos gestores, associada ao desenvolvimento de competências individuais e coletivas, constitui um elemento central para a organização do trabalho, o desempenho das equipes e os resultados assistenciais.

No contexto da pandemia de COVID-19, Tisinli e Saydamlı (2024) evidenciam que fatores como sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos humanos, baixa experiência, mudanças no local de atuação, remuneração inadequada e apoio institucional limitado impactaram negativamente a percepção dos profissionais sobre a gestão. Os autores destacam que avaliações moderadas da gestão são insuficientes em contextos críticos, reforçando a necessidade de maior flexibilidade, preparo gerencial e implementação de estratégias proativas e sistemáticas, além do fortalecimento da colaboração e da comunicação para garantir a qualidade do cuidado e a segurança das equipes.

Rebello *et al*. (2024) apontam que, durante a pandemia, enfermeiros assumiram papel central na gestão hospitalar, sendo responsáveis pela organização do cuidado em cenários de incerteza e elevada demanda. Nesse contexto, competências como liderança, comunicação e articulação da equipe mostraram-se fundamentais para a tomada de decisão e para a continuidade da assistência, evidenciando o protagonismo da enfermagem na gestão do

cuidado em situações de crise. Ainda nesse cenário, Lima *et al*. (2024) identificam que, para além de aspectos técnicos e recursos materiais, competências relacionadas ao trabalho em equipe e à liderança foram determinantes para promover maior qualidade do cuidado e bem-estar no contexto laboral.

No que se refere ao desenvolvimento e avaliação de competências profissionais, Menegaz *et al*. (2024) evidenciam a predominância de competências nos domínios gerencial e assistencial, com destaque para trabalho em equipe, supervisão, sistematização da assistência e raciocínio clínico. Apesar da convergência entre a autoavaliação dos enfermeiros e a avaliação dos gestores, os autores identificam divergências em aspectos atitudinais e de ensino, indicando a presença de subjetividade e a necessidade de aprimoramento dos métodos avaliativos para qualificar a gestão e o desenvolvimento profissional.

Já a autonomia profissional, é destacada como componente essencial da prática clínica. O estudo de Prinsloo (2024) demonstra que a autoliderança dos enfermeiros é fundamental para a tomada de decisão em situações desafiadoras, como a deterioração do estado clínico dos pacientes. A capacidade de reconhecer precocemente alterações clínicas, associada ao pensamento crítico e à responsabilidade profissional, contribui diretamente para a segurança do paciente, enquanto fragilidades nesse processo podem estar associadas a desfechos adversos.

A influência da liderança sobre o desempenho das equipes também é evidenciada por Meng *et al*. (2025), que identificam efeitos positivos significativos da cultura hospitalar, da liderança da equipe e da motivação para participação no comportamento de equipes multidisciplinares. Os resultados indicam que uma cultura organizacional positiva, aliada a uma liderança eficaz, potencializa o desempenho coletivo, sendo a motivação dos profissionais um fator mediador essencial. Os autores ressaltam a necessidade de promover culturas organizacionais proativas e harmoniosas, bem como de desenvolver habilidades de gestão e estratégias de incentivo à participação.

No âmbito das relações entre líderes e membros, Wang *et al*. (2024) demonstram que a expressão aberta de opiniões, em oposição ao silêncio, contribui significativamente para o funcionamento das equipes, mediando o impacto das relações líder-membro nos resultados, como qualidade do atendimento e satisfação no trabalho. Os achados indicam que a gestão deve estimular a participação ativa por meio do fortalecimento dessas relações, considerando aspectos como similaridade percebida e orientação para a distância de poder.

A literatura também aponta a importância do desenvolvimento da liderança ao longo da formação profissional. Nataraj, Tome e Ratelle (2024) destacam que o trabalho em equipe deve ser compreendido como um processo de inovação e aprendizado contínuo, no qual indivíduos de diferentes níveis hierárquicos contribuem com suas habilidades. Os autores enfatizam que a formação de equipes e o desenvolvimento de competências colaborativas devem ser incentivados desde o início da formação médica, não se restringindo a posições formais de liderança.

Shah *et al*. (2024) revela que a liderança clínica, embora essencial para a melhoria dos resultados assistenciais, ainda é pouco abordada de forma estruturada na formação médica. A experiência prática de residentes em posições de liderança demonstrou favorecer o desenvolvimento de competências como comunicação, empoderamento e tomada de decisão, além de aumentar a confiança para atuação em situações de emergência, apesar de desafios como escassez de recursos e conflitos interpessoais.

No campo da gestão emocional e das dinâmicas organizacionais, Pinto (2024) destaca que a liderança democrática e a inteligência emocional são fundamentais para promover sinergias entre os membros da equipe, aumentando a produtividade, a criatividade e a capacidade de adaptação. O autor enfatiza que o trabalho em equipe não se limita à soma de competências individuais, mas resulta das interações e da interdependência entre os profissionais, sendo essencial para a construção de ambientes colaborativos e orientados ao bem-estar

do paciente. A implementação de modelos assistenciais colaborativos, por exemplo, estava associada ao aumento da satisfação, do senso de pertencimento, da autonomia e à redução da fadiga mental e emocional (Tohmasi *et al*., 2025)

Barden *et al*. (2024) demonstram que a liderança transformacional está associada a melhorias sustentadas nos indicadores de satisfação dos pacientes, destacando o trabalho em equipe como uma das competências comportamentais mais relevantes para os líderes. Os autores reforçam que esse estilo de liderança contribui para a construção de uma cultura organizacional mais colaborativa, humana e orientada à qualidade do cuidado.

No que se refere às habilidades não técnicas, foi evidenciado avanços no trabalho em equipe e na comunicação, mas persistiram fragilidades importantes, especialmente na cultura de notificação de eventos adversos, na resposta não punitiva aos erros e na oferta de feedback, o que impactou tanto o bem-estar quanto a segurança do paciente (Mitha; Mashhadi, 2025). Níveis elevados de fadiga e estresse estavam associados a piores percepções de trabalho em equipe, satisfação no trabalho e atuação da gestão, indicando a necessidade de estratégias institucionais mais robustas (Al-Dossary, 2025). O impacto do estresse psicossocial sobre o desempenho profissional foi documentado, estando associado à piora no trabalho em equipe, à menor satisfação no trabalho e às percepções negativas da gestão, além de efeitos diretos sobre a segurança do paciente (Wahid *et al*., 2024). Em contextos de alta pressão, o trabalho em equipe, a comunicação clara e a tomada de decisão compartilhada foram importantes para lidar com demandas intensas e garantir a segurança do paciente, sendo a liderança responsável por promover ambientes de segurança psicológica (Irving *et al*., 2024).

A partir do exposto, percebe-se que a liderança, especialmente quando orientada por práticas democráticas, transformacionais e baseadas em competências, bem como a autonomia profissional, constituem pilares importantes para a organização do trabalho em

saúde. Esses elementos favorecem o desenvolvimento das equipes, a melhoria dos processos assistenciais e a promoção da segurança do paciente, particularmente em contextos de maior complexidade e instabilidade. Outra categoria desenvolvida foi segurança psicológica e confiança.

b) Segurança Psicológica e Confiança

A categoria "Segurança Psicológica e Confiança" discorre sobre a influência das relações interpessoais e do ambiente psicossocial nas equipes de saúde para o desempenho coletivo, a comunicação eficaz e a segurança do paciente. Passariello e Tarrant (2024), ao investigarem uma equipe multidisciplinar, identificaram que a segurança psicológica é diretamente influenciada por fatores como liderança, apoio entre pares, cultura organizacional, clareza de papéis e relações interpessoais. Os autores destacam o conceito de "hierarquia de expertise", no qual o conhecimento e a experiência substituem hierarquias tradicionais de poder, favorecendo o respeito mútuo, a comunicação aberta e o trabalho em equipe. Além disso, a segurança psicológica mostrou-se interligada à comunicação e à colaboração, atuando simultaneamente como resultado e promotora de um melhor desempenho coletivo.

Raycheva, Pavlova e Dimova (2024) descrevem que ambientes caracterizados por altos níveis de confiança, coesão, apoio e equidade entre os profissionais favorecem a construção de um clima psicológico positivo. Ainda que tenham sido observados níveis moderados de autonomia, reconhecimento e inovação, os autores destacam que a colaboração entre gestores e equipes é essencial para fortalecer ambientes transparentes e seguros, promovendo a comunicação, o trabalho em equipe e a melhoria contínua dos serviços de saúde.

No âmbito das relações interpessoais, evidências indicam que a qualidade da comunicação exerce papel importante na construção da confiança e do sentimento de pertencimento nas

equipes. Phillips e Jones (2025) demonstram que práticas como comunicação aberta, proatividade, uso de linguagem menos formal e interações positivas entre profissionais favorecem a coesão e fortalecem o trabalho em equipe. Em contrapartida, barreiras comunicacionais, resistência ao diálogo e interações negativas contribuem para sentimentos de exclusão, evidenciando que aspectos relacionais e comunicacionais são determinantes para a segurança psicológica.

A promoção da segurança psicológica também pode ser potencializada por intervenções organizacionais direcionadas à cultura de segurança. Lassoued *et al*. (2024) demonstraram que intervenções psicoeducativas, como workshops e materiais educativos, resultaram em melhorias significativas na abertura à comunicação, no trabalho em equipe intra e interunidades, na aprendizagem organizacional e na resposta não punitiva ao erro. Nakatani *et al*. (2024) evidenciaram que programas educacionais focados na comunicação e na cultura de segurança contribuíram para o fortalecimento do trabalho em equipe, aumento da proatividade na notificação de incidentes e redução de eventos adversos. Esses achados reforçam que ambientes que incentivam a expressão e o aprendizado a partir dos erros contribuem para práticas mais seguras relacionadas aos pacientes.

Outro aspecto relevante refere-se à influência do ambiente físico na construção da segurança psicológica. Allen *et al*. (2025), ao analisarem a implementação de um "núcleo" aberto em uma maternidade terciária, identificaram aumento da segurança psicológica e melhorias no trabalho em equipe. Os resultados indicam que modificações no ambiente construído podem impactar significativamente a cultura organizacional e as práticas profissionais, favorecendo relações mais horizontais e colaborativas, ainda que também possam gerar consequências não intencionais que demandam acompanhamento contínuo.

A confiança entre os membros da equipe também é influenciada por fatores relacionados à diversidade e à convivência profissional. Schneider *et al*. (2024) evidenciaram que a percepção

das competências dos colegas pode ser influenciada pelo contexto migratório, enquanto a disposição para cooperar está mais associada ao tempo de convivência na equipe. Esses achados sugerem que estratégias como processos de integração estruturados e incentivo à troca profissional são necessários para fortalecer a confiança e qualificar o trabalho em equipe.

Estudos demonstraram que a insatisfação profissional está associada à baixa coesão, à ausência de confiança na equipe, à comunicação insuficiente e a um clima organizacional negativo, além da limitação na liberdade de expressão dos profissionais. O desenvolvimento de habilidades de comunicação interpessoal foi apontado como estratégia essencial para reduzir o esgotamento emocional e melhorar a satisfação no trabalho (Demeubaeva *et al*., 2024). A relação entre burnout e cultura de segurança também foi amplamente evidenciada, sendo que maiores níveis de esgotamento foram associados a percepções mais negativas sobre segurança, trabalho em equipe e dimensionamento de pessoal, reforçando a necessidade de intervenções integradas que contemplassem tanto o cuidado ao profissional quanto a qualificação da assistência (Batalha; Borges; Melleiro, 2024).

No âmbito das características individuais e éticas dos profissionais, Azizi, Naghizadeh e Bijani (2024) demonstraram que a coragem moral e o trabalho em equipe apresentaram correlação positiva significativa com a segurança da assistência de enfermagem. Os autores destacaram que profissionais com maior capacidade de agir eticamente e colaborar tendem a prestar cuidados mais seguros, reforçando a importância de que gestores considerem esses aspectos na promoção de ambientes de trabalho mais seguros.

Allis *et al*. (2025) evidenciaram que a segurança psicológica também está relacionada ao sentimento de pertencimento e reconhecimento dentro das equipes. O estudo qualitativo revelou que auxiliares de enfermagem vivenciam simultaneamente sentimentos de conexão e desconexão, expressos por percepções de desrespeito, invisibilidade e necessidade de maior reconhecimento e

camaradagem. Os autores ressaltaram a importância de estratégias institucionais que valorizem as experiências desses profissionais, como a criação de espaços de escuta e diálogo, a fim de fortalecer a moral, a satisfação, a retenção e o trabalho em equipe.

Os estudos contemplados nesta categoria indicam que a segurança psicológica e a confiança são construídas a partir da interação entre fatores organizacionais, relacionais, individuais e estruturais. Ambientes que promovem abertura à comunicação, respeito mútuo, apoio institucional e valorização dos profissionais favorecem a expressão de opiniões, o aprendizado com os erros e a coesão das equipes, constituindo elementos importantes para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Outro aspecto que contribui é a colaboração interprofissional.

c) Colaboração Interprofissional

A integração entre diferentes categorias profissionais constitui um elemento considerável para a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a eficiência dos serviços de saúde. Os estudos analisados demonstram que a atuação coordenada entre profissionais, associada a estratégias educacionais e organizacionais contribui para superar a fragmentação.

Jayawickrama e Lindekens (2024) apontaram que a formação tradicional em saúde, marcada por hierarquias e dinâmicas de poder, favorece comportamentos territoriais que dificultaram a colaboração, reforçando a necessidade de incorporação de valores como empatia, transparência e trabalho colaborativo desde a formação. Halilu *et al*. (2024) destacam a necessidade de maior clareza de papéis, aprimoramento da comunicação e atenção às hierarquias profissionais, especialmente nas relações entre médicos e enfermeiros.

A formação interprofissional emerge como eixo central para o fortalecimento da colaboração. Melka, Baheretibeb e Whitehead (2024) identificaram elevada prontidão para a aprendizagem interprofissional entre médicos residentes, enquanto Khaqan *et al*.

(2024) evidenciaram fragilidades na formação relacionadas a habilidades interpessoais, ética profissional e trabalho em equipe, indicando a necessidade de intervenções formativas mais abrangentes. Complementarmente, Kubbara *et al*. (2024) reforçam que a inclusão de diferentes profissionais na formação contribui para o respeito mútuo e o compartilhamento de conhecimentos.

Estratégias baseadas em simulação apresentaram resultados consistentes na promoção do trabalho em equipe. Chen *et al*. (2025) evidenciaram melhorias significativas em habilidades clínicas e atitudes relacionadas à segurança do paciente, enquanto Berger *et al*. (2024), Hartono *et al*. (2024), Henkel *et al*. (2024) e Sung e Hsu (2025) destacaram o impacto positivo dessas abordagens no desenvolvimento de competências como comunicação, liderança e tomada de decisão. Schwartze *et al*. (2024) descreveram que a simulação *in situ* permitiu identificar falhas críticas nas habilidades não técnicas, como ausência de comunicação efetiva e liderança ineficaz, reforçando a necessidade de integração dessas competências no treinamento contínuo. Além disso, estratégias inovadoras, como o uso de *Role Playing Games*, também se mostraram promissoras para o desenvolvimento da colaboração, ao favorecer o engajamento, a cooperação e o manejo de conflitos (Camilo; Motta, 2025).

No âmbito organizacional, intervenções voltadas à melhoria da comunicação e da coordenação também contribuíram para o fortalecimento da colaboração. Assarian *et al*. (2024) demonstraram que o uso de ferramentas digitais de comunicação melhora a eficiência, a integração e o trabalho em equipe entre médicos residentes. De forma semelhante, McGrath *et al*. (2024) e Whitney *et al*. (2024) evidenciaram que metodologias de melhoria contínua e reuniões multidisciplinares estruturadas favoreceram a integração das equipes e a eficiência dos processos assistenciais.

Segundo Hanaki, Katayama e Nakada (2024), a atuação coordenada de equipes multidisciplinares contribui para a melhoria do cuidado e redução de complicações em contextos pediátricos oncológicos. Al Mutairi *et al*. (2024) destacaram que a

colaboração interdisciplinar melhorou desfechos clínicos e reduziu erros, embora desafios como ambiguidade de papéis persistiram. Em contextos específicos, como o cuidado materno, Muhayimana e Kearns (2024) evidenciaram que o trabalho em equipe, associado ao profissionalismo e ao desenvolvimento contínuo, é fundamental para a qualidade da assistência.

Em cenários de alta complexidade, a colaboração interprofissional assume papel ainda mais crítico. Dado e Holcomb (2024) destacaram que, em equipes de trauma, fatores como comunicação, clareza de papéis e liderança compartilhada são fundamentais, enquanto Incze *et al*. (2024) ressaltaram a importância das contribuições específicas de diferentes profissionais em contextos de incerteza. Para Dziruni *et al*. (2025) a colaboração interdisciplinar, associada a modelos estruturados de resposta, fortaleceu a tomada de decisão e a confiança dos profissionais. No contexto obstétrico, apareceram fragilidades na comunicação e variações na prática clínica, reforçando a necessidade de capacitações voltadas à integração das equipes (Skinner *et al*., 2025).

A colaboração interprofissional também está diretamente relacionada à segurança do paciente. Segundo Paramita *et al*. (2024) a consciência situacional da equipe contribuiu para a redução de incidentes e Halinen *et al*. (2024) destacaram que falhas na comunicação e na coordenação estavam diretamente associadas à ocorrência de eventos adversos. Nesse sentido, abordagens como a tomada de decisão interprofissional estruturada à beira do leito demonstraram potencial para melhorar o cuidado, reduzir riscos e fortalecer o trabalho em equipe, embora dependessem de apoio institucional e preparo dos profissionais (Mastalerz; Jordan; Townsley, 2024).

Ostergaard *et al* (2025), conforme estudo realizado, afirmaram que o apoio entre colegas foi mais frequente do que o suporte da liderança, e que níveis mais baixos de estresse estavam associados a melhores estratégias de enfrentamento, maior segurança psicológica, trabalho em equipe e cultura de segurança mais

positiva, reforçando a interdependência entre essas dimensões. Da mesma forma, melhores níveis de trabalho em equipe favorece o distanciamento psicológico do trabalho durante o tempo livre, reduzindo o burnout (Cho; Han; Baek, 2025). Ademais, o desenvolvimento de habilidades interpessoais foi destacado como essencial para a retenção profissional, qualidade do cuidado e fortalecimento do trabalho em equipe (Song *et al*., 2024). O suporte da equipe também desempenhou papel mediador na satisfação profissional, influenciando positivamente a relação entre regras organizacionais e o bem-estar dos profissionais (Younas; Khanum, 2024). Características individuais como a resiliência estavam associadas à menor intenção de desligamento, sendo fortalecidas por ambientes colaborativos e apoio entre colegas (Al-Shomrani; Mahran; Felemban, 2024).

Persistem fragilidades importantes na colaboração interprofissional. Kurteva, Nassar e Tamblyn (2024) identificaram falhas na comunicação e na coordenação do cuidado, enquanto Sengupta e Chatterjee (2024) destacaram barreiras hierárquicas que limitaram a participação de diferentes categorias na tomada de decisão. Westergaard *et al*. (2024) apontaram que mudanças organizacionais e financeiras podiam favorecer a fragmentação do cuidado, e Albertini e Peduzzi (2024) evidenciaram limitações no conhecimento dos papéis profissionais e na comunicação interprofissional. Wilandh *et al*. (2025) e Rosengren (2025) reforçaram que a superação dessas barreiras dependeu do fortalecimento da comunicação, da liderança e da cooperação entre as equipes.

Os estudos analisados demonstraram que a colaboração interprofissional é um componente essencial para a qualidade do cuidado em saúde, contribuindo para a integração dos processos, a redução de erros e a melhoria dos desfechos clínicos relacionados aos pacientes. Sua efetividade depende da superação de barreiras estruturais, culturais e educacionais, bem como do investimento contínuo em estratégias formativas, organizacionais e relacionais que promovam a comunicação, a clareza de papéis e o trabalho em

equipe. É importante ressaltar que fatores organizacionais e carga de trabalho também contribuem nos resultados do trabalho em equipe.

d) Fatores Organizacionais e Condições de Trabalho

Fatores organizacionais e condições de trabalho podem influenciar diretamente o funcionamento das equipes. Em contextos de melhoria da qualidade, por exemplo, a percepção de aumento da carga de trabalho, a escassez de recursos, o baixo envolvimento médico e o apoio institucional limitado pareceram ser importantes barreiras à motivação dos profissionais. Já elementos como participação da gestão, trabalho em equipe, aprendizado na prática e compreensão dos objetivos das mudanças atuaram como facilitadores, destacando a necessidade de estratégias institucionais que promovam suporte organizacional e educação continuada (da Silva *et al*., 2024).

O fortalecimento do trabalho em equipe, da comunicação e da padronização de processos é apontado como essencial para viabilizar mudanças e melhorar os desfechos clínicos (Ahmad *et al*., 2024). Evidências indicam que o empoderamento estrutural dos profissionais está associado à redução da omissão de cuidados e à melhoria da qualidade assistencial, sendo fatores como suporte organizacional, disponibilidade de recursos e satisfação no trabalho mais determinantes do que aspectos puramente quantitativos, como a proporção profissional-paciente (Travis; Fitzpatrick, 2025). Intervenções organizacionais baseadas na padronização de processos também se mostraram relevantes, como evidenciado por Garcia *et al*. (2024). Esses autores demonstraram que a implementação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) favoreceu a comunicação, a coordenação entre profissionais e a eficiência do cuidado, contribuindo para maior satisfação dos residentes e potencial melhoria da segurança do paciente.

A cultura de segurança do paciente também é condicionada por fatores organizacionais. Estudos apontaram níveis gerais baixos de cultura de segurança em alguns contextos, especialmente

relacionados ao dimensionamento de pessoal, sistemas de notificação e comunicação, apesar de o trabalho em equipe dentro das unidades aparecer como um ponto relativamente forte (Ndlela *et al*., 2025). Limitações financeiras e sobrecarga de trabalho reduziram a capacidade institucional de implementar programas voltados ao desenvolvimento de habilidades não técnicas, ainda que estes sejam reconhecidos como relevantes (Abahuje *et al*., 2025). Além disso, aspectos como hierarquia, pressão de tempo, fadiga e carga de trabalho elevada impactaram negativamente a tomada de decisão em equipe, podendo comprometer os desfechos clínicos (Choi *et al*., 2024).

Diferentes estudos que avaliaram a cultura de segurança em contextos hospitalares evidenciam resultados heterogêneos, porém com fragilidades recorrentes. Elhoseny, Kandil e Mosallam (2025) identificaram níveis moderados de cultura de segurança em unidades de terapia intensiva, com diferenças entre categorias profissionais, sendo médicos mais positivos em relação às condições de trabalho e enfermeiros mais sensíveis ao estresse ocupacional. Resultados semelhantes foram observados por Suci *et al*. (2024), que identificaram níveis satisfatórios gerais, mas com fragilidades importantes na abertura à comunicação, presença de cultura punitiva e limitações de suporte institucional. Zabin (2024) evidenciou percepção global positiva, porém com fragilidades relevantes no dimensionamento de pessoal e na resposta aos erros, enquanto Oliveira *et al*. (2024) identificaram predomínio de dimensões frágeis, com baixa notificação de eventos adversos e limitações na comunicação e no apoio da gestão.

A realocação de profissionais para suprir escassez de pessoal, embora necessária, fragilizou a coesão, intensificou conflitos e dificultou a comunicação, especialmente quando não há preparo adequado (Whittaker; Credland, 2025). No contexto cirúrgico, a alta prevalência de omissão de cuidados está associada a falhas na comunicação, demandas do ambiente e limitações organizacionais, evidenciando riscos importantes à segurança do paciente (Gillespie; Harbeck; Chaboyer, 2025). Estudos em unidades de

recuperação pós-anestésica indicaram que dificuldades de comunicação e insuficiência de pessoal estavam diretamente relacionadas à ocorrência de cuidados omitidos, enquanto o trabalho em equipe e a adequada documentação atuaram como fatores protetores (Heng; Rajasegeran; Lim, 2024).

A rotatividade de profissionais foi descrita como um fenômeno multifatorial, relacionado tanto à sobrecarga, burnout e insatisfação quanto a fatores organizacionais, como liderança ineficaz e ausência de cultura de trabalho em equipe, impactando negativamente a qualidade assistencial e o desempenho institucional (Neri, 2024). Estudos em diferentes contextos hospitalares indicaram que o trabalho em equipe, a expertise profissional e a disponibilidade de recursos são elementos importantes para a segurança do paciente, embora ainda existiam fragilidades significativas em muitos serviços (Gorban, 2024; Saputra *et al*., 2024).

A implementação de ferramentas como o método *Green Cross* contribuiu para o aumento do engajamento e do clima seguro entre equipes (Birkeli *et al*., 2024), enquanto estratégias de melhoria contínua, treinamento e *feedback* favoreceram o uso racional de recursos e o aprimoramento dos processos assistenciais (Arberry; Koen; Jenkins, 2024). Em contextos de alta complexidade, como o transporte inter-hospitalar, a gestão organizacional eficaz, o preparo das equipes e o fortalecimento da comunicação e do trabalho em equipe foram fundamentais para garantir segurança e qualidade do cuidado (Yu *et al*., 2024).

Pesquisas apontaram que condições de trabalho inadequadas, sobrecarga, lacunas de conhecimento e suporte institucional limitado impactaram negativamente práticas assistenciais, como a prevenção de lesões por pressão e o controle de infecções, reforçando a necessidade de investimentos em formação, melhores condições de trabalho e fortalecimento da gestão (Team *et al*., 2024; Rezaee *et al*., 2025). Percepções de cultura de segurança, com fragilidades em dimensões como suporte da gestão e resposta a erros, indicaram a importância de políticas organizacionais

voltadas à melhoria contínua e ao aprendizado com falhas (Tadia, Kotwal & Jalaunia, 2025).

A influência dos fatores organizacionais também se manifestou nas práticas de notificação de eventos adversos, sendo o trabalho em equipe um preditor significativo desse comportamento (Alhassan *et al*., 2025). O fortalecimento do trabalho em equipe e da sensibilidade moral contribuiu para a redução da negligência nos cuidados de enfermagem e para a melhoria da qualidade assistencial (Jia *et al*., 2025), enquanto um clima de segurança positivo aumentou a disposição dos profissionais em relatar preocupações relacionadas à segurança e comportamentos não profissionais (Soyer; Gül, 2024).

No âmbito da formação e adaptação profissional, estratégias como programas de preceptoria mostraram-se eficazes para facilitar a integração de profissionais e fortalecer o trabalho em equipe, evidenciando a importância do apoio contínuo da gestão (Mazibu; Downing; Rasesêmola, 2024). Persistiram desafios relacionados ao dimensionamento de pessoal, comunicação aberta, resposta não punitiva aos erros e condições de trabalho, que demandaram intervenções estruturadas e de longo prazo (Alshammari *et al*., 2024; Thi Ngoc *et al*., 2024).

Evidências indicaram que o trabalho em equipe atua como fator protetor frente à omissão de cuidados, especialmente em ambientes de alta complexidade como unidades de terapia intensiva, onde melhores níveis de colaboração estavam associados à redução de falhas assistenciais e ao aumento da segurança do paciente (Safdari *et al*., 2025; Kebede *et al*., 2024). Han e Chung (2024) destacaram que mudanças organizacionais, como a reorganização da carga horária de residentes, podiam favorecer modelos mais colaborativos de trabalho, reduzindo a sobrecarga individual e fortalecendo a comunicação e a continuidade do cuidado.

Em contextos marcados por alta carga de trabalho, dimensionamento inadequado de pessoal, fragilidades comunicacionais e baixo apoio institucional, foi observado não apenas prejuízo ao bem-

estar, mas também riscos à segurança do cuidado, incluindo a tendência à ocultação de erros (Zabin *et al*., 2025).

A educação continuada também se destacou como elemento importante, contribuindo para o enfrentamento de desafios, fortalecimento do trabalho em equipe e melhoria da qualidade assistencial (Malakasioti; López, 2024; Barros; Grosseman, 2024). O engajamento profissional estava relacionado a fatores como suporte institucional, oportunidades de desenvolvimento, ambiente de trabalho favorável e colaboração interdisciplinar, ainda que existam riscos de burnout, especialmente em contextos de alta complexidade (Hiçdurmaz; Kahraman e Aydin, 2024).

O trabalho em equipe apareceu como um fator que influenciou diretamente a satisfação profissional, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, embora ainda existam fragilidades em aspectos como resolução de conflitos, *feedback* e alinhamento de objetivos coletivos (Kohanová; Hrbková; Žiaková, 2024).

Outros aspectos relevantes incluíram a presença de assédio moral e sexual no ambiente de trabalho, que impacta negativamente o bem-estar e a dinâmica das equipes. Intervenções educativas interativas foram promissoras para promover conscientização e discussão sobre o tema, contribuindo para a construção de ambientes mais seguros (Burke *et al*., 2024). Em contextos específicos, como o cuidado com pessoas com demência, o trabalho em equipe foi fundamental para lidar com demandas complexas e equilibrar aspectos técnicos e humanos do cuidado (Faraday *et al*., 2024). Além disso, fatores como coesão da equipe, carga administrativa, pressão por desempenho e equilíbrio entre vida pessoal e profissional emergiram como dimensões importantes do ambiente de trabalho (Maassen *et al*., 2024).

O estresse ocupacional pode levar a comportamentos contraproducentes, aumento de erros, absenteísmo e prejuízos nas relações interpessoais, comprometendo tanto o desempenho quanto a qualidade do cuidado (Olorunfemi; Chika, 2024). Estudos indicaram que o trabalho em equipe é essencial não apenas para a qualidade da assistência, mas também para o bem-estar e a

produtividade dos profissionais, especialmente em contextos de escassez de recursos e alta demanda (Nene, 2024). No entanto, a efetividade da equipe de trabalho depende das condições organizacionais, uma vez que, em ambientes fragilizados, os mesmos podem, quando associados a sobrecarga e conflitos, exigir investimentos no fortalecimento da autoeficácia e na melhoria das condições de trabalho (Adegbite; Hoole, 2024). Além disso, a baixa oferta de treinamentos em habilidades não técnicas e barreiras institucionais reforçaram a necessidade de maior investimento em capacitação para qualificar o trabalho em equipe e promover ambientes mais saudáveis e seguros (Alayande *et al*., 2024).

A partir dos estudos analisados é possível evidenciar que fatores organizacionais contribuem para o bem-estar dos profissionais, a qualidade do cuidado e consequentemente a segurança do paciente. Aspectos como escassez de recursos e fragilidades na comunicação comprometem o desempenho, enquanto estratégias institucionais como padronização de processos, educação continuada e fortalecimento da cultura de segurança, atuam como fatores de proteção. Assim, é possível afirmar que intervenções organizacionais integradas podem contribuir para a promoção de ambientes de trabalho mais seguros e sustentáveis.

Considerações Finais

Os resultados obtidos com a revisão evidenciam que o trabalho em equipe influencia diretamente a segurança do paciente, configurando-se como um fenômeno multidimensional influenciado por aspectos relacionais, psicossociais, organizacionais e estruturais. Os dados obtidos e analisados reforçam que o trabalho em equipe envolve processos de interação, coordenação e construção coletiva que repercutem diretamente na qualidade assistencial e na prevenção de falhas.

Nos estudos analisados, a liderança e a autonomia profissional emergiram como dimensões importantes para o funcionamento

das equipes e para a produção de cuidado seguro. Esses dados dialogam com a perspectiva de Hackman e Oldham (1976), ao sugerirem que o desempenho das equipes está relacionado não apenas às competências individuais, mas também ao modo como o trabalho é estruturado e sustentado organizacionalmente. A associação observada entre liderança transformacional, participação dos profissionais e melhores desfechos assistenciais reforçam que lideranças capazes de favorecer comunicação, apoio e compartilhamento de decisões tendem a fortalecer o funcionamento coletivo. No contexto hospitalar, isso parece particularmente relevante em cenários marcados por instabilidade, pressão assistencial e tomada de decisão sob incerteza.

Os resultados também indicam que a autonomia profissional não se restringe à independência técnica, mas se articula com responsabilização, julgamento clínico e participação nos processos decisórios. Tal compreensão aproxima-se das contribuições de Bendassolli e Borges-Andrade (2011) e Deci *et al*. (2001), ao evidenciarem a autonomia como recurso psicossocial que favorece engajamento, senso de pertencimento e melhor desempenho. No contexto da segurança do paciente, esse aspecto adquire relevância, pois profissionais com maior autonomia e suporte tendem a reconhecer riscos, agir preventivamente e responder de forma mais eficaz a situações críticas.

Outro constructo identificado foi a segurança psicológica e a confiança como condições para o trabalho em equipe efetivo. Os estudos demonstraram que equipes caracterizadas por abertura à comunicação, apoio mútuo e menor rigidez hierárquica apresentaram melhores condições para expressão de preocupações, aprendizado com erros e manejo de riscos assistenciais. Essas afirmações convergem com Edmondson e Bransby (2023), ao apontarem a segurança psicológica como mecanismo que sustenta comportamentos de aprendizagem, inovação e prevenção de falhas. A segurança do paciente parece não depender apenas de protocolos ou barreiras técnicas, mas

também da existência de ambientes em que os profissionais possam questionar, pedir ajuda e reportar erros sem medo de punição.

A confiança e segurança psicológica não constituem apenas características interpessoais, mas dimensões produzidas nas relações e condicionadas pelo contexto organizacional. A presença de culturas punitivas, baixa valorização profissional e fragilidades comunicacionais apareceu associada a piores percepções de segurança, burnout e dificuldades na coesão das equipes, indicando que aspectos psicossociais do trabalho podem funcionar tanto como proteção quanto como fonte de vulnerabilidade, como propõem Zanelli e Kanan (2019).

A colaboração interprofissional também se destacou como elemento estruturante do cuidado seguro. Os resultados sugerem que a qualidade da assistência está fortemente relacionada à capacidade das equipes de integrar saberes, compartilhar decisões e coordenar ações em contextos complexos. Essa constatação reforça a perspectiva de Peduzzi (2001) e de Pinheiro e Mattos (2001), ao compreender o trabalho em equipe como prática colaborativa orientada pela integralidade do cuidado.

Resultados evidenciaram que o desempenho das equipes é influenciado por condições organizacionais e pela organização do trabalho. Sobrecarga, insuficiência de recursos, dimensionamento inadequado, fadiga e fragilidades no suporte institucional foram descritos como elementos que comprometem tanto o bem-estar dos profissionais quanto a segurança assistencial. Holden *et al*. (2011) e Stimpfel *et al*. (2015) reforçaram que a carga de trabalho e as condições laborais não são apenas questões de gestão de pessoal, mas fatores que influenciam diretamente o risco de erros e a qualidade do cuidado.

A análise dos estudos evidencia que o contexto de trabalho hospitalar apresenta diversos fatores de risco que impactam negativamente o desempenho das equipes, o bem-estar dos profissionais e a segurança do paciente. Destacam-se a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e materiais, o apoio institucional limitado e a comunicação ineficaz, elementos que

contribuem para o aumento do estresse, do burnout e da insatisfação profissional. Além disso, a presença de culturas organizacionais punitivas, hierarquias rígidas, fragilidades na liderança e na clareza de papéis, bem como a baixa abertura à comunicação, favorecem a ocorrência de erros, a omissão de cuidados e a deterioração das relações interpessoais. Tais condições, associadas ao estresse psicossocial e à pressão por desempenho, configuram ambientes de trabalho potencialmente inseguros e prejudiciais à qualidade da assistência ao paciente.

Por outro lado, os estudos também evidenciaram a presença de fatores protetivos que contribuem para a promoção do bem-estar profissional, da qualidade do cuidado e da segurança do paciente. Entre eles, destacam-se a liderança eficaz, especialmente nos modelos transformacional e democrático, a valorização da autonomia profissional e o fortalecimento da segurança psicológica nas equipes. A comunicação aberta e não punitiva, a confiança entre os membros e a colaboração interprofissional favorecem ambientes mais coesos, participativos e seguros. Ademais, estratégias organizacionais como educação continuada, intervenções psicoeducativas, padronização de processos, suporte institucional e promoção de culturas organizacionais positivas são importantes para o desenvolvimento de equipes mais resilientes e para a construção de contextos de trabalho mais saudáveis e sustentáveis.

De forma integrada, os dados analisados nesta revisão permitem afirmar que liderança, autonomia, segurança psicológica, colaboração e condições organizacionais operam de maneira interdependente. Promover segurança do paciente implica fortalecer o trabalho em equipe para além do treinamento técnico, contemplando relações de confiança, culturas organizacionais mais participativas, condições de trabalho adequadas e estratégias institucionais de suporte às equipes.

Este estudo apresenta limitações. A heterogeneidade dos estudos incluídos, com diferentes delineamentos, contextos assistenciais, populações e formas de mensuração do trabalho em

equipe e da segurança do paciente, pode limitar comparações diretas e generalizações. Além disso, as diferenças de contextos entre sistemas de saúde e culturas organizacionais influenciaram os resultados identificados, exigindo cautela em sua transferência para outros cenários.

Apesar das limitações, os resultados permitem reafirmar que o trabalho em equipe representa um componente estratégico para a promoção da segurança do paciente, na medida em que articula dimensões relacionais, organizacionais e psicossociais implicadas na qualidade do cuidado. Fortalecer o trabalho em equipe não se restringe ao aprimoramento de competências individuais, mas envolve investimentos em culturas organizacionais colaborativas, condições laborais favoráveis e estratégias institucionais que sustentem comunicação, aprendizagem e coordenação do cuidado. Como contribuição, esta revisão reforça a compreensão do trabalho em equipe como elemento estruturante da segurança do paciente e aponta para a necessidade de intervenções integradas, que considerem simultaneamente os trabalhadores, os processos e o contexto organizacional na produção de cuidados seguros.

Referências

ABAHUJE, E.; MPIRIMBANYI, C.; RUTAYISIRE, G.; UMUTONI, D.; GASAKURE, M.; NKUSI, E. A.; LUMATI, J.; NTIRENGANYA, F.; ALIDINA, S.; NTAKIYIRUTA, G.; RIVIELLO, R.; HIRSCHHORN, L.; STEY, A.. Assessment of hospitals readiness in implementing a non-technical skills for surgery training program: a mixed-methods study. **World Journal of Surgery**, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1002/wjs.70067

ADEGBITE, W. M.; HOOLE, C. Modelling female nurses' career sustainability towards career competency development and teamwork using self-efficacy as a mediator. **Social Sciences & Humanities Open**, v. 10, p. 100908, 2024. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590291124001050

AHMAD, H.; ARNAERT, A.; SHEDIO, W.; TANOLI, O.; DECKELBAUM, D.; PASHA, T. Enhanced recovery after surgery in Pakistan: a qualitative descriptive analysis of current practices and future directions. **BMC Health Services Research**, v. 24, p. 1634, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-024-11569-w

AL-DOSSARY, R. N. Examining the relationship between alarm fatigue, nurses' stress, and patient safety at critical care units in Saudi hospitals: a survey-based study. **Nutrition and Health**, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1177/02601060251374377

ALUORA, J. A. The global power of transformational leadership in nursing and midwifery. **Nurse Leader**, v. 23, n. 1, p. 25–28, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mnl.2024.09.011

AL MUTAIRI, A. A.; ALDWEAN, B. A.; ALHARBY, M. M.; ALOTAIBI, M. M. N.; ALAMRI, A. S.; ALQAHTANI, H. M. M.; ALHARBI, F. A.; ALEITHAN, S. S.; ALASEEL, A. H.; ALMASKEEN, H. A.; ALJOWAISER, S. A. S.; ALMUTIRI, G. L. B. H.; ALSHERWI, S. M. H. Care coordination models integrating nursing technicians, radiology technicians, pharmacy technicians, and social workers in hospital settings. **The Review of Diabetic Studies**, v. 20, p. 217–226, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.70082/j6rnz060

ALAYANDE, B. T.; FORBES, C.; KINGPRIEST, P.; ADEJUMO, A.; WILLIAMS, W.; WINA, F.; AGBO, C.; OMOLABAKE, B.; BEKELE, A.; ISMAILA, N.; KERRAY, F.; SULE, A.; ABAHUJE, E.; ROBERTSON, J. M.; YULE, S.; RIVIELLO, R.; ISICHEI, M. Non-technical skills training for Nigerian interprofessional surgical teams: a cross-sectional survey. **BMC Medical Education**, v. 24, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12909-024-05550-8

ALHASSAN, S.; ABDULAI, A.; AMIDU, F.; IDDRISU, M.; ABDULAI, F. Assessing Patient Safety Culture and Adverse Events Reporting Among Nurses: A Cross-Sectional Study in Ghana. **Global Journal on Quality and Safety in Healthcare**, v. 8, n. 1, p. 27–34, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.36401/JQSH-24-29

ALSHAMMARI, A. S.; ALDHUWAYHI, T. Z.; ALIBRAHIM, N. O.; ALMHNA, S. M.; AL SHEHADEH, Z. A.; ALTAYAMANI, S. A.; ABDEL-SALAM, D. M.; MOHAMED, R. A.; HASSAN, S. H. Assessment of Patient Safety Culture Among Nurses Working at Tertiary Care Hospitals in Aljouf Region, Saudi Arabia. **Cureus**, v. 16, n. 4, e58429, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.58429

AL-SHOMRANI, S.; MAHRAN, S. M.; FELEMBAN, O. The relationship between resilience and the intention to leave among staff nurses at governmental hospitals in the Al-Baha region of Saudi Arabia. **Cureus**, v. 16, n. 3, e56699, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.56699

ALLEN, K. J.; DE LUCA, L.; PURDY, E.; BARRIOS, N.; PURDY, S.; SZABO, R. A. Breaking down barriers: a qualitative study of the influence of clinical space design on teamwork. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 65, p. 429–434, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ajo.13917

ALLIS, N.; CHEN, Z.; JONES, L. G. *et al*. Perceptions of Clinical Connectedness Among Hospital Environmental Service Workers. **JAMA Network Open**, v. 8, n. 1, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.53775

ALBERTINI, A. C. S.; PEDUZZI, M. Interprofessional approach to fall prevention in hospital care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20230239, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0239en

ARBERRY, J.; KOEN, T.; JENKINS, L. Lessons learnt from a leadership and service development project to reduce laboratory expenditure in George Regional Hospital, South Africa. **Future Healthcare Journal**, 11, 2024. https://doi.org/10.1016/j.fhj.2024.10006

ASSARIAN, B. A.; SHAHID, M.; ASSARIAN, M. Z.; ITO, E. Improving communication and teamwork between resident doctor teams using a group messaging application: a quality improvement project. **Cureus**, 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11745406/

AUNGER, J. A.; MILLAR, R.; RAFFERTY, A. M.; MANNION, R.; GREENHALGH, J.; FAULKS, D.; MCLEOD, H. How, when, and why do inter-organisational collaborations in healthcare work? A realist evaluation. **PLOS ONE**, v. 17, n. 4, e0266899, 2022. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266899

AZIZI, Z.; NAGHIZADEH, M. M.; BIJANI, M. The relationship between moral courage, team work, and safe nursing care in clinical nurses: a multicenter cross-sectional study in Iran. **BMC Nursing**, v. 23, p. 411, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02097-3

BARDEN, A.; GIAMMARINARO, N.; ROUSSEAU, N.; BURGESS, C. A Role Discovered: Exploring Northwell Health's Patient Experience Structure and Leadership Characteristics. **Patient Experience Journal,** v. 11, n. 3, p. 171–174, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.35680/2372-0247.1835

BARROS, H. R. de S.; GROSSEMAN, S. Sugestões de uma equipe de saúde hospitalar à formação e ao preparo profissional para pandemias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 4, e106, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.4-2023-0301

BATALHA, E. M. S. da S.; BORGES, E. M. das N.; MELLEIRO, M. M. Association between patient safety culture and professional quality of life among nursing professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20230359, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0359en

BENDASSOLLI, P. F.; BORGES-ANDRADE, J. E. Significado do trabalho nas indústrias criativas. **Revista de Administração de Empresas**, v. 51, n. 2, p. 143–159, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-75902011000200003

BERGER, D. J.; LUM, L.; SHERCLIFFE, R.; SINZ, E. Use of high-fidelity simulation as an adjunct to basic life support training to promote team-based resuscitation skills: a mixed-methods pilot study. **Cureus**, v. 16, n. 6, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.62719

BIRKELI, G. H.; THOMAS, O. M. T.; DEILKÅS, E. C. T.; BALLANGRUD, R.; LINDAHL, A. K. Effect of the Green Cross method on patient safety culture in a postanaesthesia care unit: a longitudinal quasi-experimental study. **BMJ Open Quality**, v. 13, e002964, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-002964

BURKE, E.; BYRNE, D.; DONEGAN, M.; HANNIGAN, O.; O'GRADY, J.; WAUGH, A.; HENNESSY, M. PlayDecide teamwork: a discussion game for junior doctors to explore workplace bullying and harassment. **BMC Medical Education**, v. 24, p. 1438, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12909-024-06308-y

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, *5*(11), 121–136, 2011. https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220

CAMILO, M. S.; MOTTA, C. L. R. Methodology for building RPG games to raise awareness of interdisciplinary collaboration among healthcare professionals. **Journal on Interactive Systems**, v. 16, n. 1, p. 109–119, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.5753/jis.2025.4173

CARAYON, P.; GURSES, A. P. A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 21, n. 5, p. 284–301, 2005. DOI: https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.12.003

CHEN, H. W.; TSAI, H. W.; CHEN, Y. C.; CHIU, Y.; KANG, E.; HSU, Y.; ISSENBERG, S.; WU, J. Exploring effects of a booster workshop on progression and retention of resuscitation skills of residents when added to regular low-dose simulation. **BMC Medical Education**, v. 25, p. 85, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12909-025-06705-x

CHO, H.; HAN, K.; BAEK, H. Teamwork, psychological detachment from work during nonwork time, and burnout experienced by hospital-based nurses. **International Nursing**

Review, v. 72, p. 1–9, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1111/inr.13079

CHOI, J. J.; MHAIMEED, N.; AL-MOHANADI, D.; MAHMOUD, M. A. Medical residents' perceptions of group biases in medical decision making: a qualitative study. **BMC Medical Education**, v. 24, p. 661, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12909-024-05643-4

CUMMINGS, G. G.; TATE, K.; LEE, S.; WONG, C. A.; PAANANEN, T.; MICARONI, S. P. M.; CHATTERJEE, G. E. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 85, p. 19–60, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016

DADO, M.; HOLCOMB, J. B. Red line the red line: Optimizing emergency medicine physicians and surgeons collaborative roles on trauma teams. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 97, n. 2S, p. S27–S30, 2024. Disponível em: https://journals.lww.com/jtrauma/fulltext/2024/08001/red_line_the_red_line__optimizing_emergency.8.aspx

DALL'ORA, C.; GRIFFITHS, P.; BALL, J.; SIMON, M.; AIKEN, L. H. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. **BMJ Open**, v. 5, n. 9, 2015. DOI: https://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e008331.info#:~:text=10.1136/bmjopen%2D2015%2D008331

DA SILVA, E. P.; SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J.; DE FREITAS, M. R.; GAMA, Z. A. da S. Motivational drivers for health professionals in a large quality improvement collaborative project in Brazil: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 24, p. 183, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-024-10678-w

DECI, E. L.; RYAN, R. M.; GAGNÉ, M.; LEONE, D. R.; USONOV, J.; KORNAZHEVA, B. P. Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former eastern bloc country: a cross-cultural study of self-determination. **Personality and Social**

Psychology Bulletin, v. 27, n. 8, p. 930–942, 2001. DOI: https://doi.org/10.1177/0146167201278002

DEMEUBAEVA, D.; KAPANOVA, G.; GRJIBOVSKI, A.; DIKANBAEVA, S.; ZHAPPARGALY, N.; TASHENOVA, G. Cooperation of nursing staff and their satisfaction with work in the hospital of a medical organization. **Approaches in Medicine**, v. 5, n. 1, p. 22–29, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.26577/appmed2024v5a1-04

DIECKMANN, P.; TULLOCH, S.; DALGAARD, A. E.; VARMING, K. Psychological safety during the test of new work processes in an emergency department. **BMC Health Services Research**, v. 22, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-022-07687-y

DJAHARUDDIN, I.; ARAS, I.; MASADAH, R.; IRAWAN Y.; IRFAN, I.; HAERANI, R.; BERTY N. Factors Influencing the Implementation of Interprofessional Collaborative Practice in Teaching Hospital Setting: A Mixed-Method Study. **Journal of Advanced Medical Practice**, 2023. DOI: https://doi.org/10.30476/JAMP.2023.98987.1821

DZIRUNI, T. B.; HUTCHINSON, A. M.; KEPPICH-ARNOLD, S.; BUCKNALL, T. A realist-informed evaluation of a rapid response system for mental state deterioration in acute hospitals: testing program theories through interviews. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 34, n. 3, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1111/inm.70083

EDMONDSON, A. C.; BRANSBY, D. P. Psychological safety comes of age: observed themes in an established literature. **Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior**, v. 10, 2023. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-055217

ELHOSENY, T. A.; KANDIL, M. A.; MOSALLAM, R. A. Patient safety attitude among intensive care unit physicians and nurses: a multi-center study in Egypt. **Journal of Public Health**, v. 100, p. 11, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s42506-025-00190-2

FARADAY, J.; ABLEY, C.; PATTERSON, J. M.; EXLEY, C. An ethnography of mealtime care for people living with dementia in

care homes. *Dementia*, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1177/14713012241234160
FISCHER, S.A. Transformational leadership in nursing: a concept analysis. **J Adv Nurs**, 72(11),1–10, 2016. DOI: https://doi.org/10.1111/jan.13049
GARCIA, M. V. F.; RIKABI, S.; KRISHTOPAYTIS, E.; HENDERSON, K. M.; AL-JAGHBEER, M. J.; FADELL, F. Effect of rapid response order panels on resident and nurse satisfaction. **ATS Scholar**, v. 5, n. 2, p. 311–321, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2023-0111IN
GILLESPIE, B. M.; HARBECK, E.; CHABOYER, W. The frequency and reasons for missed nursing care in Australian perioperative nurses: A national survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 34, p. 883–893, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocn.17082
GORBAN, V. I. Assessment of the levels of formation and leading components of the patient safety system of the anesthesiology and resuscitation service (message 2). **Messenger of Anesthesiology and Resuscitation**, v. 21, n. 3, p. 87–92, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.24884/2078-5658-2024-21-3-87-92
HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Motivation through the design of work: Test of a theory. **Organizational Behavior and Human Performance**, 16(2), 1976. DOI: https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7
HALILU, S. D.; MAIYEGUN, A. A.; AIYEKOMOGBON, J. O.; SHIRAMA, Y. B.; MUTALUB, Y. B.; OYEDIJI, F. J. Interprofessional collaboration amongst healthcare workers of a tertiary hospital in North-Eastern Nigeria. **Nigerian Postgraduate Medical Journal**, v. 31, n. 2, p. 163–169, 2024. Disponível em: https://journals.lww.com/npmj/fulltext/2024/31020/interprofessional_collaboration_amongst_healthcare.10.aspx
HALINEN, M.; TIIRINKI, H.; RAUHALA, A.; KIILI, S.; LKONEN, T. Root causes behind patient safety incidents in the emergency department and suggestions for improving patient safety – an analysis in a Finnish teaching hospital. **BMC Emergency Medicine**,

v. 24, p. 209, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12873-024-01120-9

HAN, E.; CHUNG, E. A qualitative study on the adoption of the new duty hour regulations among medical residents and faculty in Korea. **PLOS ONE**, v. 19, n. 4, e0301502, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301502

HANAKI, S.; KATAYAMA, S.; NAKADA, S. The effectiveness of pediatric central venous access device surveillance and rounding team: a single-center study. **Cureus**, v. 16, n. 4, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.57855

HARTONO, P.; ADIYANTO, B.; NUR, R. F.; ANCILLA, C.; RAHMA, A. Z. Developing an effective team-based emergency training program for medical students. **Indonesian Journal of Anesthesiology and Reanimation**, v. 6, n. 1, p. 1–13, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.20473/ijar.V6I12024.1-13

HENG, L. M. T.; RAJASEGERAN, D. D.; LIM, S. H. Evaluation of nurse-reported missed care in a post-anesthesia care unit: a mixed-methods study. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 56, p. 542–553, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jnu.12975

HENKEL, E. B.; LEMKE, D.; RUBALCAVA, D.; NAIK-MATHURIA, B.; GAUTREAUX, K. M.; EGGERS, J.; DOUGHTY, C. Multidisciplinary simulation for blunt and penetrating pediatric trauma utilizing standard and rapid cycle deliberate practice models. **MedEdPORTAL**, v. 20, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11390

HIÇDURMAZ, D.; KAHRAMAN, N.; AYDIN, A. "Engaged nurses are the ones who love their profession": work engagement from the perspectives of oncology nurses. **Nursing & Health Sciences**, v. 26, e70024, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nhs.70024

HOLDEN, R. J.; SCANLON, M. C.; PATEL, N. R.; KAUSHAL, R.; ESCOTO, K. H.; BROWN, R. L.; ALPER, S. J.; ARNOLD, J. M.; SHALABY, T. M.; MURKOWSKI, K.; KARSH, B. T. A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. **BMJ Qual Saf**, 20(1), 15-24, 2011. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjqs.2008.028381

INCZE, T.; PINKNEY, S. J.; LI, C.; HAMEED, U.; HALLBECK, M. S.; GRANTCHAROV, T. P.; TRBOVICH, P. L. Using the Operating Room Black Box to Assess Surgical Team Member Adaptation Under Uncertainty. **Annals of Surgery**, v. 280, n. 1, p. 75–81, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000006191

IRVING, D.; PAGE, B.; CARTHEY, J.; HIGHAM, H.; UNDRE, S.; VINCENT, C. Adaptive strategies used by surgical teams under pressure: an interview study among senior healthcare professionals in four major hospitals in the United Kingdom. **Patient Safety in Surgery**, v. 18, p. 8, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13037-024-00390-3

ISHII, K.; FUJITANI, K.; MATSUSHITA, H. Interprofessional collaboration mediates the relationship between perceived organizational learning and safety climate in hospitals: A cross-sectional study. **Journal of Research in Safety**, v. 35, n. 3, 2023. DOI: https://doi.org/10.3233/JRS-230026.

JAYAWICKRAMA, J.; LINDEKENS, J. Territorial rivalries in humanitarian work and nursing: critical examination of professional identities and delivery of care. **Interdisciplinary Journal of Partnership Studies**, v. 11, n. 2, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.24926/ijps.v11i2.6202

JIA, W.; CHEN, X.; FANG, J.; CAO, H. Association of Teamwork, Moral Sensitivity and Missed Nursing Care in ICU Nurses: A Cross-Sectional Study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 34, p. 1801–1807, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocn.17439

KEBEDE, C.; GETA, T.; BIKAMO, E.; NIGUSSIE, G.; ELFIOS, E.; MERKINE, M.; ADAMU, T. Missed nursing care and associated factors among nurses working in public hospitals of Wolaita Zone, 2023: mixed-method study design. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, v. 20, 2024. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139124000933

KHAQAN, H. A.; NAZ, R.; REHMAN, A. U.; HASSAN, L.; AKRAM, N.; FAROOQUI, H. M.; FOUZAN, A.; KHAN, A. M. The grievances of medical supervisors against medical residents.

European Eye Research, p. 74–79, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.14744/eer.2024.51196
KOHANOVÁ, D.; HRBKOVÁ, Ž.; ŽIAKOVÁ, K. Teamwork among nursing staff: a cross-sectional study. **Central European Journal of Nursing and Midwifery**, v. 15, n. 1, p. 1031–1041, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.15452/cejnm.2023.14.0020
KUBBARA, A.; WONG, J.; CAPP, K.; WOLDEGERIMA, S.; SUNDBERG, M. A.; OLSON, A. P. J.; PENDLETON, K. Moving toward interprofessional teaching in the intensive care unit: a mixed methods study. **ATS Scholar**, v. 5, n. 4, p. 559–574, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2024-0039OC
KUMAR, R. D. C. Leadership in healthcare. **Clinics in Integrated Care**, v. 10, p. 100080, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.intcar.2021.100080
KURTEVA, S.; NASSAR, N.; TAMBLYN, R. Emerging lessons from experiences at transitions in care among hospitalised patients with cancer with postdischarge frequent emergency department use: a qualitative study using linked clinical and patient-reported interview data from Quebec, Canada. **BMJ Open**, 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11492942/
LASSOUED, L.; GHARSSALLAH, I.; TLILI, M.; SAHLI, J.; KOUIRA, M.; ABID, S.; CHAIEB, A.; KHARI, H. Impact of an educational intervention on patient safety culture among gynecology-obstetrics' healthcare professionals. **BMC Health Services Research,** v. 24, p. 704, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-024-11152-3
LEAL, L. A.; SOBRINHO, I. A.P.; SAVÓIA, L. G.; CARVALHO, J. C.; FALEIROS, F.; HENRIQUES, S. H. Teamwork as an Interprofessional Competency for Collaborative Hospital Practice. **Nurs Rep**, 16(3), 82, 2026. https://doi.org/10.3390/nursrep16030082
LIMA, P. G.; GONÇALVES, G. C. de S.; LANZONI, G. M. de M.; BALSANELLI, A. P. Care management and leadership according to nurses' perception in the hospital context of COVID-19. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0049en

MAASSEN, S. M.; SPRUIT-VAN BENTVELZEN, L.; WEGGELAAR-JANSEN, A. M. J. W. M.; VERMEULEN, H.; VAN OOSTVEEN, C. J. Systematic RADaR analysis of responses to the open-ended question in the Culture of Care Barometer survey of a Dutch hospital. **BMJ Open**, v. 14, e082418, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082418

MALAKASIOTI, A.; LÓPEZ, I. G. Lifelong learning: factor of productive change in human resource management at a local hospital of Greece. *Revista de Gestão Social e Ambiental*, v. 18, n. 5, e07690, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n5-186

MASTALERZ, K. A.; JORDAN, S. R.; TOWNSLEY, N. "We're all truly pulling in the exact same direction": a qualitative study of attending and resident physician impressions of structured bedside interdisciplinary rounds. *J***ournal of Hospital Medicine**, v. 19, p. 92–100, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jhm.13272

MAYER, R. C.; DAVIS, J. H.; SCHOORMAN, F. D. An integrative model of organizational trust. **Academy of Management Review**, v. 20, n. 3, p. 709–734, 1995. DOI: https://doi.org/10.2307/258792

MAZIBU, ANDISWA; DOWNING, CHARLENE; RASESEMOLA, RICHARD. Expatriate professional nurses' experiences of preceptorship in a tertiary hospital in Saudi Arabia. **Saudi Journal for Health Sciences,** 13(1), 14-20, 2024. Disponível em: https://journals.lww.com/sjhs/fulltext/2024/13010/expatriate_professional_nurses__experiences_of.3.aspx#:~:text=Apr%202024.%20%7C%20DOI%3A-,10.4103/sjhs.sjhs_150_23,-Copy

MCGRATH, K.; MCAULIFFE, E.; LEWIS, N.; MURPHY, C.; LOMBARD, E.; MCGRATH, V.; O'LEARY, R. Cultivating A Culture of Continuous Improvement and Teamwork in An ICPOP Hub. **Age and Ageing**, v. 53, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ageing/afae178.120

MCGUIER, E.A.; KOLKO, D.J.; AARONS, G.A.; SCHACHTER, A.; KLEM, M. L.; DIABES, M. A.; WEINGART, L. R.; SALAS, E.; WOLK, C. B. Teamwork and implementation of innovations in healthcare and human service settings: a systematic review.

Implementation Sci, 19, 49, 2024. https://doi.org/10.1186/s13012-024-01381-9

MELKA, D.; BAHERETIBEB, Y.; WHITEHEAD, C. Perceptions of readiness for interprofessional learning among Ethiopian medical residents at Addis Ababa University: a mixed methods study. **BMC Medical Education**, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12909-024-05055-4

MENEGAZ, J. do C.; BARROS, A. C. L.; OLIVEIRA, S. M.; PONTES, D. A. F. da S.; CHAVES, L. D. P.; CAMELO, S. H. H. Competências do enfermeiro hospitalar: convergências e divergências de avaliação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, eAPE001645, 2024. Disponível em: http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00001645

MENG, Z.; TANG, J.; YANG, J.; WU, H.; CUI, L.; ZHU, S. Promovendo a motivação para a participação e a colaboração em equipe multidisciplinar por meio da cultura hospitalar e da liderança de equipe em hospitais públicos terciários chineses: um estudo transversal. **PLOS ONE**, v. 20, n. 11, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0334831

MITHA, Ayesha Abubakar; MASHHADI, Syed Fawad. Assessment of patient safety non-technical skills among consultants and residents in tertiary care hospitals: an analytical study. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 41, n. 5, p. 1285–1291, 2025. Disponível em: https://www.pjms.org.pk/index.php/pjms/article/view/9914

MOTA, V. M. C., BORGES, L. O. Questionário de Condições de Trabalho: Evidências de validade para Trabalhadores de Equipes de Saúde. **Estudos De Psicologia (Natal)**, 26(2), 148-160. 2021. https://doi.org/10.22491/1678-4669.20210015

MUHAYIMANA, A.; KEARNS, I. Healthcare providers' perspectives on sustaining respectful maternity care appreciated by mothers in five hospitals of Rwanda. **BMC Nursing**, v. 23, p. 442, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02017-5

NAKATANI, K.; NAKAGAMI-YAMAGUCHI, E.; HAGAWA, N.; TOKUWAME, A.; EHARA, S.; NISHIMURA, T.; MIZOBATA, Y.

Evaluation of a new patient safety educational programme to reduce adverse events by encouraging staff to speak up: application of the trigger tool methodology. **BMJ Open Quality**, v. 13, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjoq-2022-002162

NATARAJ, N.; TOME, J.; RATELLE, J. T. Teaming in Graduate Medical Education: Ward Rounds and Beyond. **Journal of Medical Education and Curricular Development**, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1177/23821205231225588

NDLELA, M. G.; WANG, C. H.; KUO, N. W.; SIBANDZE, B.; MPALA, Q.; WILLIAMS, V. Assessment of patient safety culture among healthcare employees in major Eswatini public hospitals. **PLOS ONE**, v. 20, n. 6, e0325292, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325292

NENE, S. E. Nursing managers' perceptions of teamwork and collaboration in mining primary healthcare clinics in Gauteng. **Curationis**, v. 47, n. 1, a2574, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.4102/curationis.v47i1.2574

NERI, J. Addressing high nursing turnover: analysis of theoretical concepts and case study. **Health Economics and Management**, v. 5, n. 2, p. 32–46, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.61093/hem.2024.2-03

NORTHOUSE, Peter G. Leadership: theory and practice. 8. ed. **Thousand Oaks**: Sage, 2019. Disponível em: https://darunee.com/academy/pluginfile.php/5142/mod_folder/content/0/Peter_G._Northouse_Leadership__Theory_and_Practiz-%202019.pdf

O'DONOVAN, R.; MCAULIFFE, E. A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 32, n. 4, 2020. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa025

OLORUNFEMI, O.; CHIKA, O. J. Effect of occupational stress on work behavior as perceived by nurses at Benue State University Teaching Hospital Makurdi. **Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 28, n. 1, p. 23–26, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijoem.ijoem_7_23

OLIVEIRA, F. D. S.; PESSOA, R. A.; CAMPÊLO, C. L.; CAVALCANTE, L. P. Patient safety culture in the operating room of an emergency hospital in Amazonas: perspectives from the healthcare team. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 51, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20243743-en

ØSTERGAARD, D.; MADSEN, M. D.; CEDERGREEN, P.; MIKKELSEN, K. L.; TRESCHOW, F. P.; NIELSEN, J. Anaesthesia teams' perception of mental wellbeing, the psychosocial work environment and patient safety culture. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 69, n. 2, e14569, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1111/aas.14569

PARAMITA, R. G.; WIJAYA, T.; CHALIDYANTO, D.; ASIH, A. Y. P. An Analysis of the Effect of Team Situation Awareness on Patient Safety Incidents using Teamwork as the Intervening Variable. **Medical Technology and Public Health Journal**, v. 8, n. 1, p. 81–90, 2024. Disponível em: https://doi.org/ 10.33086/mtphj.v8i1.5635

PASSARIELLO, M.; TARRANT, C. Psychological safety in an ECMO retrieval team: a qualitative study to inform improvement. **BMJ Open Quality**, v. 13, e002706, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002706

PEDUZZI, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, 35(1), 103–109. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016

PHILLIPS, J.; JONES, D. Qualitative study of dynamics, camaraderie, and belonging among emergency physicians and nurses. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 69, p. 43–50, 2025. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1186/s12912-024-02017-5

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

PINTO, M. J. B. Emotional management of teams in a hospital setting. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 6, p. 35–54, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.51249/hs.v4i06.2302

PRINSLOO, C. Nurses' self-leadership in the face of challenging situations, such as patient deterioration. **SAGE Journals**, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1177/23779608241274232

RAYCHEVA, R.; PAVLOVA, P.; DIMOVA, R. Evaluation of psychosocial work environment among healthcare professionals in cardiac care units. **Folia Medica**, v. 66, n. 6, p. 884–894, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.3897/folmed.66.e131663

REBELLO, P. D.; DUARTE, S. da C. M.; ARAÚJO, J. L. de; BAIXINHO, C. L.; COSTA, A.; SILVA, M. M. da. Análise qualitativa sobre a atuação e as experiências dos enfermeiros na gestão hospitalar frente à COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 8, e05052024, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05052024

REZAEE, N.; SARTIPI, M.; JAHANTIGH, M.; PEZARO, S.; MARDANI-HAMOOLEH, M. Barriers to the prevention and control of healthcare-associated infections in public hospitals: a qualitative study. **BMC Nursing**, v. 24, p. 972, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-025-03650-4

ROSENGREN, K. From bureaucracy to bedside teamwork: maintaining patient safety in COVID-19 care - staff experiences of COVID-19 care in a Swedish university hospital. **BMC Health Services Research**, v. 25, p. 1380, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-025-13555-2

RUEBLING, I.; EGGENBERGER, T.; FROST, J. S.; GAZENFRIED, E.; GREER, A.; KHALILI, H.; OCHS, J.; RONNEBAUM, J.; STEIN, S. M. Interprofessional collaboration: A public policy healthcare transformation call for action. **Journal of Interprofessional Education & Practice,** v. 33, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.xjep.2023.100675

SAFDARI, A.; RAMEZANI, F.; AYUBI, E.; SADEGHIAN, E. The relationship between teamwork and the workload of nurses with missed nursing care in intensive care units in Iran: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 25, p. 440, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12583-2

SAPUTRA, R. F.; DEWI, A.; KUSUMA DEWI, D. T.; URHMILA, M. Analysis of 12-dimensions of patient safety culture at PKU Muhammadiyah Bantul Hospital (plenary accredited). **Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan**, v. 24, n. 2, p. 93–101, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.18196/mmjkk.v24i2.22947

SCHNEIDER, A.; KHOURI, A. M.; PEPPLER, L.; FEIßT, M.; APELT, M.; SCHENK, L. Which diversity factors influence the attribution of competences and co-operation in nursing teams? **European Journal of Public Health**, v. 34, n. 3, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1864

SCHWARTZE, J. T.; DAS, S.; SUGGITT, D.; BAXTER, J.; TUNSTALL, S.; RONAN, N.; STANNARD, H.; REZGUI, A.; JAFAR, W.; BAXTER, D. N. Ward-based in situ simulation: lessons learnt from a UK District General Hospital. **BMJ Open Quality**, v. 13, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002571

SENGUPTA, J.; CHATTERJEE, S. C. Barriers to multidisciplinary team approach in end-of-life decision-making: insights from an Indian hospital. **Journal of Health Management**, v. 26, n. 2, p. 265–275, 2024. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/09720634241238255

SHAH, N., SHAH, N., RABAB, U.; TARIQ, H.; AYAZ, S.; FAHIM, T. Assessing emergency room leadership of ObGyn residents in a public university teaching hospital of Sindh, Pakistan: a cross-sectional survey. **BMC Med Educ**, 24, 1001, 2024. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05984-0

SILVA, D. R. **Públicos em movimento: comunicação, colaboração e influência na formação de públicos**. São Paulo: Autêntica Editora, 2022.

SKINNER, S.; KIPPEN, E.; ROLNIK, D.; NEIL, P.; HODGES, R. J.; MURRY, N.; MOL, B. W.; KUMAR, A. Understanding factors influencing safety and team functionality at operative vaginal birth through multidisciplinary perspectives: a mixed methods study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 25, p. 47, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-024-07075-w

SONG, Y.; LAFOND, C. M.; VINCENT, C.; KIM, M. J.; PARK, C. G.; MCCREARY, L. L. Critical soft skill competencies that clinical nurse educators consider important to evaluate in nurses. **Nursing Open**, v. 11, e70047, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1002/nop2.70047

SOUSA, A. S.; OLIVEIRA, S. O.; ALVES, L. H. A pesquisa bibliográfica: Princípios e fundamentos. **Cadernos da Fucamp**, *20*(43), 64–83, 2021.

SOYER ER, Ö.; GÜL, İ. The speaking up climate of nurses for patient safety concerns and unprofessional behaviors: the effects of teamwork and safety climate. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v. 39, n. 5, p. 782–788, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.12.008

SUCI, W. P.; ERIKA, E.; LESTARI, W.; RIZKY, N. T.; MARIA, R.; SUNAIRATTANAPORN, U. Patient safety culture in pre-post partum and perinatology units. **Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia**, v. 10, n. 1, 2024. Disponível em: https://ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/view/71211

SUNG, T. C.; HSU, H. C. Improving critical care teamwork: simulation-based interprofessional training for enhanced communication and safety. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 18, p. 355–367, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.2147/JMDH.S500890

TADIA, V. K.; KOTWAL, N.; JALAUNIA, R. S. Patient safety culture: insights from a cross-sectional study among healthcare professionals. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 14, n. 1, p. 90–96, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_904_24

TEAM, V.; BOUGUETTAYA, A.; QIU, Y.; TURNOuR, L.; BANASZAK-HOLL, J. C.; WELLER, C. D.; SUSSMAN, G.; JONES, A.; TEEDE, H. Nurses' experiences of hospital-acquired pressure injury prevention in acute healthcare services in Victoria, Australia: a qualitative study. **International Wound Journal**, v. 21, n. 7, e14956, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1111/iwj.14956

THI NGOC, N. H.; THI YEN, N. N.; THI MY, N. D.; NGUYEN, T. V.; WANTONORO; MANAHAN, L. T.; YANG, H.-L. Attitudes towards patient safety culture among pediatric nurses at government tertiary hospital in Vietnam. **Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.31101/jkk.3691

TOHMASI, S.; CALDWELL, K. E.; NAASEH, A.; KUSHNER, B. S.; KRANKER, L. M.; ILAHI, O. N.; WISE, P. E.; BOCHICCHIO, G. V.; SNYDER, J. A. Enhancing resident perceptions of autonomy, education, and psychological safety: effects of implementing a senior resident-led team-based service model. **Global Surgical Education**, v. 4, p. 20, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s44186-024-00331-9

TISINLI, A.; SAYDAMLI, S. Nurses' perceptions about management practices of nurse managers during pandemics: a descriptive and cross-sectional study. **ABCS Health Sciences**, v. 49, e024208, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.7322/abcshs.2022154.2363

TRAVIS, A.; FITZPATRICK, J. J. Examining the relationship between hospital nurses' structural empowerment, missed nursing care and quality of care: a cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocn.17816

VAN HORN, J. E.; TARIS, T. W.; SCHAUFELI, W. B.; SCHEURS, P. J. G. The structure of occupational well-being: a study among Dutch teachers. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 77, p. 365–375, 2004. DOI: https://doi.org/10.1348/0963179041752718

VOGT, K. S.; BAKER, J.; COLEMAN, R. *et al*. How can we measure psychological safety in mental healthcare staff? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 36, n. 3, 2024. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae086

WAHID, A.; BADIL; WASHDEV; HUSSIAN, S. Frequency of psychosocial stress and its relationship to safety attitude towards nurse's performance at tertiary care hospitals. **Pakistan Journal of**

Medical Sciences, v. 40, n. 5, p. 989–994, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.12669/pjms.40.5.7913

WANG, H.; BULJAC-SAMARDZIC, M.; VAN WIJNGAARDEN, J. D. H.; VAN DE KLUNDERT, J. The Impact of Leader–Member Relationships on Team Effectiveness Through Speaking Up and Silence: A Cross-Sectional Study in Rural Chinese Hospitals. **Journal of Healthcare Leadership**, v. 16, p. 543–555, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.2147/JHL.S460900

WESTERGAARD, S.; BOWDEN, K.; ASTIK, G. J.; BOWLING, G.; KENISTON, A.; LINKER, A.; SAKUMOTO, M.; SCHWATKA, N.; AUERBACH, A.; BURDEN, M. Impact of billing reforms on academic hospitalist physician and advanced practice provider collaboration. **Journal of Hospital Medicine**, v. 19, n. 6, p. 486–494, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jhm.13356

WHITNEY, K.; TATUM, T.; SAJI, L.; JOHNSON, C.; CAIN, K.; MARTEN, C.; NEIDHART, M.; CRAWFORD, R.; JOHNSON, S.; WASHINGTON, L. D.; LU, K. H.; SOLIMAN, P. T.; FLEMING, N. D. Unlocking success: multidisciplinary rounds for effective discharge planning. **JCO Oncology Practice**, v. 20, p. 341, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1200/OP.2024.20.10_suppl.341

WHITTAKER, C.; CREDLAND, N. The incidence and impact of re-deployment on registered paediatric critical care nurses. **Nursing in Critical Care**, v. 30, n. 4, e13206, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nicc.13206

WILANDH, E.; SKINNARS JOSEFSSON, M.; PERSSON OSOWSKI, C.; SYDNER, Y. M. Improving hospital food and meal provision: a qualitative exploration of nutrition leaders' experiences in implementing change. **BMC Health Services Research**, v. 25, p. 410, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12499-x

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d743ea4e-8c14-493c-b3a5-1a0022e6ce54/content

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO guidelines.** Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/64d1ae96-1780-4cf8-a4cb-67fcbc2dbcfd/content

XU, J. Leadership theory in clinical practice. **Chinese Nursing Research**, v. 4, n. 4, p. 155–157, 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.10.001

YOUNAS, S.; KHANUM, S. Unravelling the predictive role of work rules on compassion satisfaction and career satisfaction among professionals: the mediating effect of team support. **Journal of Professions and Organization**, v. 11, n. 3, p. 216–230, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1093/jpo/joae011

YU, A.; WANG, Y.; ZHANG, M.; DENG, J.; GUO, C.; XIONG, J. Experience from transport teams on interhospital transfer of patients with extracorporeal membrane oxygenation support: a qualitative study. **Nursing in Critical Care**, v. 29, n. 5, p. 1050–1058, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nicc.13090

ZABIN, L. M. Perception and factors associated with patient safety culture in an academic university hospital in Palestine. **Palestinian Medical and Pharmaceutical Journal**, v. 9, n. 2, p. 261–276, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.59049/2790-0231.1209

ZABIN, L. M.; QADDUMI, J.; GHAWADRA, S. F.; BATTAT, M. M. Job stress and patient safety culture: a qualitative study among hospital nurses in Palestine. **BMC Nursing**, v. 24, p. 308, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-025-02993-2

ZANELLI, J. C.; KANAN, L. A. Organizações saudáveis e não saudáveis: relevância dos fatores psicossociais. In: ZANELLI, J. C.; KANAN, L. A. (Orgs.). **Fatores de risco, proteção psicossocial e trabalho**. 2. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2019, pp. 31-52.

CULTURA ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS: DA LÓGICA PUNITIVA À SEGURANÇA DE PACIENTES E DE PROFISSIONAIS

Lilia Aparecida Kanan
Leilane Vieira de Souza
Mayara Haveroth Vandresen
Maria Eduarda Ouriques

Introdução

A cultura organizacional compreende o conjunto de valores, crenças e normas compartilhados em uma organização, os quais orientam a maneira como os colaboradores pensam, relacionam-se, sentem e agem no ambiente de trabalho (Alsaqqa, 2021). Manifesta-se nas ações cotidianas, consolida comportamentos esperados pelo grupo, cria identidade cultural e promove o sentimento de pertencimento (Ventura; Velloso; Alves, 2020).

No ambiente hospitalar, a cultura organizacional constitui um dos elementos essenciais do ambiente social das instituições. Esse ambiente resulta das relações estabelecidas no hospital, sobretudo do tratamento cordial e compreensivo dispensado pelos profissionais aos pacientes, familiares e visitantes, além da sensibilidade social, da postura ética e do respeito presentes nas interações (Guimarães; Oderich, 2023).

Os pacientes que buscam atendimento esperam, além da competência técnica, atitudes de compreensão e respeito por parte de todos os profissionais envolvidos no cuidado. Esses aspectos configuram elementos importantes da cultura institucional e refletem o compromisso da organização com sua missão, que abrange a oferta de atendimento centrado não apenas na qualidade técnica, mas também no bem-estar e na satisfação dos usuários dos serviços (Guimarães; Oderich, 2023).

A cultura exerce influência significativa sobre o ambiente interno do hospital e sobre seus processos de governança. Ainda que os gestores implementem ações e elaborem o planejamento estratégico, a ausência de uma cultura organizacional alinhada a essas iniciativas gera dificuldades em sua efetivação em hospitais, onde a margem de erro é mínima (Alsaqqa, 2021).

Uma cultura organizacional sólida se caracteriza pela segurança psicológica que tem como conceito uma "crença compartilhada de que o grupo não punirá ou rejeitará alguém por falar abertamente sobre ideias, dúvidas, preocupações, erros ou diferenças de opinião" (Edmondson, 2021, p. 15), algo que promove transparência, aprendizado coletivo e engajamento da equipe (Edmondson, 2021; Alsaqqa, 2021).

Nestes termos, a cultura organizacional emerge como o alicerce invisível que sustenta ou compromete a segurança do paciente e influencia diretamente a identificação e mitigação de fatores de risco, como erros médicos, infecções hospitalares e falhas em protocolos assistenciais (Edmondson, 2021).

A interação entre padrões de comportamento individuais e coletivos define o estilo de gestão, a proficiência operacional e o compromisso institucional com a qualidade e a segurança do paciente. Essa cultura de segurança do paciente, quando positiva, atua como fator protetivo contra a ocorrência de erros (Toleto *et al.*, 2021). No entanto, a forma como a instituição se organiza em torno dos erros e das relações de trabalho pode ser entendida por diferentes modelos culturais. Entre eles, destacam-se a cultura punitiva, a cultura justa e a cultura positiva.

De modo a esclarecer, tem-se que a cultura punitiva tende a focar na responsabilização individual, inibe o relato de falhas e dificulta o aprendizado organizacional. Em contraponto, a cultura justa prioriza a análise das causas sistêmicas dos erros, a responsabilização diferenciada e a construção de ambientes psicologicamente seguros. E a cultura positiva enfatiza o clima, o apoio emocional, o reconhecimento e o bem-estar dos profissionais (Guimarães; Oderich, 2023).

Portanto, este texto visa analisar, no contexto hospitalar, as distinções entre cultura justa e a cultura punitiva, bem como examinar as relações de cada uma com a segurança do paciente, a segurança psicológica dos profissionais de saúde e a governança institucional.

A pergunta norteadora deste estudo é: quais são os fundamentos, as expressões e as implicações das culturas organizacionais justa e punitiva no contexto hospitalar, especialmente no que se refere aos seus efeitos sobre a segurança do paciente, a segurança psicológica dos profissionais e a governança institucional?

Cultura de Segurança

A cultura de segurança exige a compreensão prévia do conceito de segurança do paciente, que constitui o conjunto de ações estruturadas pelas organizações de saúde. Esse conjunto abrange cultura institucional, processos, práticas, comportamentos, uso de tecnologias e condições do ambiente assistencial, com o objetivo de reduzir, de forma contínua e sustentável, os riscos e a ocorrência de danos evitáveis (Villar; Martins; Rabello, 2022). Nesse contexto, a cultura de segurança manifesta-se como o produto de valores, atitudes, habilidades e comportamentos individuais e coletivos que orientam o comprometimento, as formas de atuação e a capacidade de gestão para a construção de um ambiente organizacional seguro e saudável.

A cultura justa diferencia-se da punitiva ao tratar os erros como oportunidades de aprendizagem e aprimoramento de processos, em vez de priorizar a culpabilização individual (Jacques; Macedo; Caregnato, 2021).

Enquanto a cultura punitiva inibe a comunicação e a notificação de falhas, a cultura justa promove relações baseadas na confiança, com comunicação aberta e apoio institucional, o que reforça a valorização da segurança e a efetividade das ações preventivas. No ambiente hospitalar, essa distinção exige maior

compreensão por parte de profissionais e pacientes acerca da cultura de segurança, uma vez que a devolutiva de informações, a qualidade da comunicação sobre incidentes e o suporte da gestão influenciam diretamente o tipo de cultura predominante na organização (Jacques; Macedo; Caregnato, 2021).

O paciente assume papel de parceiro essencial no cuidado, sobretudo quando informado e envolvido nas decisões terapêuticas, o que fortalece práticas que ampliam sua participação ativa e favorecem a qualidade da assistência e sua própria segurança (Villar; Martins; Rabello, 2022).

O envolvimento efetivo do paciente com profissionais e o ambiente hospitalar demanda abertura para que suas demandas sejam ouvidas e incorporadas aos protocolos de tratamento. A comunicação, percebida como competência profissional essencial e relacionada às habilidades interpessoais, media e resolve conflitos no ambiente de trabalho, na relação com o paciente e nas interações entre equipes, o que promove relações colaborativas (Barbosa *et al.*, 2023).

A transição de uma cultura punitiva para uma cultura justa, conforme Toledo *et al.* (2021), é essencial para a governança hospitalar e a segurança do paciente, uma vez que a cultura de segurança é o resultado de valores, atitudes e padrões de comportamento que determinam o compromisso de uma organização com a qualidade. De igual modo, para estes autores, o modelo de gestão (público *vs.* privado) influencia na construção de subculturas e na transição para a cultura justa.

Isso sugere que promover uma cultura justa no ambiente hospitalar estimula a comunicação aberta e colaborativa entre instituição, profissionais e pacientes. Diferentemente da cultura punitiva, que silencia falhas por medo de responsabilização, a cultura justa cria um ambiente propício ao diálogo, no qual o paciente sente-se acolhido para participar e a equipe age com transparência e prevenção de riscos (Villar; Martins; Rabello, 2022).

Profissionais percebem a cultura de segurança de forma individualizada e fragmentada, especialmente na enfermagem,

onde a compreendem como ações pontuais, como uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), identificação do paciente, administração correta de medicamentos e cumprimento de protocolos. Esse entendimento não traduz a cultura de segurança; pelo contrário, favorece uma lógica punitiva, na qual o erro é atribuído facilmente ao indivíduo. A consolidação de uma cultura justa exige compartilhamento de responsabilidades, aprendizado coletivo a partir de erros e padronização de condutas (Minello *et al*., 2020).

A sobrecarga de trabalho emerge como fator estrutural de risco que impacta diretamente a cultura de segurança, decorrente de alta demanda assistencial, insuficiência de profissionais ou execução apressada de tarefas. Em culturas punitivas, esses aspectos recebem pouca atenção da organização, que responsabiliza o profissional pelo erro. Na cultura justa, reconhece-se os fatores sistêmicos envolvidos, com análise aprofundada das condições de trabalho antes da atribuição individual de responsabilidade, pois o erro revela-se tanto humano quanto organizacional (Minello *et al*., 2020).

A melhoria da qualidade assistencial e da segurança do paciente relaciona-se diretamente ao desenvolvimento de uma cultura organizacional positiva. A criação de espaços diagnósticos com ferramentas para fortalecimento de lideranças revela-se estratégica para orientar iniciativas de melhoria, aproximar gestores e equipes assistenciais, bem como, estimular comunicação aberta com caráter educativo e não punitivo, e promover a participação ativa dos profissionais na construção de práticas seguras (Jacques; Macedo; Caregnato, 2021).

É possível observar que a atenção à cultura de segurança em ambientes hospitalares consolida-se como demanda crescente nas últimas duas décadas. E isto requer fortalecimento contínuo nos serviços de saúde diante das fragilidades nos processos assistenciais e na própria cultura de segurança do paciente (Jacques; Macedo; Caregnato, 2021).

Modelo cultural hospitalar punitivo *versus* justo

A cultura organizacional hospitalar exerce papel central na compreensão, comunicação e gestão de eventos adversos. Nesse contexto, a cultura punitiva, ainda prevalente em muitas instituições de saúde, favorece a subnotificação desses eventos, pois os profissionais associam o erro à punição e à culpabilização individual. Esse modelo, baseado na responsabilização exclusiva do indivíduo, na percepção do erro como falha moral ou incompetência e na aplicação de sanções como resposta às falhas, configura uma barreira significativa a um modelo cultural positivo (Pereira *et al.*,2021).

Tal dinâmica resulta no ocultamento de erros, na fragilização da comunicação e no enfraquecimento da cultura de segurança. Predominam o medo de punição e exposição, a comunicação defensiva, a ausência de feedback institucional e a centralização da responsabilidade no indivíduo, o que compromete a notificação de eventos adversos, a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua dos processos assistenciais (Pereira *et al.*, 2021).

De modo diverso, a cultura justa alinha-se às práticas contemporâneas de segurança do paciente. Nesse paradigma, o erro revela-se fenômeno multifatorial e sistêmico, oriundo da interação entre fatores humanos, organizacionais e processuais. Assim, o foco desloca-se do 'quem errou' para 'por que o sistema permitiu o erro', com ênfase na aprendizagem organizacional em detrimento da punição. A cultura justa caracteriza-se pela promoção da segurança psicológica para relatos de falhas, pela valorização da notificação como instrumento de aprendizagem, pela comunicação aberta, pelo fortalecimento do trabalho em equipe e pela oferta de feedback estruturado e contínuo, centrado na análise de sistemas e processos (Pereira *et al.*, 2021).

Para a governança institucional e o fortalecimento da segurança do paciente, a transição para uma cultura de aprendizado exige ações coordenadas entre a alta gestão e as lideranças, priorizando uma gestão participativa que envolva toda

a organização por meio de uma comunicação eficaz. Embora programas educacionais ajudem a aprimorar domínios específicos da segurança, há a indicação de que intervenções isoladas possuem pouco impacto na reversão da cultura punitiva se não houver mudanças organizacionais profundas e estruturais. Além disso, a construção de uma cultura justa deve ser fomentada desde a formação acadêmica técnica e superior, de modo a ter em perspectiva o desenvolvimento de competências gerenciais centradas na segurança. É importante considerar que o modelo de administração hospitalar, seja ele público ou privado, influencia sobremaneira na criação de subculturas com comportamentos e valores distintos diante do erro, algo que impacta a velocidade e a eficácia dessa migração cultural (Viana *et al.*, 2023).

A formação de uma cultura organizacional equitativa no âmbito hospitalar não se consolida de maneira independente, mas é moldada por elementos deste contexto. De acordo com Villar, Martins e Rabello (2022), diversos obstáculos prejudicam a interação entre pacientes, equipe profissional e a própria instituição, o que interfere na edificação de um ambiente culturalmente positivo – entre eles, as condições socioeconômicas e culturais dos pacientes, questões associadas à enfermidade e ao tratamento, bem como fatores inerentes aos profissionais e à estrutura organizacional.

Sob essa perspectiva, o fortalecimento do trabalho multiprofissional e da comunicação torna-se elementar. A troca de saberes e o diálogo interdisciplinar estreitam fronteiras entre áreas e qualificam a gestão do cuidado em saúde (Barbosa *et al.*, 2023). Assim, propõe-se intervenções tais como: o aprimoramento de rotinas diárias com redução da sobrecarga cognitiva, o fortalecimento da confiança entre profissionais, o desenvolvimento da empatia, a promoção da conexão entre paciente e equipe e a sustentação de processos de mudança com foco na aprendizagem (Barbosa *et al.*, 2023).

A efetividade dessas ações relaciona-se ao tipo de cultura organizacional vigente. Em ambientes de cultura justa, as

intervenções potencializam-se, com fomento à cooperação, transparência e melhoria contínua (Villar; Martins; Rabello, 2022). Em contextos punitivos, o medo de exposição e sanções limita a adesão a práticas colaborativas, o que compromete a implementação de mudanças e a qualificação dos processos assistenciais (Pereira *et al.*, 2021).

A educação permanente configura-se como estratégia fundamental para a transição de modelos punitivos para culturas justas. A incorporação contínua de práticas educativas no cotidiano dos serviços favorece a reflexão crítica, a aprendizagem a partir de erros e a transformação das práticas profissionais (Jacques; Macedo; Caregnato, 2021). Ao superar a lógica de treinamentos pontuais, essa abordagem promove espaços formativos contínuos que consolidam uma cultura organizacional baseada no aprendizado e na segurança do paciente.

O sucesso dessas iniciativas depende, contudo, do envolvimento da gestão e das lideranças institucionais. Abertura para comunicação, apoio à segurança do paciente e cooperação entre unidades são determinantes à consolidação de uma cultura organizacional positiva (Jacques; Macedo; Caregnato, 2021).

Preparar e incentivar a comunicação de erros revela-se estratégia essencial para enfrentar fragilidades organizacionais e reduzir práticas punitivas. Esse movimento reforça a importância de uma cultura organizacional justa, que prioriza a análise de processos e a aprendizagem coletiva em vez da culpa individual. Assim, a transformação cultural no ambiente hospitalar estrutura-se como elemento central à promoção da segurança do paciente e à qualificação do cuidado em saúde.

Erro em saúde: entre responsabilização individual e abordagem sistêmica

A ocorrência de erros nos serviços de saúde deve ser compreendida como um fenômeno complexo, que envolve não apenas o desempenho individual dos profissionais, mas também as

condições organizacionais e a cultura institucional em que o trabalho é realizado. Nesse cenário, analisar os diferentes tipos de erro torna-se essencial para fortalecer a segurança do paciente e, sobretudo, para questionar modelos tradicionais baseados na punição como resposta predominante às falhas (Toledo *et al.*, 2021).

Historicamente, os erros foram interpretados principalmente como resultado de falhas individuais, como desatenção, esquecimento ou decisões inadequadas. Essa forma de compreensão, embora comum, apresenta limitações importantes. Na prática, o desempenho humano é influenciado por diversos fatores, como fadiga, sobrecarga de trabalho, pressão por produtividade e a própria complexidade das atividades assistenciais. Assim, o erro raramente é um evento isolado ou exclusivamente pessoal. Quando a organização responde a essas situações apenas com punição, resta reforçada uma cultura de medo, na qual os profissionais tendem a ocultar falhas, dificultando o aprendizado coletivo e a prevenção de novos incidentes (Toledo *et al*., 2021).

Por outro lado, é recomendado reconhecer a existência dos chamados erros de sistema, que estão relacionados às condições estruturais e organizacionais do trabalho. Problemas de comunicação entre equipes, ausência de protocolos claros, número insuficiente de profissionais e falhas nos processos de trabalho são exemplos de fatores que aumentam significativamente o risco de erros. Nessa perspectiva, a segurança do paciente passa a ser entendida como resultante da qualidade dos sistemas organizacionais, e não apenas da atuação individual dos profissionais (Andrade *et al.*, 2018).

Nesse ponto se insere a discussão entre cultura punitiva e cultura justa. A cultura punitiva baseia-se na busca por culpados, atribuindo responsabilidade individual de forma isolada e, muitas vezes, desconsiderando o contexto em que o erro ocorreu. Embora possa transmitir uma sensação imediata de controle, esse modelo tende a ser ineficaz a longo prazo, pois não atua sobre as causas reais dos problemas (Souza *et al.*, 2019).

Em contraste, a cultura justa propõe uma abordagem mais equilibrada. Nela, reconhece-se que os profissionais são responsáveis por suas ações, mas também se considera que o comportamento humano é fortemente influenciado pelo ambiente organizacional. Assim, em vez de punir automaticamente, busca-se compreender por que o erro ocorreu, diferenciando situações de falha sistêmica, erro não intencional e condutas negligentes ou deliberadamente inadequadas. Esse tipo de abordagem favorece a transparência, estimula a comunicação aberta e contribui para o aprendizado organizacional (Souza *et al.*, 2019).

Além disso, para Reis (2019), a cultura justa está diretamente relacionada à construção de ambientes psicologicamente seguros, nos quais os profissionais se sentem à vontade para relatar erros, dúvidas e dificuldades sem medo de represálias. Esse aspecto é fundamental, pois a melhoria contínua nos serviços de saúde depende da capacidade das organizações de identificar suas fragilidades e aprender com elas.

Dessa forma, compreender a segurança do paciente como um eixo central na área da saúde implica ir além da lógica da culpabilização individual. Significa adotar uma visão sistêmica, na qual os erros são analisados de maneira mais ampla, considerando fatores humanos, organizacionais e culturais. A transição de uma cultura punitiva para uma cultura justa representa, portanto, não apenas uma mudança de práticas, mas uma transformação na forma como as organizações compreendem o erro, o trabalho e o cuidado (Prates *et al*., 2021).

Método

Trata-se de uma pesquisa aplicada, exploratória, qualitativa e elaborada a partir de material já publicado. Em seu delineamento, caracteriza-se como uma revisão sistemática de literatura cujo objetivo foi o de construir o estado do conhecimento sobre os temas ‘cultura organizacional em hospitais’, ‘segurança do paciente e dos profissionais’ e ‘governança institucional’, em interface.

Sua abordagem é indutiva e interpretativa, para tanto, o método de análise de conteúdo foi empregado. A revisão sistemática, conforme Shamseer *et al.* (2015), representa um processo meticuloso e transparente para sintetizar evidências científicas, com atenção na identificação, seleção e análise crítica de estudos relacionados a uma pergunta de pesquisa bem delimitada, neste caso: quais são os fundamentos, as expressões e as implicações das culturas organizacionais justa e punitiva no contexto hospitalar, especialmente no que se refere aos seus efeitos sobre a segurança do paciente, a segurança psicológica dos profissionais e a governança institucional? Este tipo de pesquisa, segundo os autores, emprega protocolos claros de busca, critérios de inclusão pré-definidos e métodos padronizados para avaliar a qualidade das pesquisas, de modo a reduzir vieses e gerar resultados robustos. Além disso, esse tipo de revisão é essencial para integrar o saber científico e subsidiar práticas fundamentadas em provas, sobretudo no campo da saúde.

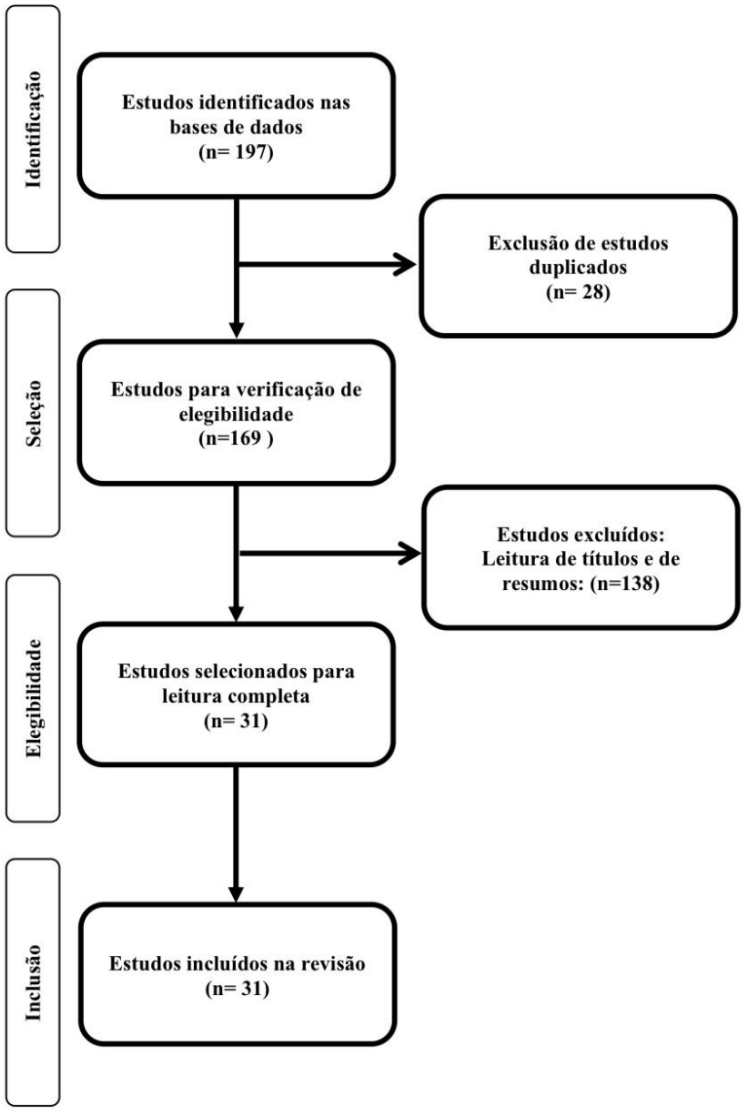
A revisão foi conduzida de acordo com a declaração PRISMA 2020, que traz uma lista de verificação com 27 itens, em versão ampliada que explica as orientações de relato para cada um deles, além da lista específica para resumos e fluxogramas atualizados, tanto para revisões novas quanto para as atualizadas (Page *et al*., 2021). As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, SciELO, Periódicos CAPES e PePSIC, incluindo estudos publicados entre 2020 e 2026. Para a estratégia de busca, foram utilizados descritores controlados e não controlados, em português, relacionados a "cuidados em saúde", "cultura hospitalar", "segurança psicológica" e "cultura de segurança", combinados por operadores booleanos (AND, OR), conforme as especificidades de cada base de dados.

De modo simplificado, relata-se que a revisão foi realizada por meio das seguintes etapas: identificação do tema, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos incluídos e avaliação dos estudos incluídos na revisão.

Os critérios de inclusão foram: (i) publicações entre 2020 e 2026; (ii) escritas em português; (iii) livre acesso ao texto completo; (iv) possibilidade de revisões sistemáticas, revisões integrativas, estudos empíricos, relatos de experiência, estudos bibliográficos, teses e dissertações. Foram excluídos editoriais, resenhas, textos sem acesso completo, publicações duplicadas e materiais que não dialogavam diretamente com objeto de estudo/pergunta de pesquisa.

Inicialmente, os estudos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos. Em seguida, os textos elegíveis foram analisados na íntegra, sendo sua permanência na amostra definida com base nos critérios de inclusão e exclusão e na pertinência aos objetivos da pesquisa. Registra-se que a seleção dos estudos foi realizada por revisores independentes, com procedimento duplo-cego, estratégia que contribui para reduzir vieses de seleção e fortalecer a validade interna da revisão (Higgins *et al*., 2019). A Figura 1, a seguir, possibilita a visualização deste processo:

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos



Fonte: adaptado de Moher *et al*. (2009)

A busca inicial nas bases PubMed, SciELO Brasil, Pepsic e no portal Periódicos CAPES resultou em 197 documentos identificados. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e a

triagem por título e resumo, 31 estudos compuseram a amostra preliminar da revisão. No PubMed, dos 18 artigos encontrados, 6 foram selecionados e 12 excluídos por não abordarem diretamente o tema proposto. No SciELO Brasil, dos 31 documentos identificados, 15 foram incluídos e 16 descartados pelo mesmo critério. Já na Pepsic, os 3 documentos localizados foram incorporados à amostra após avaliação de título e resumo. No portal Periódicos CAPES, dos 145 registros encontrados, 7 foram selecionados por apresentarem estreita relação com o tema investigado, enquanto os demais foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos.

A análise dos estudos selecionados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, conforme Bardin (2011), o que possibilitou a organização sistemática dos dados qualitativos. O processo envolveu três etapas: (i) pré-análise, com leitura e organização do material; (ii) exploração, com codificação dos núcleos de sentido; e (iii) tratamento dos resultados, com agrupamento em categorias. Essa abordagem possibilitou identificar padrões de recorrência, convergência e divergência, o que favoreceu uma interpretação crítica da produção analisada.

A construção das categorias seguiu abordagem indutiva e interpretativa, orientada pela relevância dos temas e pelo referencial teórico. Definidas a posteriori, elas agruparam os achados em eixos analíticos (Braun; Clarke, 2006).

As oito categorias resultantes desse processo são: cultura de segurança do paciente: dimensões, avaliação e percepção; cultura punitiva, erro e notificação de eventos adversos; comunicação, trabalho em equipe e colaboração interprofissional; fatores organizacionais, liderança e condições de trabalho; violência, comportamentos não profissionais e relações de trabalho; aspectos psicossociais e emocionais do trabalho em saúde; estratégias, intervenções e práticas para fortalecimento da segurança; contextos específicos de cuidado de populações.

Ao final do processo, elaborou-se o Quadro 1, que apresenta as informações sobre autoria, ano de publicação, título do estudo e

seus principais resultados. E o Quadro 2, que expõe as categorias temáticas resultantes da análise de conteúdo e, após este, seguem as respectivas interpretações. Nesses termos, a pesquisa possibilitou o levantamento de informações relevantes sobre a temática da cultura punitiva e cultura justa no ambiente hospitalar, a partir de diferentes produções científicas, o que resultou em diálogo entre autores e evidências.

Quadro 1 - Artigos levantados nas bases de dados Scielo, PubMed, Periódico CAPES e Pepsic.

	Base de Dados	Título do Artigo	**Autores/ Ano**	**Periódico**	**Principais Conclusões**
1	PubMed	Implicações da violência entre colegas de enfermagem na segurança do paciente: uma revisão integrativa.	Fujii, C.; Iwasa, Y. 2025.	International Nursing Review	Revisão integrativa que analisa a violência lateral/horizontal entre enfermeiros e como isso afeta a segurança do paciente, destacando relações negativas, impactos na comunicação e implicações para práticas de cuidado seguro.
2	PubMed	Reunião de segurança em ambientes de saúde: uma análise conceitual.	Ghoul, I.; Abdullah, A.; Awwad, F.; Dardas, L. 2025.	BMC Health Services Research	Análise conceitual de "reuniões de segurança" (*safety huddles*) em contextos de saúde, definindo características, funções e potenciais benefícios para a segurança do paciente e coordenação de equipes.
3	PubMed	Análise pós-operatória para aprimorar o trabalho em equipe interprofissional na sala de cirurgia: uma revisão sistemática.	Skegg, E.; Mcelroy, C.; Mudgway, M.; Hamil, J:. 2023.	Journal of Nursing Scholar-ship	Revisão sistemática que avaliou a eficácia do *debriefing* (sessões de reflexão pós-operatórias) para melhorar o trabalho em equipe interprofissional na sala de cirurgia. A revisão identificou facilitadores e barreiras à implementação, destacando que o *debriefing* pode favorecer a aprendizagem, a comunicação e a segurança, mas enfrenta desafios práticos como compromisso da liderança e integração com processos estabelecidos de segurança.
4	PubMed	Fatores que levam a comportamentos não profissionais entre funcionários de	Aunger, J. A.; *et al*. 2023.	BMC Health Services Research	Revisão realista que identifica fatores organizacionais, culturais, relacionais e de liderança que influenciam comportamentos não profissionais entre profissionais de saúde, impactando o bem-estar da equipe e segurança do paciente.

	Base de Dados	Título do Artigo	**Autores/ Ano**	**Periódico**	**Principais Conclusões**
		hospitais de cuidados intensivos: uma revisão realista.			
5	PubMed	Emoções negativas vivenciadas por enfermeiros diante da ocorrência de erros de medicação: uma revisão sistemática de métodos mistos.	Khosravi, A.; Mahat, S.; Syyrilä, T.; Härkänen, M. 2025.	Journal of Clinical Nursing	Revisão sistemática de métodos mistos sobre emoções negativas vivenciadas por enfermeiros após erros de medicação, destacando medo, culpa, vergonha e necessidade de apoio psicológico para fortalecer cultura de segurança sem culpa.
6	PubMed	Profissionais de saúde como espectadores em casos de assédio moral no local de trabalho: uma revisão sistemática de métodos mistos sobre experiências, comportamentos e fatores de influência.	Yang, L.; *et al.* 2025.	Workplace Health & Safety	Revisão sistemática que explora experiências de profissionais de saúde que testemunham bullying no trabalho, analisando impacto emocional, respostas comportamentais e fatores organizacionais que influenciam a intervenção ou passividade.
7	SciELO Brasil	Cultura e clima organizacional para a segurança do paciente em serviços de diálise: uma revisão de escopo.	Hoffmann, M. A.; *et al.* 2025.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Identificou 12 estudos que avaliam cultura e clima organizacional para segurança do paciente em serviços de diálise. Fortalezas: trabalho em equipe, aprendizado organizacional, melhoria contínua, feedback e comunicação sobre erros. Fragilidades: dimensionamento de pessoal,

	Base de Dados	Título do Artigo	**Autores/ Ano**	**Periódico**	**Principais Conclusões**
					transição de plantão, apoio da liderança, notificação de eventos adversos e resposta não punitiva a erros, indicando necessidade de pesquisas mais profundas.
8	SciELO Brasil	Associação entre a cultura de segurança do paciente e a qualidade de vida profissional entre profissionais de enfermagem.	Batalha, E. M. S.; Borges, E. M. N.; Melleiro, M. M. 2024.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Estudo correlacional mostrou que as melhores percepções da cultura de segurança do paciente se associaram negativamente com níveis de Burnout e estresse traumático entre enfermeiros. Dimensões como percepção geral de segurança, trabalho em equipe e dimensionamento de pessoal influenciaram positivamente na qualidade de vida profissional
9	SciELO Brasil	Percepção dos profissionais atuantes em um hospital universitário sobre a cultura de segurança do paciente	Sátiro, L. S. P.; Rodrigues, C. C. F. M.; Tibúrcio, M. P.; Oliveira, P. M. Da S.; Salvador, P. T. C. de O. 2024.	Cogitare Enfermagem	Estudo descritivo com abordagem qualitativa que investigou a percepção de 56 profissionais de diferentes categorias (enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia, farmacêutica e outros) sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário do Nordeste do Brasil. Foram identificadas cinco classes temáticas relacionadas à compreensão da segurança, ações para fortalecimento, papel do Núcleo de Segurança do Paciente e contribuições para a prática profissional. A cultura de segurança foi considerada com trajetória promissora, com indicações de estratégias de intervenção para fortalecimento contínuo.

	Base de Dados	Título do Artigo	**Autores/ Ano**	**Periódico**	**Principais Conclusões**
10	SciELO Brasil	Desafios da cultura de segurança em centros cirúrgicos: estudo de métodos mistos	Oliveira Junior, N. J.; *et al.* 2024.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Profissionais de saúde e apoio mostraram percepções favoráveis sobre o clima de segurança, com destaque para comunicação e desempenho profissional.
11	SciELO Brasil	Cultura de segurança do paciente na prática clínica de enfermagem	Brás, C. P. C.; Ferreira, M. M. C.; Figueiredo, M. C. A. B.; Duarte, J. C. 2021.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo metodológico com 360 enfermeiros que usou o Hospital Survey on Patient Safety Culture para avaliar dimensões da cultura de segurança na prática clínica. Obteve boa consistência interna do instrumento e identificou que "trabalho em equipe" foi uma dimensão fortalecida, enquanto "resposta não punitiva ao erro" e frequência de eventos relatados foram fracas, permitindo identificar áreas que necessitam de intervenções para aprimorar a segurança no cuidado.
12	SciELO Brasil	Cultura organizacional para a mudança no contexto hospitalar: uma perspectiva de enfermagem hospitalar	Rodrigues, F. M. A.; Pereira, R. P. G.; Martins, M. M. 2023.	Acta Paulista de Enfermagem	Estudo descritivo, exploratório e correlacional que avaliou a preparação organizacional de um hospital para apoiar a translação do conhecimento e sua incorporação na prática clínica, com 275 enfermeiros. A dimensão "Clima Organizacional para a Mudança" apresentou maior consenso, enquanto "Liderança" teve menor representação, sugerindo desafios no planejamento e envolvimento de colaboradores, apesar de um bom nível de prontidão organizacional para mudança.
13	SciELO Brasil	Cultura de segurança: percepção dos enfermeiros de	Campos, L. P. S.; *et al.* (2023)	Revista da Escola de	Estudo avaliou a percepção da cultura de segurança do paciente por enfermeiros que atuam em UTIs brasileiras. Os resultados mostraram baixa notificação de eventos adversos e percepção

	Base de Dados	Título do Artigo	Autores/ Ano	Periódico	Principais Conclusões
		Unidades de Terapia Intensiva		Enfermagem da USP	punitiva por parte de superiores, apesar de alguns itens (como cooperação entre equipes) terem sido avaliados positivamente, reforçando a necessidade de maior interação gerencial e educação continuada.
14	SciELO Brasil	A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem	Lopes, B. De A.; Cañedo, M. C.; Torres, N. L.; Lopes, T. I. B.; Gaíva, M. A. M. 2023.	Cogitare Enfermagem	Estudo transversal em hospital de ensino no Centro-Oeste do Brasil que avaliou conhecimento da equipe de enfermagem sobre segurança do paciente e ocorrência de eventos adversos via questionário online. Os itens mais bem avaliados foram higiene das mãos e protocolos específicos, com eventos adversos frequentes relatados como úlceras de pressão, destacando a necessidade de educação continuada para implementação de metas de segurança na prática diária
15	SciELO Brasil	Cultura de segurança do paciente em serviços de diálise durante pandemia da covid-19: perspectiva da enfermagem	Hoffmann, M. A.; *et al.* 2023.	Cogitare Enfermagem	Estudo com 56 profissionais de enfermagem de serviços de diálise em Minas Gerais que usou o Hospital Survey on Patient Safety Culture. A maioria classificou a segurança do paciente como boa ou excelente, com destaque para "Expectativas e ações da direção que favorecem a segurança", enquanto "Resposta não punitiva aos erros" e "Dimensionamento de pessoal" foram fragilidades. O tipo de gestão influenciou a positividade das respostas.
16	SciELO Brasil	Cultura de segurança do paciente em serviços de alta complexidade	Haas, L. E.; Gaedke, M. Â.; Santos, J. A. M. 2022.	Cogitare Enfermagem	Estudo transversal com 103 profissionais multiprofissionais avaliou a cultura de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento e terapia intensiva durante a pandemia. Dimensões como trabalho em equipe e ações da chefia foram

	Base de Dados	Título do Artigo	**Autores/ Ano**	**Periódico**	**Principais Conclusões**
		no contexto da pandemia covid-19			consideradas áreas fortes (79,5% e 73,6%), enquanto resposta não punitiva ao erro (37,9%) e transferências/plantões (31,8%) foram fracas, com alta subnotificação de eventos adversos.
17	SciELO Brasil	Cultura familiar versus cultura hospitalar institucional: uma relação entre dois mundos	Farias, D. H. R.; *et al.* 2021.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Estudo qualitativo com familiares de crianças internadas em hospital no Sul do Brasil para compreender a relação entre a cultura familiar e a cultura institucional hospitalar. A internação hospitalar é vista como um momento de encontro e interação entre essas duas culturas, com hospital se adaptando para humanizar cuidados culturais.
18	SciELO Brasil	Cultura de segurança do paciente, cuidados de enfermagem negligenciados e suas causas em Obstetrícia	Silva, S. C. da; *et al.* 2021.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Cultura de segurança frágil na obstetrícia com correlação negativa entre forte cultura de segurança e menor omissão de cuidados; razões principais incluem falta de pessoal e recursos.
19	SciELO Brasil	Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva	Campelo, C. L.; *et al.* 2023.	Revista de Enfermagem / Terapia Intensiva	Estudo avaliou a percepção da cultura de segurança do paciente por enfermeiros que atuam em UTIs brasileiras. Os resultados mostraram baixa notificação de eventos adversos e percepção punitiva por parte de superiores, apesar de alguns itens (como cooperação entre equipes) terem sido avaliados positivamente, reforçando a necessidade de maior interação gerencial e educação continuada.
20	SciELO Brasil	Cultura de segurança do paciente em áreas	Carneiro, A. S.; *et al.* 2021.	Revista da Escola de	Estudo transversal comparou a percepção da cultura de segurança entre profissionais de áreas críticas e não críticas num

	Base de Dados	Título do Artigo	Autores/ Ano	Periódico	Principais Conclusões
		críticas e não críticas: um estudo comparativo		Enfermagem da USP	hospital de grande porte. Ambas as áreas apresentaram percepção negativa geral da cultura de segurança (≈66,5% e ≈63,5%), com apenas "satisfação no trabalho" alcançando escores positivos
21	SciELO Brasil	Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem	Rocha, R. C.; *et al.* 2021.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Comparou centros cirúrgicos com gestões diferentes; algumas dimensões foram fortalecidas (aprendizado organizacional, frequência de eventos) e outras fragilizadas.
22	PePSIC / BVS Saúde	Práticas Profissionais de Psicólogos(as) em Demandas da Saúde e Segurança no Trabalho	Libardi, D. S.; Souza, A. A. De; Andrade, A. L. De. 2025.	Psicologia: Ciência e Profissão	Estudo exploratório que identifica práticas adotadas por psicólogos no contexto da saúde e segurança no trabalho, utilizando teoria das representações sociais e análise de conteúdo com questionário online para mapear procedimentos técnicos, incluindo educação, promoção de saúde, vigilância, gestão e comunicação.
23	PePSIC / BVS Saúde	O ato de cuidar em saúde mental: aspectos alinhados à cultura de segurança do paciente*	Lima, M. E. P.; Cortez, E. A.; Almeida, V. L. A.; Xavier, S. C. M.; Fernandes, F. C. 2021.	SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas	Revisão integrativa que analisa como a Política de Segurança do Paciente pode ser incorporada ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, destacando maior complexidade de eventos adversos, barreiras de acesso e estigma na saúde mental, sugerindo educação permanente e cuidado centrado na pessoa como ferramentas de segurança.

	Base de Dados	Título do Artigo	**Autores/ Ano**	**Periódico**	**Principais Conclusões**
24	PePSIC / BVS Saúde	Percepção de Profissionais de Hospital Público sobre Cultura de Segurança do Paciente	Dos Santos Façanha, T. R. S.; Araújo, T. C. C. F. 2023.	Revista Psicologia e Saúde	Estudo descritivo, correlacional e analítico com 378 profissionais de hospital público que responderam ao HSOPSC, mostrando diferenças de percepção entre categorias profissionais sobre dimensões da cultura de segurança, em especial discordância quanto à resposta não punitiva aos erros, e recomendando capacitação e protocolos baseados no trabalho multiprofissional.
25	Periódico CAPES	Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais brasileiros	Jacques, F. B. L.; Macedo, E.; Caregnato, R. C. A. 2021.	Revista Saúde em Redes.	Estudo metodológico em duas etapas, com análise documental retrospectiva de dados de 1.930 profissionais de seis hospitais brasileiros por meio do HSOPSC e posterior desenvolvimento de um plano educacional com equipe multiprofissional, evidenciando avanços pontuais na cultura de segurança (como aprendizado organizacional e trabalho em equipe), porém com fragilidades comuns relacionadas à resposta não punitiva aos erros e à comunicação em transferências e passagens de plantão, recomendando intervenções educativas focadas em cultura justa, engajamento das lideranças, melhoria da comunicação e fortalecimento do trabalho em equipe.
26	Periódico CAPES	Potencialidades e desafios encontrados na atuação da equipe multiprofissional em um ambiente hospitalar.	Barbosa, M. L. C. S.; *et al.* 2023.	Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences	Revisão integrativa da literatura com 8 estudos selecionados nas bases BVS, LILACS, BDENF e MEDLINE (2018–2023), evidenciando que a atuação da equipe multiprofissional em ambiente hospitalar apresenta como potencialidades a colaboração interdisciplinar, a troca de saberes e a segurança psicológica, porém enfrenta desafios relacionados à comunicação interpessoal, conflitos, hierarquias e fragmentação do trabalho, recomendando o fortalecimento da comunicação,

	Base de Dados	Título do Artigo	**Autores/ Ano**	**Periódico**	**Principais Conclusões**
					da confiança, da educação permanente e de estratégias colaborativas para qualificar o trabalho em equipe e a assistência ao paciente.
27	Periódico CAPES	Cultura de segurança do paciente e sobrecarga de trabalho: percepções de trabalhadores de enfermagem.	Minello, A.; *et al*. 2020.	Research, Society and Develop-ment.	Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, com 16 trabalhadores de enfermagem de uma unidade hospitalar, utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, evidenciando que a cultura de segurança do paciente é percebida predominantemente como ações individuais e pontuais de cuidado, com fragilidade na dimensão coletiva, além de apontar a sobrecarga de trabalho como fator que compromete a qualidade da assistência e aumenta o risco de incidentes, recomendando o fortalecimento da cultura de segurança de forma institucional, com ênfase na comunicação, no trabalho em equipe e na adequação das condições de trabalho.
28	Periódico CAPES	Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares.	Villar, V. C. F. L.; Martins, M.; Rabello, E. T. 2022.	Saúde em Debate	Estudo quantitativo, transversal e descritivo, com 147 profissionais de enfermagem de um hospital público, utilizando o HSOPSC para avaliação da cultura de segurança do paciente, evidenciando fragilidades nas dimensões relacionadas à resposta não punitiva aos erros, apoio da gestão e comunicação aberta, além de percepção limitada quanto à notificação de eventos adversos, recomendando o fortalecimento de uma cultura justa, investimento em estratégias de comunicação e maior envolvimento da liderança na promoção da segurança do paciente.

	Base de Dados	Título do Artigo	**Autores/ Ano**	**Periódico**	**Principais Conclusões**
29	Periódico CAPES	Fatores facilitadores e dificultadores para a prática de notificação de eventos adversos por enfermeiros.	Pereira, J. A.; *et al.* 2021.	Revista Eletrônica Acervo Saúde	Estudo de caso qualitativo, com 25 enfermeiros de um hospital da Zona da Mata Mineira, utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, evidenciando que a notificação de eventos adversos é favorecida pela comunicação eficaz, trabalho em equipe e aprendizado organizacional, porém dificultada por cultura punitiva, ausência de feedback e sobrecarga de trabalho, recomendando a superação do modelo punitivo, o fortalecimento da cultura de segurança e a implementação de estratégias de educação permanente e corresponsabilização da equipe multiprofissional.
30	Periódico CAPES	Desafios na implantação da cultura de segurança do paciente no Brasil: revisão integrativa da literatura.	Viana, I. S.; Del Sarto, R. B. O.; Filho, I. E. M.; Vilela, A. B. A. 2023.	Research, Society and Development.	Revisão integrativa da literatura em análise de 12 artigos científicos nacionais e internacionais, que investigou os desafios para a consolidação da cultura de segurança do paciente no Brasil, com destaque as principais barreiras a persistência de uma cultura punitiva, a precariedade na comunicação interpessoal e a escassez de recursos humanos e materiais. As conclusões destacam que a implementação efetiva da segurança do paciente depende da superação do medo da punição e da culpabilização individual, recomendando a adoção de estratégias de gestão participativa, investimentos em educação permanente e o fortalecimento de uma cultura justa, onde o erro seja compreendido como uma oportunidade de aprendizado institucional e melhoria dos processos assistenciais.

	Base de Dados	Título do Artigo	**Autores/ Ano**	**Periódico**	**Principais Conclusões**
31	Periódico CAPES	Cultura punitiva percebida por profissionais de saúde atuantes em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa	Toledo, S. A. R. G.; *et al.* 2021	Saúde Coletiva	Revisão integrativa de 11 artigos (2010-2020) que avaliou a percepção de profissionais de saúde em UTIs sobre a cultura punitiva através do questionário HSOPSC. Os resultados revelaram uma fragilidade severa em todos os estudos, evidenciando que a cultura da culpa individual ainda prevalece sobre a análise sistêmica do erro. A pesquisa conclui que este cenário gera medo e subnotificação de incidentes, reforçando a necessidade urgente de treinar lideranças para a transição rumo a uma cultura justa e de integrar o tema na formação acadêmica e na educação permanente.

Fonte: artigos incluídos. Quadro criado pelas autoras

A análise exigiu capacidade de síntese, interpretação e categorização, à construção das discussões apresentadas a seguir.

Resultados e Discussão

A análise temática possibilitou identificar categorias que estruturam a compreensão do fenômeno, por meio da articulação dos fatores individuais, relacionais e institucionais. Apresenta-se, a seguir, o Quadro 2, com estas categorias e a inclusão dos autores que sustentam cada interpretação.

Quadro 2. Categorias temáticas, interpretação e autores

Categoria Temática	**Interpretação e autores**
1. Cultura de segurança do paciente: dimensões, avaliação e percepção	Modo como a segurança é percebida e avaliada nas organizações, evidenciando avanços e fragilidades estruturais. Estudos apontam fortalezas como trabalho em equipe e fragilidades como cultura punitiva e baixa notificação (Hoffmann *et al.,* 2025; Batalha *et al.,* 2024; Sátiro *et al.,* 2024; Brás *et al*., 2021; Campos *et al.,* 2023; Hass *et al*., 2022; Carneiro *et al.,* 2021; Jacques *et al*., 2021).
2. Cultura punitiva, erro e notificação de eventos adversos	Evidências da persistência da culpabilização individual, gerando medo e subnotificação. Registros da necessidade de uma cultura justa voltada à aprendizagem organizacional (Brás *et al*., 2021; Campos *et al*., 2023; Haas *et al.,* 2022; Pereira *et al.,* 2021; Viana *et al*., 2023; Toledo *et al.,* 2021; Façanha; Araújo, 2023; Villar *et al.,* 2022).

Categoria Temática	Interpretação e autores
3. Comunicação, trabalho em equipe e colaboração interprofissional	A comunicação como foco para a segurança, sendo fator facilitador ou barreira. Relações interprofissionais eficazes fortalecem o cuidado, enquanto falhas comprometem resultados (Fujii; Iwasa, 2025; Ghoul *et al.*, 2025; Skegg *et al.,* 2023; Barbosa *et al.,* 2023; Pereira *et al*., 2021; Oliveira Junior *et al*., 2024).
4. Fatores organizacionais, liderança e condições de trabalho	A cultura de segurança sendo fortemente influenciada por liderança, gestão e condições de trabalho, como dimensionamento e sobrecarga (Aunger *et al.,* 2023; Rodrigues *et al*., 2023; Haas *et al.,* 2022; Minello *et al*., 2020; Viana *et al.,* 2023; Villar*et al.,* 2022; Hoffmann *et al.,* 2023).
5. Violência, comportamentos não profissionais e relações de trabalho	Situações de violência, assédio e comportamentos inadequados comprometem o clima organizacional e a segurança (Fujii; Iwasa, 2025; Aunger *et al.,* 2023; Yang *et al.*, 2025).
6. Aspectos psicossociais e emocionais do trabalho em saúde	Emoções como medo, culpa e sofrimento psíquico influenciam a atuação profissional e a segurança do paciente (Khosravi *et al*., 2025; Batalha *et al*., 2024; Minello *et al*., 2020; Yang *et al.*, 2025).
7. Estratégias, intervenções e práticas para	Inclui ações como educação permanente, *debriefing* e práticas de gestão da segurança, cuja efetividade depende do apoio

Categoria Temática	Interpretação e autores
fortalecimento da segurança	institucional (Ghoul *et al*., 2025; Skegg *et al*., 2023; Sátiro *et al*., 2024; Jacques *et al*., 2021; Libardi *et al*., 2025; Lopes *et al*., 2023; Lima *et al*., 2021).
8. Contextos específicos de cuidado e populações	Evidências das particularidades da segurança em diferentes cenários, como UTI, diálise, centro cirúrgico e saúde mental, com desafios transversais (Oliveira Junior *et al*., 2024; Farias *et al*., 2021; Lima *et al*., 2021; Rocha *et al*., 2021; Silva *et al*., 2021).

Fonte: artigos incluídos.

Os estudos revisados reforçam a distinção entre culturas organizacionais justas, caracterizadas por respostas não punitivas e foco no aprendizado sistêmico e punitivas, marcadas pela culpabilização individual que inibe a notificação de eventos adversos, especialmente em contextos hospitalares (Fujii; Iwasa, 2025; Hoffmann *et al.,* 2025).

Revisões sistemáticas e estudos transversais demonstram que culturas punitivas promovem subnotificação de erros de medicação e violência lateral entre enfermeiros, onde compromete a comunicação interprofissional e o *debriefing* pós-operatório em salas cirúrgicas e unidades de terapia intensiva (Skegg *et al*., 2023; Khosravi *et al*., 2025; Fujii; Iwasa, 2025). Em oposição, práticas justas, como as reuniões de segurança e respostas não punitivas, fortalecem o trabalho em equipe e a melhoria contínua em serviços de diálise e enfermagem, conforme avaliado pelo Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) em hospitais brasileiros (Ghoul *et al*., 2025; Khosravi *et al*., 2025; Carneiro *et al*.., 2021a).

Tais evidências validam os dados deste estudo, nos quais a adoção de cultura justa eleva a notificação proativa de eventos

adversos, mitiga fragilidades observadas em contextos de alta complexidade pandêmica (Hoffmann *et al*., 2023; Haas; Gaedke; Santos, 2022).

Ambientes punitivos agravam emoções negativas como medo, culpa e vergonha após erros, exacerbadas por bullying e comportamentos não profissionais, o que incrementa burnout e estresse traumático entre enfermeiros (Khosravi *et al*., 2025; Yang *et al*.., 2025; Aunger *et al*., 2023).

Culturas justas, por meio de apoio à "segunda vítima" e liderança empática, melhoram a qualidade de vida profissional e incentivam intervenções em assédio moral, conforme revisões de métodos mistos (Batalha; Borges; Melleiro, 2024; Yang *et al*.., 2025). Esses resultados alinham-se às percepções positivas identificadas no presente trabalho, onde maior segurança psicológica associa-se a menor rotatividade e adesão a protocolos de cuidado.

Deficiências em liderança e dimensionamento de pessoal perpetuam culturas punitivas, limitando a governança por meio de baixa prontidão para mudanças e decisões colegiadas em hospitais universitários (Rodrigues; Pereira; Martins, 2023; Sátiro E *et al*., 2024).

Estratégias justas, com ênfase em monitoramento ético e integração multiprofissional, fortalecem a responsabilização e o planejamento institucional, ecoa as transições observadas em serviços de diálise e terapia intensiva (Hoffmann *et al*., 2025; Campos *et al*.., 2023b).

Assim, intervenções em governança revelam-se imperativas para consolidar culturas promotoras de segurança integral, conforme preconizado pelos achados comparativos deste estudo.

Nesses termos, a análise dos estudos torna evidente que a cultura de segurança do paciente representa o eixo central das investigações, sendo abordada tanto em sua dimensão avaliativa quanto perceptiva. De modo geral, observa-se que, embora existam avanços em aspectos como trabalho em equipe e aprendizado organizacional, persistem fragilidades importantes, especialmente relacionadas à resposta não punitiva ao erro e à subnotificação de

eventos adversos (Hoffmann *et al.,* 2025; Batalha *et al.,* 2024; Sátiro *et al*., 2024; Brás *et al*., 2021; Haas *et al.,* 2022; Carneiro *et al.,* 2021; Jacques *et al.,* 2021). Esses achados possibilitam observar que a consolidação de uma cultura de segurança ainda se encontra em processo de amadurecimento nas instituições de saúde.

Articulada a esse cenário, a cultura punitiva configura-se como um dos principais entraves à segurança do paciente. Os estudos analisados nesta categoria salientam à predominância de uma lógica de culpabilização individual que gera medo, silêncio e resistência à notificação de erros. Tal contexto compromete a aprendizagem organizacional e a melhoria dos processos assistenciais (Pereira *et al.,* 2021; Viana *et al.,* 2023; Toledo *et al.,* 2021; Façanha; Araújo, 2023; Villar *et al.,* 2022). Isso reforça a necessidade de transição para uma cultura justa, na qual o erro seja compreendido como oportunidade de aprendizagem e de aprimoramento.

Outro eixo relevante refere-se à comunicação e ao trabalho em equipe, reconhecidos como elementos estruturantes da segurança do paciente. A literatura destaca que falhas comunicacionais, relações hierárquicas rígidas e fragmentação do cuidado dificultam a colaboração interprofissional, enquanto práticas baseadas no diálogo, confiança e cooperação favorecem a qualidade assistencial (Fujii; Iwasa, 2025; Ghoul *et al.,* 2025; Skegg *et al.,* 2023; Barbosa *et al.,* 2023; Oliveira Junior *et al.,* 2024). Assim, a comunicação efetiva se revela como condição à redução de riscos e eventos adversos.

Os fatores organizacionais, liderança e condições de trabalho também representam determinantes na construção da cultura de segurança. Aspectos como dimensionamento inadequado de pessoal, sobrecarga de trabalho e fragilidades na atuação da liderança impactam diretamente o desempenho das equipes e a qualidade do cuidado (Aunger *et al.*,, 2023; Rodrigues *et al.,* 2023; Minello *et al.,* 2020; Viana *et al.,* 2023; Hoffmann *et al.,* 2023). Nesse sentido, a atuação gerencial e o suporte institucional são importantes à promoção de ambientes seguros e sustentáveis.

A análise também evidencia a presença de violência e comportamentos não profissionais no ambiente de trabalho em saúde, incluindo assédio moral, *bullying* e violência horizontal. Tais fenômenos comprometem o clima organizacional, fragilizam as relações interpessoais e impactam negativamente tanto o bem-estar dos profissionais quanto a segurança do paciente (Fujii; Iwasa, 2025; Aunger *et al.,* 2023; Yang *et al.,* 2025).

No campo dos aspectos psicossociais e emocionais, destacam-se sentimentos como medo, culpa, vergonha e sofrimento psíquico, especialmente associados à ocorrência de erros e às condições adversas de trabalho. Esses elementos influenciam diretamente a saúde mental dos profissionais e sua capacidade de adesão a práticas seguras (Khosravi *et al.,* 2025; Batalha *et al.,* 2024; Minello *et al.,* 2020; Yang *et al.,* 2025).

Quanto às estratégias e intervenções, os textos conduzem a iniciativas como educação permanente, *debriefing,* reuniões de segurança e implementação de protocolos como caminhos para o fortalecimento da cultura de segurança. Contudo, tais ações ainda se apresentam, em muitos contextos, de forma fragmentada e dependentes do engajamento da liderança e da institucionalização dessas práticas (Ghoul *et al.,* 2025; Skegg *et al.,* 2023; Jacques *et al.,* 2021; Libardi *et al.,* 2025; Lopes *et al.,* 2023; Lima *et al.,* 2021).

Por fim, a categoria contextos específicos de cuidado evidencia que, embora existam particularidades em cenários como unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos, serviços de diálise e saúde mental, os desafios relacionados à cultura de segurança são transversais. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias adaptadas às especificidades de cada contexto, sem perder de vista a integração sistêmica das ações de segurança (Oliveira Junior *et al.,* 2024; Farias *et al.,* 2021; Rocha *et al.,* 2021; Silva *et al.,* 2021; Lima *et al.,* 2021).

Considerações Finais, Lacunas e Contribuições Teóricas

Este estudo possibilitou examinar os fundamentos, as expressões e as implicações das culturas organizacionais justa e punitiva no contexto hospitalar, especialmente no que se refere aos seus efeitos sobre a segurança do paciente, a segurança psicológica dos profissionais e a governança institucional.

Os resultados evidenciam que a cultura punitiva, ao priorizar a culpabilização individual, compromete a transparência, desencoraja a notificação de eventos adversos e fragiliza a comunicação entre equipes, limita o aprendizado organizacional e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

Em oposto, a cultura justa se mostra mais alinhada às práticas contemporâneas de segurança do paciente ao reconhecer o erro como fenômeno multifatorial, influenciado por fatores humanos, sistêmicos e organizacionais. Essa abordagem favorece a análise de processo, a comunicação aberta, o fortalecimento do trabalho em equipe e a construção de ambientes psicologicamente seguros, nos quais os profissionais se sentem encorajados a relatar falhas sem receio de punições.

A segurança psicológica se mostra como elemento central para a consolidação dessa cultura, pois sustenta relações baseadas na confiança, nos diálogos e na aprendizagem coletiva. Sua presença contribui para a prevenção de erros, para o bem-estar dos profissionais e para a redução de sentimentos de medo, culpa e vergonha, associados às falhas, além de impactar positivamente a adesão a protocolos.

A segurança do paciente reafirma-se como um requisito essencial da qualidade assistencial, cujo maior desafio reside na superação de uma lógica punitiva e protocolar, ainda enraizada pela sobrecarga de trabalho e pela visão fragmentada do cuidado. A reversão dessa percepção requer o engajamento da alta gestão e o treinamento das lideranças de enfermagem e medicina para a promoção de uma cultura justa, que substitua a culpabilização individual pela análise sistêmica e pelo aprendizado coletivo. Nesse

contexto, a elaboração de planos educacionais estratégicos surge como um aliado fundamental para fortalecer a segurança psicológica e a experiência do profissional, fomentando um ambiente de comunicação aberta e parceria entre profissionais e pacientes.

Os achados também indicam que a governança institucional e o papel das lideranças são determinantes na transição de modelos punitivos para culturas justas. Investimentos em educação permanente, comunicação estruturada, análise sistêmica dos eventos adversos e melhoria das condições de trabalho são estratégias essenciais para que a segurança do paciente deixe de ser uma prática pontual e se consolide como valor organizacional compartilhado.

Observa-se, ainda, que a cultura justa constitui um pilar fundamental para a promoção de segurança integral no ambiente hospitalar, ao integrar segurança do paciente, segurança psicologia e governança em uma mesma base cultural. Sua consolidação requer intencionalidade e compromisso institucional, representando um caminho promissor para a qualificação do cuidado em saúde e para a construção de organizações mais seguras, humanas e sustentáveis.

Em síntese: o conjunto de elementos analisados deixa evidente que a cultura de segurança do paciente ainda se consolida de forma desigual, marcada por avanços em trabalho em equipe e aprendizado organizacional, mas limitada pela constância de práticas punitivas, fragilidades na comunicação e condições organizacionais adversas. A cultura punitiva representa o entrave central, ao inibir a notificação de eventos e restringir a aprendizagem sistêmica, em contraste com os princípios da cultura justa. A ausência de segurança psicológica e a presença de relações hierárquicas rígidas e, por vezes, violentas, aprofundam o silenciamento, o sofrimento psíquico e os riscos assistenciais.

Algumas lacunas foram identificadas no conjunto de artigos analisados: (i) escassez de estudos longitudinais que avaliem a efetividade de intervenções (*debriefing*, *safety huddles* e educação permanente); (ii) limitada integração entre cultura de segurança e

segurança psicológica em diferentes contextos assistenciais; (iii) insuficiente exploração dos vínculos entre riscos psicossociais, sofrimento no trabalho e desfechos em segurança; e (iv) necessidade de análises que articulem níveis individual, de equipe e organizacional, incluindo o papel das lideranças.

Quanto às contribuições teóricas, o estudo integra os referenciais de cultura justa e segurança psicológica e oferece uma leitura sistêmica da segurança do paciente que desloca o foco do indivíduo para as condições organizacionais e relacionais. Ao evidenciar a interdependência entre os vários aspectos analisados, propõe-se um modelo que orienta intervenções institucionais mais integradas, sustentadas por gestão participativa, fortalecimento de equipes e promoção de ambientes seguros para o cuidado e para quem cuida.

Nota das autoras

Declaramos que a ferramenta de Inteligência Artificial generativa *Gemini - Modelo de Inteligência Artificial* foi utilizada neste trabalho nas seguintes etapas: organização textual, criação de elementos gráficos e criação do índice remissivo. O uso da IA teve caráter instrumental, não substituindo a análise crítica, a interpretação teórica ou a autoria intelectual do conteúdo apresentado. Todo o conteúdo gerado foi revisado criticamente e validado pelas autoras que assumem integral responsabilidade pela originalidade e veracidade do texto final, em conformidade com a portaria CNPq nº 2.664/2026.

Referências

ALSAQQA, H. H. Avaliação dos perfis de cultura organizacional em hospitais da Faixa de Gaza. **Saúde e Sociedade**, v. 29, e191016, 2021.

ANDRADE, L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 23, p. 161–172, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015.
BARBOSA, M. L. C. S. *et al.* Potencialidades e desafios encontrados na atuação da equipe multiprofissional em um ambiente hospitalar. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, p. 1319–1330, 2023.
BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
BATALHA, E. M. S. S.; BORGES, E. M. N.; MELLEIRO, M. M. Association between patient safety culture and professional quality of life among nursing professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20230359, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0359en.
BRÁS, C. P. C.; FERREIRA, M. M. C.; FIGUEIREDO, M. C. A. B.; DUARTE, J. C. Patient safety culture in nurses' clinical practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, e3837, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837.
CAMPELO, C. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03754, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754.
CAMPOS, L. P. S. *et al.* Cultura de segurança: percepção dos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, eAPE008532, 2023. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO008532.
CARNEIRO, A. S. *et al.* Patient safety culture in critical and non-critical areas: a comparative study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20210141, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0141.
DE SOUZA GUIMARÃES, P. T.; ODERICH, C. L. Cultura organizacional na gestão hospitalar. **Revista Pleiade**, v. 17, n. 41, p. 28–38, 2023.
DOS SANTOS FAÇANHA, T. R. S.; ARAÚJO, T. C. C. F. Percepção de profissionais de hospital público sobre cultura de segurança do paciente. **Revista Psicologia e Saúde**, e1511955, 2023. Disponível

em: https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1955. Acesso em: 21 abr. 2026.

EDMONDSON, A. C. **A organização sem medo: criando segurança psicológica no local de trabalho para aprendizado, inovação e crescimento**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2020.

FARIAS, D. H. R. *et al*. Family culture versus institutional hospital culture: a relation between two worlds. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20200267, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0267.

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

HAAS, L. E.; GAEDKE, M. Â.; SANTOS, J. A. M. Cultura de segurança do paciente em serviços de alta complexidade no contexto da pandemia COVID-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, e83942, 2022. DOI: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.83942.

HIGGINS, J. P. T. *et al.* **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. 2. ed. Chichester: Wiley, 2019. DOI: https://doi.org/10.1002/9781119536604.

HOFFMANN, M. A. *et al*. Cultura de segurança do paciente em serviços de diálise durante pandemia da COVID-19: perspectiva da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, e88374, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92134.

HOFFMANN, M. A. *et al.* Organizational culture and climate for patient safety in dialysis services: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, e20240319, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0319en.

JACQUES, F. B. L.; MACEDO, E.; CAREGNATO, R. C. A. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais brasileiros. **Revista Saúde em Redes**, v. 7, n. 3, 2021.

LIBARDI, D. S.; SOUZA, A. A. de; ANDRADE, A. L. de. Práticas profissionais de psicólogos(as) em demandas da saúde e segurança no trabalho. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 45, e272594, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/PPJ4vFDnwMJLpjqzRBkHQkg/. Acesso em: 21 abr. 2026.

LIMA, M. E. P. de *et al.* O ato de cuidar em saúde mental: aspectos alinhados à cultura de segurança do paciente. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 17, n. 2, p. 92–103, 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762021000200012&script=sci_arttext. Acesso em: 21 abr. 2026.

LOPES, B. de A. *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, e86111, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.91375.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINELLO, A. *et al.* Cultura de segurança do paciente e sobrecarga de trabalho: percepções de trabalhadores de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 6, e21963476, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3476.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, e1000097, 2009. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097.

OLIVEIRA JUNIOR, N. J. de *et al.* Challenges of safety culture in Surgical Center: mixed methods study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, e4206, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.7001.4207.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71.

PEREIRA, J. A. *et al.* Fatores facilitadores e dificultadores para a prática de notificação de eventos adversos por enfermeiros. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, e6235, 2021. DOI: https://doi.org/10.25248/REAS.e6235.2021.

PRATES, C. G. *et al.* Cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde: pesquisa de métodos mistos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, e20200418, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418.

REIS, C. T. **Cultura de segurança em organizações de saúde**. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). ***Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras***. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2019. p. 77–109. Disponível em: http://books.scielo.org/id/bskw2 /pdf/sousa-9788575416426.pdf#page=75. Acesso em: 21 mar. 2026.

ROCHA, R. C. *et al.* Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03774, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774.

RODRIGUES, F. M. A.; PEREIRA, R. P. G.; MARTINS, M. M. Cultura organizacional para a mudança num contexto hospitalar: uma perspectiva de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, eAPE00551, 2023. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00551.

SÁTIRO, L. S. P. *et al.* Percepção dos profissionais atuantes em um hospital universitário sobre a cultura de segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, e92456, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92456.

SHAMSEER, L. *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. **BMJ**, v. 349, g7647, 2015. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.g7647.

SILVA, S. C. da *et al.* Patient safety culture, missed nursing care and its reasons in obstetrics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, e3461, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461.

SOUZA, C. S. de *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, e20180294, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294.

VENTURA, P. F. E. V.; VELLOSO, I. S. C.; ALVES, M. Influência da cultura organizacional na gestão da qualidade de um hospital universitário. **Revista Rene**, 2020.

VIANA, I. S. *et al.* Desafios na implantação da cultura de segurança do paciente no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Research,**

Society and Development, v. 12, n. 2, e28212240035, 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40035.
VILLAR, V. C. F. L.; MARTINS, M.; RABELLO, E. T. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1174–1186, 2022.

PARTE 4:
DIAGNÓSTICO, INTERVENÇÕES E PRÁTICAS

TENDÊNCIAS GLOBAIS EM CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA ÀS INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Luana Folchini da Costa
Morgana Menegat Cavalheiro
Alexandra Carol Cioato

Introdução

A segurança do paciente consolidou-se, nas últimas décadas, como uma das agendas centrais da qualificação dos sistemas de saúde. Esse movimento decorre do reconhecimento de que os danos associados ao cuidado não constituem eventos marginais ou excepcionais, mas expressão de fragilidades organizacionais, processuais e relacionais que atravessam o trabalho em saúde (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America *et al*., 2000; Panagioti *et al*., 2019). Apesar dos avanços tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos, a ocorrência de eventos adversos permanece elevada, o que reforça a necessidade de compreender os determinantes organizacionais da assistência segura (Bates & Singh, 2018; Koike *et al*., 2022). Nesse contexto, a cultura de segurança do paciente passou a ocupar lugar de destaque por permitir uma leitura que ultrapassa a responsabilização individual e desloca a análise para valores compartilhados, padrões de comportamento, formas de comunicação, estilos de liderança, modos de aprendizagem institucional e prioridades efetivamente assumidas pelas organizações de saúde (Gebeyehu *et al*., 2024; Keller *et al*., 2024). Essa centralidade do tema é reiterada por diferentes revisões, que associam a cultura de segurança à qualidade assistencial, à prevenção de danos e ao fortalecimento de ambientes mais

transparentes e responsivos à ocorrência de falhas (Gebeyehu *et al*., 2024; Keller *et al*., 2024; Sammer *et al*., 2010).

De modo geral, a cultura de segurança do paciente pode ser compreendida como o conjunto de valores, atitudes, percepções e padrões de comportamento, individuais e coletivos, que sustentam o compromisso organizacional com a segurança no cuidado (Halligan & Zecevic, 2011; Parker *et al*., 2006). Ela corresponde ao produto de valores e comportamentos que determinam o estilo e a proficiência da organização na gestão da segurança (Freedman *et al*., 2025). Em sentido convergente, estudos realizados em países de baixa e média renda assinalam que a cultura de segurança é moldada por pressuposições, valores, atitudes e comportamentos partilhados pelos trabalhadores (Gebeyehu *et al*., 2024; Parker *et al*., 2006). Essa compreensão é particularmente relevante porque afasta interpretações restritas da segurança como mera obediência a protocolos e a reposiciona como atributo relacional e organizacional, produzido nas interações entre profissionais, equipes, liderança, sistemas de gestão e dispositivos de aprendizagem institucional.

A relevância da cultura de segurança para a qualidade assistencial decorre, em primeiro lugar, de sua associação com melhores práticas clínicas e com a redução de eventos adversos. Constitui-se, portanto, como um importante preditor de boas práticas clínicas e de melhoria dos desfechos assistenciais (Braithwaite *et al*., 2017; Freedman *et al*., 2025; Hodgen *et al*., 2017). Uma cultura favorável para a segurança está associada à redução de eventos adversos, à melhoria da qualidade do cuidado e ao aumento da satisfação de pacientes e profissionais (Galvan *et al*., 2005; Gebeyehu *et al*., 2024). Ainda nesse sentido, Bagnasco *et al*. (2016) e Kim (2020) enfatizam que falhas na segurança do paciente reduzem a qualidade da assistência e produzem perdas institucionais e financeiras, ao passo que Koike *et al*., (2022) lembram que a complexidade crescente dos sistemas de saúde ampliou a necessidade de mecanismos organizacionais capazes de prevenir erros evitáveis e sustentar práticas seguras. Em conjunto,

esses estudos permitem sustentar que a cultura de segurança não representa apenas um marcador abstrato de clima institucional, mas uma condição organizacional com efeitos concretos sobre a confiabilidade dos processos de cuidado.

A cultura de segurança também está intimamente ligada à aprendizagem organizacional. Em contextos assistenciais complexos, a segurança depende não apenas da ausência de erros, mas da capacidade institucional de identificá-los, comunicá-los, analisá-los e transformá-los em oportunidade de melhoria. Koike *et al*. (2022), ao examinarem 16 anos de notificações em um hospital japonês, mostram que o aumento do reporte de incidentes menos graves e de "incidentes sem danos", em fases iniciais, e posteriormente de incidentes moderados e relacionados a procedimentos, pode refletir amadurecimento cultural e maior disposição para reconhecer falhas.

Com base na orientação da Organização Mundial da Saúde sobre sistemas de notificação e aprendizagem, citada pelos autores, o reporte de incidentes é apresentado como ferramenta central para a aprendizagem institucional. Essa formulação converge com a revisão de Freedman *et al*. (2025), segundo os quais organizações mais seguras estimulam a comunicação aberta, o reporte de falhas e a aprendizagem com os erros, e com Järvisalo *et al*., (2024), que associam culturas abertas e não punitivas ao aumento da notificação e à transformação dos eventos em oportunidade de aprendizagem.

Além da aprendizagem organizacional, a cultura de segurança também se relaciona ao cuidado centrado no paciente, ainda que essa articulação nem sempre apareça de forma explícita em todos os estudos. Kim (2020) define as atividades de gestão da segurança do paciente como medidas sistemáticas para reduzir, eliminar e prevenir riscos reais e potenciais aos pacientes. Em paralelo, Keller *et al*. (2024) em sua agenda europeia de pesquisa sobre equipes de cuidado agudo, assinalam que comunicação, liderança, processos de equipe, segurança psicológica e cultura organizacional são elementos interdependentes no enfrentamento dos riscos assistenciais. Nessa perspectiva, a proteção do paciente depende da

capacidade institucional de coordenar ações, favorecer a comunicação efetiva e prevenir danos evitáveis.

No plano conceitual, é importante reconhecer a proximidade, mas também a distinção, entre cultura de segurança e clima de segurança. A cultura de segurança remete à dimensão mais profunda e relativamente estável da organização, envolvendo valores, pressupostos, normas e padrões compartilhados, enquanto o clima de segurança se refere mais diretamente às percepções compartilhadas dos profissionais sobre prioridades, práticas e comportamentos relacionados à segurança em determinado contexto e momento (Halligan & Zecevic, 2011; Sammer *et al*., 2010). Essa distinção ajuda a compreender por que diferentes estudos utilizam instrumentos variados e enfatizam facetas parcialmente distintas do fenômeno (Sexton *et al*., 2006; Sorra *et al*., 2021; Sorra & Nieva, 2004).

Na literatura sobre o tema, encontra-se a cultura de segurança que se materializa em dimensões concretas do trabalho em saúde, como liderança, trabalho em equipe, abertura para comunicação, resposta ao erro, apoio gerencial, condições organizacionais e aprendizagem contínua. Gebeyehu *et al*. (2024) encontraram prevalência combinada de 48,25% de cultura de segurança em países de baixa e média renda, com melhores resultados para trabalho em equipe dentro das unidades e piores resultados para resposta não punitiva ao erro. Freedman *et al*. (2025) mostram que a incivilidade no trabalho reduz a probabilidade de manutenção de uma cultura de segurança positiva, com impacto sobre abertura para comunicação, trabalho em equipe, reporte de eventos e comunicação sobre erros. Também, Zabin *et al*. (2023) associam estresse ocupacional, sobrecarga, fadiga e escassez de pessoal a piores indicadores de cultura de segurança.

Esse conjunto de evidências indica que a cultura de segurança do paciente é um fenômeno multidimensional, dependente de fatores organizacionais, relacionais e formativos. Embora a literatura internacional já tenha produzido revisões sobre dimensões específicas da segurança do paciente, fatores associados

à cultura de segurança e estratégias interventivas pontuais, permanece relevante reunir e organizar o conhecimento a partir de uma pergunta integradora que articule diagnóstico e intervenção. Mais do que reconhecer a importância da cultura de segurança, interessa compreender como ela vem sendo avaliada nos diferentes contextos assistenciais, quais dimensões têm recebido maior atenção, que fragilidades aparecem com maior frequência e quais intervenções têm sido utilizadas para fortalecê-la.

Diante disso, este capítulo tem como propósito examinar como a literatura científica tem diagnosticado a cultura de segurança do paciente e quais intervenções têm sido utilizadas para fortalecê-la em diferentes contextos assistenciais. A pergunta norteadora que orienta esta revisão é: *como a literatura científica tem avaliado a cultura de segurança do paciente e quais intervenções têm sido utilizadas para fortalecê-la?* A revisão integrativa de literatura realizada para responder a esta pergunta pautou-se no estado da arte dos últimos 5 anos (2020-2025). A seção seguinte detalha as etapas metodológicas desta revisão.

Procedimentos metodológicos

O presente capítulo foi desenvolvido a partir de uma revisão integrativa da literatura com procedimentos sistemáticos de busca, seleção, extração e síntese dos estudos. Optou-se por essa denominação porque o objetivo não foi apenas estimar efeitos ou realizar meta-análise, mas reunir, comparar e interpretar evidências provenientes de delineamentos distintos: transversais, quase experimentais, ensaios randomizados, revisões sistemáticas, estudos mistos e protocolos, acerca do diagnóstico e das intervenções relacionadas à cultura de segurança do paciente (Whittemore & Knafl, 2005).

A busca bibliográfica foi realizada em março de 2026, na base de dados *Scopus*, escolhida por sua ampla cobertura multidisciplinar e pela indexação de periódicos relevantes das áreas da saúde, enfermagem, gestão hospitalar e qualidade

assistencial. Foi utilizada a expressão de busca "*patient safety culture*" *AND* "*intervention*". Posteriormente, aplicaram-se os filtros referentes ao período de publicação entre 2020 e 2026, ao tipo de documento "*article*" e ao acesso aberto ("*all open access*"). Essa estratégia permitiu identificar estudos recentes sobre cultura de segurança do paciente e intervenções voltadas ao seu fortalecimento em diferentes contextos assistenciais.

A estratégia inicial resultou em 170 artigos. Após a leitura de títulos e resumos, seguida de leitura integral dos textos potencialmente elegíveis, foram excluídos 40 estudos por estarem fora do escopo temático, constituírem revisões de literatura, apresentarem duplicidade ou não abordarem diretamente cultura de segurança do paciente. Ao final, 130 estudos foram incluídos na análise.

Os estudos selecionados foram organizados em três grupos analíticos: 83 estudos voltados apenas ao diagnóstico da cultura de segurança; 7 estudos centrados exclusivamente em intervenções; e 40 estudos que combinaram diagnóstico e intervenção. Essa organização permitiu examinar tanto a forma como a cultura de segurança, que tem sido avaliada quanto às estratégias utilizadas para fortalecê-la.

Para cada artigo, foram extraídas informações referentes a país, ano de publicação, contexto assistencial, população estudada, delineamento metodológico, instrumento utilizado, principais resultados, fragilidades identificadas, dimensões positivas, preditores da cultura de segurança, tipos de intervenção e resultados obtidos. Os dados foram sistematizados em planilhas e posteriormente importados para o *software* NVivo 15, utilizado como ferramenta de apoio à codificação temática e à organização das categorias analíticas.

A análise foi conduzida por meio de codificação temática, com criação de nós relacionados a contexto assistencial, grupos profissionais, delineamentos, instrumentos, resultados diagnósticos, fragilidades, dimensões positivas, preditores e tipos de intervenção. Posteriormente, esses códigos foram agrupados em categorias interpretativas mais amplas, permitindo identificar

padrões, convergências, recorrências e lacunas na literatura. A utilização do NVivo não substituiu a análise interpretativa dos autores, mas auxiliou na sistematização do *corpus*, na recuperação dos trechos codificados e na visualização das frequências e relações entre categorias.

Resultados

A análise dos 130 estudos incluídos mostrou predomínio de investigações voltadas ao diagnóstico da cultura de segurança do paciente, o que pode ajudar a explicar a maior convergência da literatura na identificação de problemas do que na avaliação de estratégias para enfrentá-los. Os estudos incluídos foram publicados em diferentes países e contextos assistenciais, com concentração mais evidente em cenários hospitalares. A distribuição dos estudos por país revelou concentração importante em alguns contextos nacionais. Brasil e Irã foram os países com maior número de publicações (11), seguido por Arábia Saudita (9), China (7), Coreia do Sul (6) e Noruega (6). Em um segundo grupo, apareceram com frequência intermediária Estados Unidos, Etiópia, Índia, Itália, Dinamarca, Espanha e Taiwan, todos com 4 publicações cada. Outros países constam ainda com 1 ou 2 publicações. Os países dos estudos mencionados estão expostos em formato de nuvem de palavras, conforme a Figura 1.

Figura 1: Países com publicação dos estudos analisados



Fonte: as autoras (2026).

Observou-se predomínio de hospitais (72), unidades específicas [ginecologia-obstetrícia; centros cirúrgicos; maternidades etc.] (18), unidades de terapia intensiva adulto e pediátricas (10) e instituições de longa permanência para idosos (4), embora também tenham sido identificados estudos em atenção primária (2), farmácias (3), formação em enfermagem e residência médica (3) e outros serviços de saúde (14). Esse predomínio do ambiente hospitalar sugere que a cultura de segurança do paciente continua sendo investigada prioritariamente em contextos de maior complexidade assistencial, maior risco de eventos adversos e maior densidade tecnológica.

Quanto aos grupos profissionais incluídos nos estudos, observou-se predomínio de investigações realizadas com equipes de enfermagem, especialmente enfermeiros, que apareceram como população exclusiva ou majoritária em grande parte dos estudos (45). Também foram identificados estudos com médicos, farmacêuticos, gestores, parteiras, fisioterapeutas, radiografistas e equipes multiprofissionais. Em alguns casos, as amostras reuniram conjuntamente médicos e enfermeiros, permitindo comparações entre categorias profissionais e funções gerenciais. Os estudos mostram que enfermeiros tendem a apresentar percepções mais críticas sobre a cultura de segurança, especialmente em relação a dimensionamento de pessoal, resposta não punitiva ao erro e

comunicação, enquanto médicos frequentemente apresentam escores mais elevados em clima e cultura de segurança. Também se observou que profissionais em cargos de gestão tendem a relatar percepções mais positivas do que aqueles diretamente envolvidos na assistência. Os grupos profissionais estão apresentados em formato de nuvem de palavras, conforme a Figura 2.

Figura 2: Grupos profissionais dos estudos analisados.



Fonte: as autoras (2026).

Os delineamentos metodológicos foram predominantemente quantitativos (109), destes, a maioria transversais (67), especialmente entre os estudos diagnósticos. Nos estudos de intervenção, predominaram delineamentos quase-experimentais, pré e pós-intervenção, com ou sem grupo controle (17). Houve poucos ensaios randomizados (6), estudos longitudinais ou pesquisas com seguimento prolongado (6). A literatura ainda é mais robusta para identificar problemas do que para avaliar a sustentabilidade dos efeitos das intervenções, sugerindo relevância para pesquisas futuras.

A seção que segue discorre sobre processos de diagnóstico identificados nos estudos referentes à cultura de segurança do paciente.

Diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente

Os resultados gerais indicam um predomínio de percepções intermediárias ou moderadamente positivas, com escores globais frequentemente situados entre 50% e 65% (Ex. Grauma *et al*.,2020; Qu *et al*. 2026; Zabin *et al*.,2025). Estudos recentes exemplificam essa tendência, com índices de 50,1% na Etiópia (Ali *et al*., 2024), 59,0% na Turquia para a percepção de segurança (Filiz, 2023) e 62,4% em hospitais psiquiátricos na China (Qu, Shao & Li, 2026). Nos Estados Unidos, uma análise retrospectiva apontou uma média de 65% ao longo de sete anos, com um declínio gradual de 67% em 2013 para 64% em 2020 (Alabdullah & Karwowski, 2025).

A classificação do "grau de segurança" também revela fragilidades: enquanto no Brasil 54,9% dos profissionais de UTIs o consideram "aceitável", em contextos de menor recurso, como no Djibouti, apenas 37% utilizam essa classificação, com 38% classificando-a como "ruim" (Oliveira *et al*., 2022; Saleh *et al*., 2026). No Afeganistão, a percepção de segurança foi classificada como "ruim" por 65% dos profissionais (Jabarkhil *et al*., 2021).

Instrumentos diagnósticos

Entre os instrumentos utilizados para diagnosticar a cultura ou o clima de segurança, observou-se predomínio do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC, 77) desenvolvido em 2004 pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), incluindo suas diferentes versões e adaptações, como as específicas para hospitais, atenção primária e países, sendo este instrumento validado para o Brasil (Andrade *et al*., 2017). O segundo instrumento mais frequente foi o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ, 16), desenvolvido por Bryan Sexton e colaboradores, em 2006, com versões validadas para o Brasil (Carvalho & Cassiani, 2012; Marques, Fiorin & Portugal, 2022), sobretudo em estudos voltados ao clima de segurança, trabalho em equipe, comunicação e condições de trabalho. Em menor proporção, apareceram

instrumentos como o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC, 3), desenvolvido pela AHRQ em 2007; o *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC, 3), desenvolvido pela AHRQ em 2008; e o *Pharmacy Survey on Patient Safety Culture* (PSOPSC, 3), desenvolvido pela AHRQ em 2012, sendo que estes não possuem versão validada para o Brasil. Ainda, foram observados questionários específicos voltados à segurança medicamentosa, segurança cirúrgica, reporte de eventos, burnout, estresse ocupacional, liderança, segurança psicológica e incivilidade no trabalho. Alguns estudos também utilizaram escalas desenvolvidas localmente ou combinações de múltiplos instrumentos, especialmente quando o objetivo era relacionar cultura de segurança a fatores organizacionais, bem-estar profissional ou desempenho assistencial. O HSOPSC predominou em estudos hospitalares e em investigações mais amplas sobre cultura de segurança, enquanto o SAQ foi mais frequente em estudos sobre clima de segurança, trabalho em equipe, comunicação e condições de trabalho. Esse panorama indica que a literatura tem recorrido predominantemente a instrumentos padronizados e comparáveis internacionalmente, embora também busque complementar sua avaliação com medidas voltadas a dimensões contextuais e psicossociais.

Os estudos também mostraram elevada frequência de subnotificação de incidentes e eventos adversos. Em diferentes cenários, entre 67,1% e 87,4%, os profissionais relataram não ter notificado nenhum evento no último ano (ex.: Abdelaliem & Alsenany, 2022; Ismail *et al*. 2024; Kumbi *et al*., 2020), e um dos estudos identificou que 82,2% dos enfermeiros nunca haviam reportado incidentes (Doğan & Tan, 2024). Em contrapartida, alguns estudos registraram alta ocorrência percebida de eventos adversos, com percentuais entre 51,2% e 63,0% dos enfermeiros relatando ter presenciado ou vivenciado eventos no último ano (Kakemam *et al*. 2021). Esses achados sugerem coexistência entre ocorrência relevante de falhas e baixa cultura de reporte,

reforçando a presença de medo de retaliação, culpabilização e barreiras organizacionais à notificação.

Além disso, observou-se ampla variação entre serviços e grupos profissionais. Setores fechados, como terapia intensiva e centro cirúrgico, frequentemente apresentaram escores mais elevados do que setores abertos, enquanto profissionais diretamente envolvidos na assistência tenderam a expressar percepções mais críticas do que gestores (Pedroso *et al*., 2023; Lopes *et al*., 2024; Wang *et al*., 2020). Alguns estudos também mostraram que mulheres e enfermeiros avaliaram a cultura de segurança de forma mais negativa do que médicos e profissionais em posições hierárquicas superiores (Ismail *et al*., 2024; Cioce *et al*., 2025; Yu *et al*., 2020). Em contrapartida, maior experiência profissional, participação em programas de educação continuada e percepção positiva da cultura de segurança estiveram associadas a melhores resultados assistenciais e a menor probabilidade de erro (Tzenetidis *et al*., 2025; Kakemam *et al*., 2021; Kim & Kim, 2025).

Fragilidades

As fragilidades mais recorrentes concentraram-se nas dimensões relacionadas à resposta não punitiva ao erro, dimensionamento de pessoal, carga de trabalho, comunicação e reporte de incidentes.

A *resposta não punitiva ao erro* foi a dimensão mais frequentemente mal avaliada, com percentuais inferiores a 30% de respostas positivas em diversos estudos (Brás *et al*., 2023; Saleh *et al*., 2026) e, em alguns casos, abaixo de 20% (Chegini *et al*., 2020). Esse resultado sugere persistência de culturas organizacionais marcadas pelo medo de punição, culpabilização e receio de julgamento. O *dimensionamento inadequado de pessoal* também apareceu de forma consistente entre os principais problemas. Em alguns estudos, menos de 25% dos participantes avaliaram positivamente essa dimensão, sobretudo em unidades de terapia

intensiva, emergência e outros serviços hospitalares de alta complexidade (Salarian *et al*., 2025; Saleh *et al*., 2026).

As fragilidades relacionadas à *comunicação* concentraram-se principalmente na comunicação entre unidades, passagem de plantão, *feedback* sobre erros e abertura para expressar preocupações relacionadas à segurança. Em alguns estudos, a comunicação entre setores apresentou menos de 40% de respostas positivas (Al-Dossary, 2023; Saleh *et al*., 2026). A *baixa frequência de notificação de eventos adversos* também foi recorrente e pareceu diretamente relacionada à persistência de culturas punitivas, à ausência de *feedback* e à percepção de que o reporte não produz mudanças concretas.

Em conjunto, esses achados indicam que, embora muitas instituições apresentem avanços em trabalho em equipe e aprendizagem organizacional, permanecem fragilidades importantes em aspectos estruturais, comunicacionais e culturais que limitam a consolidação de ambientes mais seguros.

Dimensões Positivas

Entre as dimensões mais bem avaliadas destacaram-se trabalho em equipe, apoio entre colegas, aprendizagem organizacional e expectativas da chefia imediata em relação à segurança.

O trabalho em equipe dentro das unidades apresentou percentuais de respostas positivas superiores a 70% (Pedroso *et al*., 2023) e, em alguns estudos, superiores a 80% (Qu, Shao & Li, 2026) ou 90% (Huong Tran *et al*., 2021), configurando-se como a dimensão mais consistentemente forte da cultura de segurança. A aprendizagem organizacional também apareceu de forma recorrente entre os aspectos positivos, com escores frequentemente superiores a 70% (He *et al*., 2023; Huong Tran *et al*., 2021; Qu, Shao & Li, 2026), indicando percepção de que os serviços conseguem aprender com erros, implementar mudanças e revisar processos. Além disso, supervisores e chefias imediatas foram

frequentemente percebidos como incentivadores de práticas seguras, cumprimento de protocolos e melhoria contínua.

Esses resultados sugerem que, apesar das fragilidades persistentes relacionadas à punição, subnotificação e carga de trabalho, muitos serviços já dispõem de bases relacionais e organizacionais favoráveis para o fortalecimento da cultura de segurança.

Preditores da Cultura de Segurança

A literatura científica demonstra que o fortalecimento da cultura de segurança do paciente é condicionado por determinantes individuais, organizacionais e psicossociais. No plano individual, a experiência profissional acumulada (especialmente acima de seis anos) e a senioridade na instituição correlacionam-se positivamente com percepções mais robustas de segurança, possivelmente devido à maior competência clínica e familiaridade com os fluxos assistenciais (Kim & Kim, 2025; Peres *et al*., 2022; Sadeghi *et al*., 2025). No âmbito organizacional, a participação em programas de educação continuada e o exercício profissional em instituições acreditadas atuam como preditores fundamentais para a conformidade com práticas seguras (Ismail & Khalid, 2022; Ali *et al*., 2024; Hilowle *et al*., 2025). Ademais, modelos de liderança participativa e comportamentos de *coaching* gerencial são essenciais para promover a segurança psicológica e a intenção de notificar incidentes (Chegini *et al*., 2020; Dy *et al*., 2022; He *et al*., 2023).

Em contrapartida, a integridade da cultura de segurança é severamente comprometida por barreiras estruturais e estressores ocupacionais. O dimensionamento inadequado de pessoal (*staffing)* e a sobrecarga de trabalho (jornadas ≥ 9 horas) são apontados como os principais gargalos para a segurança, estando diretamente associados ao aumento de eventos adversos e erros de medicação (Pedroso *et al*., 2023; Saleh *et al*., 2026; Wang *et al*.,2020). Fatores subjetivos e relacionais, como o burnout, a fadiga, o estresse

ocupacional e violência (Kim *et al*., 2021; Zabin *et al*., 2023; Tzenetidis *et al*., 2025) e a incivilidade no trabalho (Freedman *et al*., 2025), atuam como mediadores negativos que reduzem a capacidade de vigilância de enfermagem e inibem a comunicação aberta. Essas evidências reiteram que a cultura de segurança constitui um constructo multidimensional, cuja maturidade depende da convergência entre condições estruturais de trabalho, suporte da gestão e bem-estar psicossocial dos profissionais.

Intervenções em Cultura de Segurança do Paciente

As intervenções identificadas nos estudos puderam ser agrupadas em quatro categorias principais: intervenções educacionais; intervenções organizacionais e gerenciais; intervenções psicossociais e relacionais; e intervenções baseadas em ferramentas, protocolos e tecnologias. As categorias de intervenção são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Categorias de intervenção em Cultura de Segurança do Paciente

Categoria	Critério descritivo	Intervenções
Intervenções educacionais	Centradas em treinamento, capacitação, workshops, simulação ou ensino.	Programas de educação em ética, segurança, liderança e notificação de incidentes; Programas educacionais baseados na *WHO Patient Safety Curriculum Guide*; Programas de simulação; TeamSTEPPS*; *Risk Management training package.*
Intervenções organizacionais e gerenciais	Focadas em liderança, gestão, estrutura institucional, políticas, auditorias, processos e mudanças organizacionais.	Programas de acreditação e Certificações institucionais (ISO 9001 / ISO EN 15224); Treinamentos e intervenções com lideranças e gestores: • *Comprehensive Unit-Based Safety Program* (CUSP); • *Executive Managers' Walk-round*; • *Interventional Management Actions* (IMA)*. Gestão de risco e programas de qualidade: • *Quality Control Circle Program* (QCCP); Outras: • *Target Management Card* (TMC)**;** • *Sinergias entre profesionales y pacientes para una Atención Primaria Segura* **(**SINERGIAPS**)**

Categoria	Critério descritivo	Intervenções
		• *Patient Safety Summit.*
Intervenções psicossociais e relacionais	Voltadas a comunicação, trabalho em equipe, apoio emocional, *mindfulness*, liderança coletiva e relações interpessoais.	*Co-Lead (Collective Leadership for Safety Culture*); *Mindfulness Meditation* (MM) e treinamento de respiração diafragmática; Programas de apoio emocional: Programa de apoio à segunda vítima integrado ao PSAE (*Procedure for Serious Adverse Events*); Melhoria na comunicação: • *Safe Medication in Nursing Home Residents* (SAME); •reuniões diárias breves (*huddles*); • *Safety Huddle Intervention*; • Treinamento TeamSTEPPS modificado voltado à comunicação de equipe.
Intervenções baseadas em ferramentas, protocolos estruturados e tecnologias	Centradas em *checklists*, aplicativos, sistemas, protocolos, instrumentos padronizados, tecnologias ou ferramentas analíticas.	Protocolos estruturados: • *Clinical Decision Support System* (CDSS); • *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA); • *Green Cross*; • *Medication Administration Error Prevention Program* (MAEP); • *Root Cause Analysis* (RCA);

Categoria	Critério descritivo	Intervenções
		• SBAR (*Situation* | *Background* | *Assessment* | *Recommendation*) *Checklist*: • *ICU Discharge Readiness Checklist* (ICU-DRC); • *Surgical Safety Checklist* (SSC); Intervenções com tecnologias móveis (apps).

Fonte: as autoras (2026).

Nota: WHO: *World Health Organization*; TeamSTEPPS: *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*; CUSP: *Comprehensive Unit-Based Safety Program*; IMA: *Interventional Management Actions*; SBAR: *Situation, Background, Assessment, Recommendation*; FMEA: *Failure Mode and Effects Analysis*; SSC: *Surgical Safety Checklist*; ICU-DRC: *ICU Discharge Readiness Checklist*.
* embora alocados em uma categoria principal para fins de organização, são programas que articulam educação, gestão e mudança de processos.

As intervenções educacionais constituíram o grupo mais frequente e incluíram treinamentos presenciais e online, programas de simulação clínica, capacitações em comunicação, segurança do paciente, fatores humanos, ética, gestão de riscos e trabalho em equipe. As intervenções organizacionais e gerenciais envolveram mudanças nos processos de trabalho, fortalecimento da liderança, estratégias de *feedback*, *rounds* de segurança, programas multifacetados e iniciativas de melhoria contínua.

Também foram identificadas intervenções psicossociais e relacionais, incluindo *mindfulness*, respiração diafragmática, programas de apoio a segundas vítimas, fortalecimento da segurança psicológica e estratégias voltadas à qualidade das relações interpessoais. Por fim, as intervenções baseadas em ferramentas, protocolos estruturados e tecnologias abrangeram *checklists*, sistemas de monitoramento, auditorias, protocolos de *handoff*, *bundles*, SBAR, FMEA, TeamSTEPPS e outras estratégias voltadas à padronização e confiabilidade dos processos assistenciais.

Resultados gerais das intervenções

As intervenções educacionais demonstram eficácia primária no incremento do corpo de conhecimento técnico e na ampliação da capacidade analítica dos profissionais para o reconhecimento de riscos assistenciais (Luiz *et al*., 2021; Zisovska *et al*., 2025). Estudos indicam que métodos pedagógicos variados, desde aulas tradicionais que reduzem o medo de punição e incentivam a notificação, até o uso da Análise de Causa Raiz (RCA) para fomentar o pensamento crítico e programas de simulação que elevam a conformidade com práticas seguras, produzem impactos positivos na percepção global da segurança (Luiz *et al*., 2021; Park *et al*., 2023; Razzani *et al*., 2020; Ropero-Padilla *et al*., 2022). Observa-se, em geral, uma maior predisposição ao reporte de eventos, o fortalecimento do trabalho em equipe e uma valorização acentuada das estratégias preventivas.

A eficácia dessas ações é exemplificada em um programa educacional estruturado realizado em uma unidade de obstetrícia na Tunísia, onde se obteve melhora estatisticamente significativa em 8 das 10 dimensões da cultura de segurança avaliadas. Destaca-se o avanço na dimensão "apoio da gestão à segurança do paciente", cujo índice de respostas positivas saltou de 26,4% para 72,8%, além de melhorias consistentes na comunicação aberta e no trabalho em equipe dentro e entre as unidades (Lassoued *et al*., 2024).

Entretanto, os dados evidenciam que a educação, embora necessária, possui limites frente a barreiras estruturais. No referido estudo, não foram observadas mudanças significativas no dimensionamento de pessoal (*staffing*) nem na percepção global de segurança dos profissionais (Lassoued *et al*., 2024). Esse fenômeno é corroborado por outras investigações que sugerem que intervenções educacionais isoladas tendem a apresentar efeitos circunscritos às competências individuais e relacionais, mostrando-se insuficientes para transformar dimensões sistêmicas sem que haja mudanças institucionais e gerenciais concomitantes (Akoijam & Konjengbam, 2023; Kyriakeli *et al*., 2025).

As intervenções organizacionais e gerenciais têm demonstrado resultados consistentes na literatura, caracterizando-se por uma abordagem sistêmica que transcende o treinamento individual e foca na reestruturação de processos e no suporte da liderança. Evidências sugerem que essas estratégias são eficazes para promover melhorias em dimensões críticas, como a comunicação aberta, o trabalho em equipe interdepartamental e o suporte da gestão, além de fortalecerem a aprendizagem organizacional e fomentarem uma resposta não punitiva ao erro (Aaberg *et al*, 2025).

A eficácia de metodologias estruturadas, como o *TeamSTEPPS*, é evidenciada em estudos realizados em unidades de alta complexidade, onde se observou que a dimensão “Expectativas e Ações do Supervisor/Gerente que Promovem a Segurança” elevou-se de 48,7% para 70,8%, enquanto o “Trabalho em Equipe dentro das Unidades” progrediu de 35,5% para 54,5% (Staines *et al*., 2020).

Notavelmente, essas intervenções também impactaram a dimensão de "Resposta Não Punitiva aos Erros", com um incremento de 16,7% para 32,3%, indicando uma transição gradual de uma cultura de culpa para uma cultura justa (Staines *et al*., 2020).

Programas multifacetados de gestão, conhecidos como Ações Gerenciais Interventivas (IMA), fundamentam-se em uma abordagem sistêmica que integra educação, incentivo à notificação, análise sistemática de incidentes e feedback organizacional. Essa estratégia demonstrou ser eficaz ao elevar o escore global do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) de 121,37 para 134,53 pontos, resultando em um aumento do percentual global de respostas positivas de 41,07% para 51,83% (Salarian *et al*., 2025). Além da mudança perceptiva, essas ações promovem o fortalecimento da aprendizagem organizacional ao transformar diagnósticos em planos de ação concretos, incentivando a equipe a reportar eventos e apoiar a melhoria contínua (Salarian *et al*., 2025).

Uma vez estabelecido o suporte gerencial e a reestruturação de processos, a literatura indica que o fortalecimento da cultura de segurança exige, concomitantemente, o foco na dimensão humana e no suporte psicossocial dos profissionais. As intervenções psicossociais e relacionais demonstraram efeitos robustos sobre o bem-estar profissional e a segurança psicológica, fortalecendo a colaboração e a qualidade das relações interpessoais no ambiente de trabalho. Estratégias centradas na liderança coletiva e autêntica favoreceram o senso de responsabilidade compartilhada e a confiança mútua, resultando em maior disposição dos profissionais para expressar opiniões e discutir falhas (De Brún *et al*., 2020). Embora menos frequentes, intervenções voltadas ao suporte psicossocial, como o apoio a "segundas vítimas", o treinamento de respiração diafragmática e a meditação *mindfulness*, evidenciaram-se eficazes na redução do estresse, da fadiga de alarmes e na melhoria da percepção global da segurança (Liu *et al*., 2022, Pourkhajoei *et al*., 2025).

No âmbito das intervenções baseadas em ferramentas, protocolos estruturados e tecnologias, o foco principal recaiu sobre

a padronização de processos e a mitigação de falhas assistenciais. Um exemplo emblemático foi a reimplementação do *Surgical Safety Checklist*, que elevou a fidelidade ao uso da ferramenta, incrementou o escore de competências não técnicas da equipe (NOTECHS) de 37,1 para 42,4 e melhorou 9 das 12 dimensões da cultura de segurança (Etheridge *et al*., 2024). Além disso, observou-se um aumento na percepção positiva de segurança, de 59,1% para 70,8%, e uma redução de 86,5% nas interrupções relacionadas a dispositivos (Etheridge *et al*., 2024). No caso do *Medication Administration Error Prevention Program* (MAEP), houve melhora significativa na percepção da cultura (β=0,42; p<0,001) e na conformidade medicamentosa (β=0,53; p<0,001), com elevados tamanhos de efeito (Sim, 2025).

A aplicação da técnica FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*) apresentou resultados superiores aos programas baseados em SBAR no que tange ao fortalecimento da autoeficácia e da cultura de segurança (Abrishami *et al*., 2024). O uso da FMEA permitiu reduzir drasticamente os Números de Prioridade de Risco (RPN) para diversos incidentes: os erros de medicação declinaram de 216,80 para 101,95; as úlceras por pressão de 226,27 para 90,87; as quedas de 280,71 para 93,49; e as reações adversas de 331,74 para 80,08 (Cui *et al*., 2025). Paralelamente, o uso do *Discharge Readiness Checklist*, em unidades críticas, associou-se a melhorias longitudinais no apoio da gestão, no dimensionamento de pessoal e na resposta não punitiva ao erro (Vončina *et al*., 2025). Ou seja, a implementação de tecnologias móveis e checklists estruturados favoreceu a melhoria do monitoramento clínico e do handoff (Evi Linda *et al*., 2024).

De forma sistemática, as evidências indicam que intervenções multifacetadas e sustentadas, com forte engajamento da liderança, produzem efeitos mais perenes do que ações pontuais (Teigné, 2022; Wong *et al*., 2021). Contudo, a sustentabilidade dos ganhos permanece um desafio, com diversos estudos relatando a perda gradual de impacto em dimensões como clima de equipe e comunicação ao longo do tempo (Birkeli, 2024).

Nas intervenções baseadas em simulação clínica, os desfechos mostraram-se positivos, porém heterogêneos e dependentes do contexto assistencial. Em cenários de atendimento agudo, houve melhora superior a 5 pontos percentuais em cinco das seis dimensões do SAQ, enquanto em ambientes eletivos apenas duas dimensões apresentaram evolução similar (Schram *et al*., 2021). Por fim, ressalta-se que barreiras estruturais, como o déficit crônico de pessoal, a sobrecarga de trabalho e a persistência da cultura de culpa, mostraram-se as dimensões mais resilientes e menos sensíveis às intervenções, independentemente da metodologia adotada (Lassoued *et al*., 2024; Liu *et al*. 2022).

Discussão

Os resultados desta revisão mostram que a literatura recente sobre cultura de segurança do paciente permanece predominantemente centrada no diagnóstico, com menor volume de estudos voltados à avaliação de intervenções. Esse padrão sugere que o campo avançou mais na identificação de fragilidades do que na produção de evidências robustas sobre estratégias capazes de transformá-las. A predominância de delineamentos transversais e observacionais limita a compreensão da sustentabilidade dos efeitos das intervenções e da relação entre cultura de segurança e desfechos clínicos.

Esse padrão já havia sido identificado por Halligan & Zecevic (2011), ao argumentarem que a literatura sobre cultura de segurança tende a privilegiar sua mensuração em detrimento da compreensão dos mecanismos de mudança organizacional. Em sentido semelhante, Hodgen *et al*. (2017) destacam que muitos estudos utilizam instrumentos padronizados para mapear problemas, mas poucos investigam de forma aprofundada como as instituições respondem aos resultados encontrados.

Outro resultado relevante diz respeito à concentração dos estudos em ambientes hospitalares, incluindo unidades de terapia intensiva, emergência, centro cirúrgico, maternidade e

enfermarias. Essa predominância provavelmente reflete o fato de que esses contextos concentram maior densidade tecnológica, maior complexidade assistencial e maior risco de eventos adversos. Contudo, também evidencia uma lacuna importante da literatura em relação a outros cenários de cuidado, como atenção primária, saúde mental, cuidados domiciliares, reabilitação e serviços ambulatoriais. Revisões anteriores já haviam apontado que a maior parte das evidências sobre cultura de segurança provém de hospitais, o que limita a compreensão de como esse fenômeno se manifesta em serviços menos complexos, porém igualmente relevantes para a continuidade do cuidado (Gebeyehu *et al*., 2024; Halligan & Zecevic, 2011).

O HSOPSC e suas adaptações são os instrumentos mais utilizados para avaliar dimensões relacionadas à comunicação, trabalho em equipe, liderança, resposta ao erro e aprendizagem organizacional, enquanto o SAQ aparece mais frequentemente em estudos voltados ao clima de segurança, às condições de trabalho e às atitudes dos profissionais. Essa predominância facilita comparações entre estudos e contextos distintos, mas pode limitar a capacidade de captar aspectos específicos de determinados cenários assistenciais. Esses instrumentos foram desenvolvidos para medir percepções gerais sobre segurança, mas nem sempre captam adequadamente fatores contextuais, emocionais e relacionais que também influenciam a cultura de segurança (Sexton *et al*., 2006; Sorra *et al*., 2021; Sorra & Nieva, 2004).

Os estudos diagnósticos revelaram padrão relativamente consistente de cultura de segurança moderadamente positiva, porém distante de níveis considerados ideais. Os escores globais situaram-se predominantemente entre 50% e 65% de respostas positivas, sugerindo que muitas organizações já apresentam bases favoráveis para a segurança, mas ainda convivem com fragilidades persistentes. Essa percepção intermediária também foi observada em revisões anteriores, que descrevem a cultura de segurança em muitos serviços de saúde como parcialmente desenvolvida, com

coexistência entre elementos positivos e barreiras estruturais importantes (Gebeyehu *et al*., 2024; Sammer *et al*., 2010).

Observa-se a coexistência entre dimensões positivas e fragilidades persistentes. Trabalho em equipe, aprendizagem organizacional e apoio da chefia imediata apareceram entre os aspectos mais bem avaliados, sugerindo que muitas instituições já dispõem de relações interpessoais e lideranças locais favoráveis à segurança. Por outro lado, resposta não punitiva ao erro, baixa frequência de notificação, sobrecarga de trabalho e dimensionamento inadequado de pessoal permaneceram entre os principais problemas. Esse padrão sugere que avanços relacionais e comunicacionais nem sempre são suficientes para modificar fragilidades estruturais. Em outras palavras, muitas instituições parecem ter desenvolvido relações de trabalho cooperativas e espaços locais de apoio, mas ainda operam em contextos marcados por medo, escassez de pessoal, excesso de demanda e fragilidade na resposta institucional aos erros.

Esse resultado é compatível com a literatura internacional, que há décadas descreve a persistência de culturas marcadas pelo medo, pela culpabilização e pela dificuldade de relatar incidentes sem receio de punição. Também é coerente com estudos que mostram que o medo de julgamento, a ausência de apoio organizacional e o estigma em torno dos erros dificultam tanto a notificação quanto a recuperação dos profissionais após incidentes (Halligan & Zecevic, 2011; Järvisalo *et al*., 2024; Sammer *et al*., 2010).

A baixa frequência de notificação de eventos adversos reforça essa interpretação. Em estudos incluídos na revisão, mais de 70% dos profissionais relataram não ter reportado nenhum incidente no último ano, apesar de muitos afirmarem ter presenciado eventos adversos ou incidentes sem dano. Essa combinação sugere que o problema não está apenas na ocorrência dos erros, mas também nas barreiras culturais e organizacionais ao seu reconhecimento e registro. O aumento do reporte de incidentes pode representar amadurecimento institucional e fortalecimento da aprendizagem organizacional, e não necessariamente piora da qualidade

assistencial. Assim, organizações que apresentam baixo volume de notificações podem não ser mais seguras, mas apenas menos abertas ao reconhecimento das falhas (Koike *et al*., 2022).

Outra fragilidade recorrente foi o dimensionamento inadequado de pessoal e a sobrecarga de trabalho. Em muitos estudos, essa dimensão esteve entre as piores avaliadas, especialmente em unidades de terapia intensiva, emergência e setores hospitalares de alta complexidade. Os resultados encontrados reforçam a ideia de que a cultura de segurança não depende apenas de atitudes individuais ou de treinamento, mas também das condições concretas de trabalho oferecidas aos profissionais. Estudos identificaram associação consistente entre estresse ocupacional, sobrecarga, fadiga e pior percepção da cultura de segurança entre enfermeiros. Em direção semelhante, ambientes marcados por incivilidade, tensão e desgaste interpessoal apresentam piores indicadores de comunicação, reporte de erros e trabalho em equipe (Freedman *et al*., 2025; Zabin *et al*., 2023).

A persistência dessas fragilidades mesmo em instituições que apresentam bons escores em trabalho em equipe e aprendizagem organizacional sugere que a cultura de segurança é um fenômeno multidimensional. É possível que equipes apresentem forte cooperação interna e boa relação com a chefia imediata, mas continuem inseridas em contextos marcados por escassez de recursos, pressão assistencial, medo de punição e baixa participação da gestão superior. Isso ajuda a explicar por que muitas intervenções conseguem melhorar comunicação, trabalho em equipe e percepção global da segurança, mas produzem resultados mais modestos em dimensões como dimensionamento de pessoal, cultura justa e resposta não punitiva ao erro. O uso de metodologias como o TeamSTEPPS, por exemplo, permitiu elevar a "Resposta Não Punitiva aos Erros" de 16,7% para 32,3%, sinalizando uma transição real para uma cultura justa (Staines *et al*., 2020).

No que se refere às intervenções, os resultados da revisão indicam que estratégias multifacetadas e sustentadas tendem a produzir efeitos mais robustos do que ações isoladas (Teigné, 2022;

Wong *et al*., 2021). Intervenções baseadas exclusivamente em treinamento breve ou sensibilização pontual mostraram ganhos mais restritos, enquanto programas que combinaram educação, liderança, monitoramento e mudanças organizacionais produziram resultados mais abrangentes. Destacam-se, como exemplo, as Ações Gerenciais Interventivas (IMA), que elevaram o escore global da cultura de segurança de 121,37 para 134,53 pontos (Salarian *et al*., 2025). Ainda, intervenções fundamentadas em ferramentas de análise de risco e padronização apresentam impactos clínicos e operacionais mensuráveis. A técnica FMEA permitiu reduzir drasticamente os Números de Prioridade de Risco (RPN) para incidentes graves, como erros de medicação (de 216,80 para 101,95), ao passo que a reimplementação do Checklist Cirúrgico resultou em uma redução de 86,5% nas interrupções relacionadas a dispositivos (Cui *et al*., 2025; Etheridge *et al*., 2024).

As intervenções educacionais mostraram resultados positivos sobretudo no aumento do conhecimento técnico, comunicação e gestão de riscos (Luiz *et al*., 2021; Zisovska *et al*., 2025). Em estudos estruturados, como o realizado na Tunísia, houve melhora significativa em 8 das 10 dimensões da cultura, incluindo trabalho em equipe e frequência de eventos relatados (Lassoued *et al*., 2024). Entretanto, os dados sugerem que treinamentos isolados tendem a ter efeitos pouco sustentáveis quando não são acompanhados de mudanças estruturais, como a adequação do dimensionamento de pessoal (Akoijam & Konjengbam, 2023; Kyriakeli *et al*., 2025).

As intervenções organizacionais e gerenciais produziram alguns dos resultados mais consistentes, focando na reestruturação de processos e suporte da liderança. Estratégias como o TeamSTEPPS, huddles, walk-rounds, programas de liderança e o CUSP mostraram impacto positivo em comunicação aberta e apoio da gestão. A eficácia dessas metodologias é evidenciada pela transição para uma cultura justa, com o incremento na "Resposta Não Punitiva aos Erros", de 16,7% para 32,3%, em unidades de alta complexidade (Staines *et al*., 2020). Esse resultado converge com estudos que destacam a liderança e a segurança psicológica como

eixos centrais para o funcionamento seguro das equipes (Keller *et al*., 2024).

Por fim, ressalta-se que intervenções baseadas em ferramentas, protocolos e tecnologias geraram efeitos concretos sobre desfechos assistenciais, como a melhoria na conformidade medicamentosa (β=0,53) observada no programa MAEP (Sim, 2025). No entanto, tais resultados objetivos ainda são menos frequentes na literatura do que as melhorias baseadas em percepções subjetivas de clima de segurança. Essa limitação reforça que a relação entre cultura organizacional e desfechos clínicos é complexa e exige monitoramento longitudinal para ser plenamente demonstrada (Braithwaite *et al*., 2017).

As estratégias de simulação também apresentaram resultados promissores, especialmente em relação ao desenvolvimento de competências não técnicas, liderança, comunicação e tomada de decisão. Simulações in situ, *debriefings* e programas *train-the-trainer* favoreceram a identificação de falhas latentes e a aprendizagem experiencial. Entretanto, como demonstrado por Schram *et al*. (2021), os efeitos foram heterogêneos e dependentes do contexto assistencial, com impactos mais profundos em ambientes de atendimento agudo do que em eletivos e, em alguns estudos, os ganhos diminuíram ao longo do tempo, conforme relatado por Gräske *et al*. (2025) após o uso da simulação "*Room of Horrors*". Esses achados são coerentes com revisões que identificaram melhora em comunicação, liderança, trabalho em equipe e cultura de segurança após treinamentos em competências não técnicas em unidades de terapia intensiva (Pimenta *et al*., 2025).

Em síntese, os resultados desta revisão mostram que a cultura de segurança do paciente é influenciada por fatores organizacionais, relacionais, estruturais e formativos.

Embora muitas instituições já apresentem avanços em trabalho em equipe, aprendizagem organizacional e apoio local à segurança, persistem fragilidades importantes relacionadas ao medo de punição, à subnotificação de incidentes, ao déficit de pessoal e à sobrecarga de trabalho.

As intervenções mais promissoras parecem ser aquelas que combinam educação, liderança, comunicação, apoio psicossocial, ferramentas estruturadas e mudanças institucionais sustentadas, indicando que o fortalecimento da cultura de segurança depende menos de ações isoladas e mais de transformações organizacionais amplas e contínuas. Nesse cenário de modernização dos processos, a integração de tecnologias móveis (aplicativos) e checklists estruturados têm se mostrado fundamentais para a melhoria do monitoramento clínico e da comunicação, no momento do *handoff* (Evi Linda *et al*., 2024).

Limitações Metodológicas da Literatura Atual

A análise da produção científica recente revela que a principal limitação metodológica do campo reside na hegemonia de delineamentos transversais e observacionais, que compuseram a maioria dos estudos quantitativos identificados. Essa característica impede o estabelecimento de nexo causal entre a cultura de segurança e a efetiva redução de riscos assistenciais, limitando a compreensão de como as percepções dos profissionais evoluem diante de mudanças organizacionais. Além disso, observa-se uma acentuada concentração das investigações no ambiente hospitalar (72 estudos), especialmente em unidades de alta complexidade, o que gera uma lacuna de evidências sobre a dinâmica da cultura de segurança em contextos como a Atenção Primária à Saúde, saúde mental e cuidados domiciliares.

Outra limitação crítica diz respeito à escassez de estudos longitudinais (apenas 6 identificados), o que compromete a avaliação da sustentabilidade das intervenções ao longo do tempo. Evidências indicam que ganhos iniciais em comunicação e clima de equipe tendem a sofrer uma perda gradual de impacto, exigindo monitoramento contínuo que a literatura atual ainda não documenta de forma robusta. Soma-se a isso a predominância de indicadores baseados na percepção subjetiva dos profissionais em detrimento de desfechos clínicos e operacionais objetivos, além do

recorrente viés de subnotificação, com índices de omissão de incidentes que chegam a 87,4%, prejudicando a fidedignidade dos diagnósticos organizacionais realizados.

Síntese integradora

A síntese integradora apresentada a seguir foi elaborada a partir do agrupamento temático dos principais achados da revisão. Em vez de reproduzir separadamente os resultados de cada estudo, optou-se por organizar as evidências em categorias analíticas derivadas das dimensões mais recorrentes nos instrumentos de diagnóstico, nas fragilidades identificadas, nos fatores associados à cultura de segurança e nas intervenções avaliadas. Essa organização permite visualizar, de forma integrada, os principais padrões da literatura e as relações entre problemas persistentes, fatores associados e estratégias de enfrentamento.

De modo geral, os achados sugerem que a cultura de segurança do paciente permanece moderadamente desenvolvida, coexistindo dimensões avaliadas de forma favorável com fragilidades persistentes. Trabalho em equipe, aprendizagem organizacional, apoio da chefia imediata e comunicação figuraram entre os aspectos mais frequentemente associados a melhores percepções de segurança. Em contrapartida, resposta não punitiva ao erro, dimensionamento insuficiente de pessoal, sobrecarga de trabalho e baixa notificação de incidentes permaneceram entre os principais obstáculos identificados.

No campo das intervenções, observou-se que estratégias multifacetadas, sustentadas ao longo do tempo e apoiadas pela liderança institucional tendem a produzir resultados mais consistentes do que ações isoladas. Intervenções educacionais, programas voltados à comunicação e *teamwork*, iniciativas organizacionais e ferramentas de gestão de riscos mostraram efeitos positivos sobretudo em dimensões relacionais e organizacionais da cultura de segurança. Entretanto, aspectos relacionados à cultura justa, à resposta não punitiva ao erro e às

condições estruturais de trabalho mostraram-se mais resistentes à mudança. Contudo, as evidências indicam que, quando a transformação cultural é alcançada, ela se traduz em ganhos clínicos objetivos, como o aumento da conformidade medicamentosa e a redução drástica de riscos operacionais e interrupções assistenciais (Cui *et al*., 2025; Etheridge *et al*., 2024; Sim, 2025).

Em suma, as evidências indicam que as intervenções mais robustas para o fortalecimento da cultura de segurança não ocorrem por meio de ações isoladas, mas sim por aquelas que logram articular o suporte da liderança (dimensão gerencial) com a capacitação técnica das equipes (dimensão educacional) e o uso de dispositivos práticos e padronizados, como *checklists*, protocolos e aplicativos (dimensão de ferramentas), para guiar o comportamento assistencial no cotidiano. Essa integração triádica permite que o conhecimento técnico seja sustentado por mudanças nos processos de trabalho e legitimado pelo apoio institucional, favorecendo a transição de uma cultura punitiva para uma cultura justa e segura.

Na Tabela 2, visualiza-se a síntese integradora, que consolida os padrões identificados na revisão e destaca como a transformação da cultura se traduz em melhorias operacionais e desfechos clínicos objetivos para o paciente.

Tabela 2 - Síntese integradora

Categoria analítica	Pontos fortes identificados	Fragilidades persistentes	Preditores e fatores associados	Intervenções Associadas a Melhorias e Impactos	Profissionais prioritários
Trabalho em equipe e comunicação	Cooperação entre colegas, apoio da chefia imediata e comunicação dentro das unidades assistenciais.	Comunicação entre setores, falhas no *handoff*, dificuldade de expressar preocupações (*speaking up*) e barreiras hierárquicas.	Liderança participativa, segurança psicológica, apoio institucional e senioridade na equipe.	*TeamSTEPPS* (melhora no clima de equipe), *SBAR, Huddles* e tecnologias móveis para monitoramento clínico.	Enfermeiros, médicos, gestores e equipes de alta complexidade.
Cultura de reporte e resposta ao erro	Valorização teórica da notificação e reconhecimento da importância da aprendizagem organizacional.	Resposta não punitiva ao erro (dimensão mais crítica), medo de represálias e percepção de que o reporte não gera mudanças.	Cultura justa, suporte da liderança superior e presença de sistemas de notificação acessíveis.	Programa IMA (aumento da frequência de reporte), Green Cross, CUSP e suporte a segundas vítimas.	Enfermeiros, lideranças clínicas e gestores institucionais.
Condições de trabalho e recursos humanos	Apoio local entre pares e liderança imediata atuando como mediadores do estresse.	Dimensionamento de pessoal insuficiente, sobrecarga de trabalho, fadiga, *burnout* e rotatividade.	Ambiente de trabalho favorável, jornadas adequadas (<9h) e tempo de experiência profissional.	Mudanças organizacionais e suporte psicossocial (*mindfulness* e respiração diafragmática).	Equipes de enfermagem, profissionais de UTI, Emergência e Centro Cirúrgico.
Liderança e gestão	Incentivo local à segurança e supervisores	Baixo apoio da gestão superior, ausência de	Hospitais acreditados, modelos	Intervenções multifacetadas, *Executive*	Gestores de topo, chefias

Categoria analítica	Pontos fortes identificados	Fragilidades persistentes	Preditores e fatores associados	Intervenções Associadas a Melhorias e Impactos	Profissionais prioritários
	que promovem o cumprimento de protocolos.	*feedback* organizacional e baixa prioridade estratégica à segurança.	de gestão participativa e programas de qualidade (ISO).	*Walk-rounds*, Certificações e Ações Gerenciais Interventivas (IMA).	intermediárias e coordenadores de unidade.
Formação e educação	Ampliação do conhecimento técnico, melhora nas competências não técnicas e reconhecimento de riscos.	Efeito limitado de treinamentos isolados e perda gradual de impacto ao longo do tempo.	Participação em educação continuada e cultura de aprendizagem local.	Simulação clínica (*in situ e Room of Horrors*), currículo da OMS e programas *train-the-trainer.*	Estudantes de saúde, residentes, enfermeiros e equipes multiprofissionais.
Desfechos Clínicos e Operacionais	-	-	Implementação fiel de ferramentas estruturadas e engajamento da equipe.	FMEA (redução drástica de RPN), MAEP (conformidade medicamentosa) e SSC (queda de 86,5% nas interrupções)	Equipes assistenciais e de gestão de riscos.

Nota: HSOPSC: *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; SAQ: *Safety Attitudes Questionnaire*. Dimensões classificadas como "fortes" apresentam ≥ 75% de respostas positivas, conforme preconizado pela AHRQ.

Fonte: elaborada pelas autoras (2026).

A revisão também evidenciou lacunas relevantes na literatura, especialmente em contextos como atenção primária, saúde mental, serviços ambulatoriais e cuidados de longa permanência. Além disso, permanecem escassos os estudos longitudinais, multicêntricos, com métodos mistos e avaliação de desfechos clínicos objetivos. Diante desse panorama, futuras pesquisas podem priorizar contextos ainda pouco explorados, ampliar a diversidade metodológica e investigar a sustentabilidade das intervenções ao longo do tempo. Também parecem particularmente relevantes estudos sobre cultura justa, segurança psicológica, liderança, condições de trabalho e dimensionamento de pessoal, especialmente entre profissionais de enfermagem e equipes de alta complexidade.

A cultura de segurança do paciente constitui um fenômeno multifatorial, influenciado por aspectos organizacionais, relacionais, estruturais e formativos. Embora a literatura recente demonstre avanços em dimensões como trabalho em equipe, aprendizagem organizacional e liderança local, persistem fragilidades relacionadas à cultura punitiva, à subnotificação de incidentes e às condições de trabalho. Os achados desta revisão sugerem que o fortalecimento da cultura de segurança depende menos de ações isoladas e mais de intervenções multifacetadas, sustentadas e apoiadas pela gestão institucional. Também evidenciam a necessidade de ampliar a produção científica em contextos ainda pouco explorados e de investir em estudos mais robustos sobre sustentabilidade das intervenções, desfechos clínicos e condições organizacionais do trabalho em saúde.

Referências

AABERG, O. R., BALLANGRUD, R., HUSEBØ, S. I. E., & HALL-LORD, M. L. (2025). An interprofessional team training intervention with an implementation phase in a surgical ward: A

controlled quasi-experimental study. **Journal of interprofessional care**, *39*(1), 57–66. https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1697216
ABRISHAMI, R., GOLESTANI, K., FARHANG RANJBAR, M., GHASEMIE ABARGHOUIE, M. H., & GHADAMI, A. (2024). A survey on the effects of patient safety training programs based on SBAR and FMEA techniques on the level of self-efficacy and observance of patient safety culture in Iran hospital, Shiraz in 2022-2023. **Journal of education and health promotion**, *13*, 66. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_194_23
AKOIJAM, P., & KONJENGBAM, S. (2023). **The impact of an educational program on knowledge and perception of patient safety culture among nurses in the two medical colleges of Manipur:** A quasi-experimental study. Indian journal of public health, 67(2), 265–270. https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_1416_22
AL-DOSSARY, R. N. (2023). Nurses' Perceptions of the Clinical Decision Support System Effect on Patient Safety. **Safety**, *9*(4), 86. https://doi.org/10.3390/safety9040086
ALABDULLAH, H., & KARWOWSKI, W. (2025). Unraveling Patient Safety Culture Trends in U.S. Hospital Settings: A Yearly Retrospective Analysis. **Applied Sciences**, 15(10), 5365. https://doi.org/10.3390/app15105365
ALI, M., ADEME, S., SHUMIYE, M. & HAMZA, A. (2024). Patient safety culture and associated factors among health care workers in south Wollo zone public hospitals, north east Ethiopia. **Perioperative Care and Operating Room Management**, *35*. https://doi-org.ez314.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.pcorm.2024.100374
Amin, B., Javadi, M., Navabi, P., & Salehi, N. (2024). The effect of executive managers' walk round on patient safety culture in emergency nurses. **Disaster and Emergency Medicine Journal**, 9(4), 226–236. https://doi.org/10.5603/demj.100451
ANDRADE, L.E.L. DE, MELO, L.O.M. DE, SILVA, I.G. DA, SOUZA, R.M. DE, LIMA, A.L.B DE, FREITAS, M.R. de, *et al*. (2017). Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety

Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiol Serv Saúde**, *26*(3), p. 455–68. https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004
BAGNASCO, A., GALAVERNA, L., ALEO, G., GRUGNETTI, A. M., ROSA, F., & SASSO, L. (2016). Mathematical calculation skills required for drug administration in undergraduate nursing students to ensure patient safety: A descriptive study. **Nurse Education in Practice**, *16*(1), 33–39. https://doi.org/10.1016/j .nepr.2015.06.006
BATES, D. W., & SINGH, H. (2018). Two Decades Since To Err Is Human : An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. **Health Affairs**, *37*(11), 1736–1743. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0738
BIRKELI, G. H., THOMAS, O. M. T., DEILKÅS, E. C. T., BALLANGRUD, R., & LINDAHL, A. K. (2024). Effect of the Green Cross method on patient safety culture in a postanaesthesia care unit: a longitudinal quasi-experimental study. BMJ **open quality**, *13*(4), e002964. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-002964
BRAITHWAITE, J., HERKES, J., LUDLOW, K., TESTA, L., & LAMPRELL, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. **BMJ Open,** *7*(11), e017708. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708
BRÁS, C. P. DA C., FERREIRA, M. M. C., FIGUEIREDO, M. DO C. A. B. de, & DUARTE, J. C. (2023). Patient safety culture in nurses' clinical practice. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, *31*, e3837. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837
CARVALHO, R. E. F. L. de. & CASSIANI, S. H. D. B. (2012). Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, *20*(3), 575–582. https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020
CHEGINI, Z., KAKEMAM, E., ASGHARI JAFARABADI, M. *et al*. (2020). The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: a cross-sectional survey. **BMC Nurs**, *19*(89). https://doi-org.ez314.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12912-020-00472-4

CIOCE, M., VETRUGNO, G., IULA, A., *et al*. (2025). Perception of 'patient safety culture' among healthcare professionals in the field of haematopoietic stem cell transplantation and CAR-T therapy: a multicentre cross-sectional observational study by Italian Transplant Group for Bone Marrow Transplantation, Haematopoietic Stem Cells and Cell Therapy (GITMO). **BMJ Group**, 14(3), e003318. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003318

CUI, Y., WANG, Y., LIU, H., XU, S., & ZHANG, X. (2025). Exploring the Correlation Between Patient Safety Culture and Adverse Medical Events Using Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). **Risk management and healthcare policy**, *18*, 1367–1376. https://doi.org/10.2147/RMHP.S502725

DE BRÚN, A., ANJARA, S., CUNNINGHAM, U., KHURSHID, Z., MACDONALD, S., O'DONOVAN, R., ROGERS, L., & MCAULIFFE, E. (2020). The Collective Leadership for Safety Culture (Co-Lead) Team Intervention to Promote Teamwork and Patient Safety. **International journal of environmental research and public health,** *17*(22), 8673. https://doi.org/10.3390/ijerph17228673

DOĞAN, C., & TAN, M. (2024). Determination of Patient Safety Culture Perception in Internal Medicine Clinic Nurses. **Journal of Midwifery and Health Sciences**, 7(4), 564-573. https://doi.org/10.62425/esbder.1420656

DY, S. M., ACTON, R. M., YUAN, C. T., HSU, Y. J., LAI, A. Y., MARSTELLER, J., YE, F. C., MCGEE, N., KHARRAZI, H., MAHABARE, D., KIM, J., GURSES, A. P., BITTLE, M., & SCHOLLE, S. H. (2022). Association of Implementation and Social Network Factors With Patient Safety Culture in Medical Homes: **A Coincidence Analysis. Journal of patient safety**, 18(1), e249–e256. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000752

ETHERIDGE, J. C., MOYAL-SMITH, R., YONG, T. T., LIM, S. R., SONNAY, Y., LIM, C., TAN, H. K., BRINDLE, M. E., & HAVENS, J. M. (2024). Transforming Team Performance Through Reimplementation of the Surgical Safety Checklist. **JAMA surgery**, 159(1), 78–86. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.5400

Evi Linda, S., Bin Sansuwito, T., & Nambiar, N. (2024). Intervention and Evaluation of Mobile Technologies for Patients Safety in Nursing: A Scoping Review. **The Malaysian Journal of Nursing (MJN),** *15*(3), 178-185. https://doi.org/10.31674/mjn.2024.v15i03.020

FILIZ, E. (2023). Safety culture among operating room healthcare workers: still a long way to go. An analytical cross-sectional study from Turkey. **Revista Cuidarte**, 14(2). https://doi.org/10.15649/cuidarte.2872

FREEDMAN, B., LI, W. W., LIANG, Z., HARTIN, P., & BIEDERMANN, N. (2025). The prevalence of incivility in hospitals and the effects of incivility on patient safety culture and outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, *81*(9), 5603–5622. https://doi.org/10.1111/jan.16111

GALVAN, C., BACHA, E. A., MOHR, J., & BARACH, P. (2005). A Human factors approach to understanding patient safety during pediatric cardiac surgery. **Progress in Pediatric Cardiology**, *20*(1), 13–20. https://doi.org/10.1016/j.ppedcard.2004.12.001

GEBEYEHU, N. A., TEGEGNE, K. D., ADMASS, B. A., SHEWANGASHAW, N. E., ATALAY, Y. A., SEWUYEW, D. A., GEBREMARIAM, A. E., & ABEBE GELAW, K. (2024). Patient Safety Culture Among Healthcare Settings in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Patient Experience Journal**, *11*(3), 185–201. https://doi.org/10.35680/2372-0247.1909

GRÄSKE, J., VERSTEEG, G. V., & FORBRIG, T. A. (2025). Room of horrors intervention in the nursing home sector - a German pre-post-follow-up longitudinal study. BMC health services research, 25(1), 1563. https://doi.org/10.1186/s12913-025-13823-1

Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**, *20*(4), 338–343. https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964

HE, H., CHEN, X., TIAN, L. *et al*. (2023). Perceived patient safety culture and its associated factors among clinical managers of tertiary hospitals: a cross-sectional survey. **BMC Nurs** 22(329).

https://doi-org.ez314.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12912-023-01494-4
HILOWLE, F. M., MOHAMUD, F. A., OSMAN, I. M., MOHAMUD, S. M., DOĞAN, S., SAHAL, S. M., & ADEN, S. A. (2025). Knowledge Level and Attitudes of Healthcare Professionals Regarding Patient Safety in a Tertiary Hospital in Somalia: A Cross-Sectional Study. Drug, healthcare and patient safety, 17, 173–180. https://doi.org/10.2147/DHPS.S507870
Hodgen, A., Ellis, L., Churruca, K., & Bierbaum, M. (2017). **Safety Culture Assessment in Health Care: A review of the literature on safety culture assessment modes** ACSQHC, (October). https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2017/10/Safety-Culture-Assessment-in-Health-Care-A-review-of-the-literature-on-safety-culture-assessment-modes.pdf
HUONG TRAN, L., THANH PHAM, Q., NGUYEN, D. H., TRAN, T.N.H., BUI, T.T.H. (2021). Assessment of Patient Safety Culture in Public General Hospital in Capital City of Vietnam. **Health Services Insights**, 14. doi:10.1177/11786329211036313
ISMAIL, M. A., AL-EZZI, S. O. A., ALANAZY, M. N., *et al*. (2024). Nurses' Opinions Regarding Comments from A Patient Safety Culture Evaluation. **Journal of Ecohumanism**, 3(8). https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.6260
JÄRVISALO, P., HAATAINEN, K., VON BONSDORFF, M., TURUNEN, H., & HÄRKÄNEN, M. (2024). Interventions to support nurses as second victims of patient safety incidents: A qualitative study of nurse managers' perceptions. **Journal of Advanced Nursing**, 80(6), 2552–2565. https://doi.org/10.1111/jan.16013
KAKEMAM, E., GHARAEE, H., RAJABI, M. R., *et al*. (2021). Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. **BMC Nursing,** *20*(1), 60. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00571-w
KELLER, S., JELSMA, J. G. M., TSCHAN, F., SEVDALIS, N., LÖLLGEN, R. M., & CREUTZFELDT, J. (2024). Behavioral sciences

applied to acute care teams : a research agenda for the years ahead by a European research network. **BMC Health Services Research**, 24(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10555-6
KIM, N. Y. (2020). Novice and advanced beginner nurses' patient safety management activities: Mediating effects of informal learning. **Journal of Korean Academy of Nursing Administration**, 26(5), 542–549. https://doi.org/10.11111/jkana.2020.26.5.542
KIM, S., MAYER, C., & JONES, C. B. (2021). Relationships between nurses' experiences of workplace violence, emotional exhaustion and patient safety. **Journal of research in nursing**: JRN, 26(1-2), 35–46. https://doi.org/10.1177/1744987120960200
KIM, Y. H., & KIM, M. Y. (2025, February 28). Influence of perceptions of reporting nurses' medical errors and patient safety culture on patient safety nursing practices in Korea: a cross-sectional study. **Journal of Korean Biological Nursing Science**, Korean Society of Biological Nursing Science, 104–114. https://doi.org/10.7586/jkbns.24.028
KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M., & DONALDSON, M. S. (2000). **To Err Is Human.** Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, National Academies Press. https://doi.org/10.17226/9728
KOIKE, D., ITO, M., HORIGUCHI, A., YATSUYA, H., & OTA, A. (2022). Change in the Number of Patient Safety Reports Through a 16-Year Patient Safety Initiative: A Retrospective Study Focusing on the Incident Severity and Type in a Japanese Hospital. **Risk Management and Healthcare Policy**, 15(October), 2071–2081. https://doi.org/10.2147/RMHP.S385453
KUMBI, M., HUSSEN, A., LETTE, A., NURIYE, S., & MORKA, G. (2020). Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. Drug, **healthcare and patient safety**, 12, 1–14. https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146
KYRIAKELI, G., GEORGIADOU, A., LITHOXOPOULOU, M., TSIMTSIOU, Z., & KOTSIS, V. (2025). The Impact of ISO Certification Procedures on Patient Safety Culture in Public

Hospital Departments. **Healthcare**, 13(6), 661. https://doi.org/10.3390/healthcare13060661

LASSOUED, L., GHARSSALLAH, I., TLILI, M. A., SAHLI, J., KOUIRA, M., ABID, S., CHAIEB, A., & KHAIRI, H. (2024). Impact of an educational intervention on patient safety culture among gynecology-obstetrics' healthcare professionals. **BMC health services research,** 24(1), 704. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11152-3

LIU, C., CHEN, H., CAO, X., SUN, Y., LIU, C. Y., WU, K., LIANG, Y. C., HSU, S. E., HUANG, D. H., & CHIOU, W. K. (2022). Effects of Mindfulness Meditation on Doctors' Mindfulness, Patient Safety Culture, Patient Safety Competency and Adverse Event. **International journal of environmental research and public health**, 19(6), 3282. https://doi.org/10.3390/ijerph19063282

LOPES, A. L., PEREIRA, R. A., PEREIRA, L. M. V., *et al*. (2024). Patient safety culture in times of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in a hospital. **Associacao Brasileira de Enfermagem**, 77 (Suppl 1). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0187pt

LUIZ, M. V. S. J., VARALLO, F. R., MELGAREJO, C. R. V., DE NADAI, T. R., & DE CARVALHO MASTROIANNI, P. (2021). Traditional Lectures Actually Improve the Body of Knowledge, Skills, and Attitudes of Health Care Professional for Health Incident Reporting System. **Hospital pharmacy**, 56(5), 436–443. https://doi.org/10.1177/0018578720918553

MARQUES, C. A., FIORIN, B. H. & PORTUGAL, F. B. (2022). Validade, confiabilidade e responsividade do Questionário Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento. Rev Gaúcha Enfermagem, *43*. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210243.pt

OLIVEIRA, E. M., ANDOLHE, R., & PADILHA, K. G. (2022). Patient safety culture and incidents recorded during nursing shift changes in intensive care units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 34(3), 386–392. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220446-pt

PANAGIOTI, M., KHAN, K., KEERS, R. N., ABUZOUR, A., PHIPPS, D., KONTOPANTELIS, E., BOWER, P., CAMPBELL, S., HANEEF, R., AVERY, A. J., & ASHCROFT, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, *366*. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l4185

PARK, O., JEON, M., KIM, M., KIM, B., & JEONG, H. (2023). The Effects of a Simulation-Based Patient Safety Education Program on Compliance with Patient Safety, Perception of Patient Safety Culture, and Educational Satisfaction of Operating Room Nurses. **Healthcare** (Basel, Switzerland), 11(21), 2824. https://doi.org/10.3390/healthcare11212824

PARKER, D., LAWRIE, M., & HUDSON, P. (2006). A framework for understanding the development of organisational safety culture. **Safety Science**, *44*(6), 551–562. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2005.10.004

PEDROSO, A. C., FERNANDES, F. P., TUMA, P., VERNAL, S., PELLIZZARI, M., SEISDEDOS, M. G., PRIETO, C., WILCKENS, B. O., VILLAMIZAR, O. J. S., OLAYA, L. A. C., DELGADO, P., CENDOROGLO NETO, M., & ALIANZA LATINOAMERICANA DE INSTITUCIONES DE SALUD (ALIS) (2023). Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. **BMJ open quality**, 12(4), e002362. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002362

PIMENTA, I. D. S. F., MATA, Á. N. DE S., NEWTON, I. M. B., ARAÚJO, R. M. P. DE, SANTANA, J. L. A., CAPUCHO, H. C., SOUZA-OLIVEIRA, A. C. DE, ECHEVARRÍA-PÉREZ, P., GUILLÉN-MARTÍNEZ, D., & PIUVEZAM, G. (2025). Effectiveness of non-technical skills training in intensive care units: a systematic review. **BMC Medical Education**, *25*(847). https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12909-025-07037-6

POURKHAJOEI, S., NAJARZADEH RISEH, F., & ASADI, N. (2025). Effects of diaphragmatic breathing training on alarm fatigue and patient safety culture among ICU nurses: a quasi-experimental study. Scientific reports, *15*(1), 44026. https://doi.org/10.1038/s41598-025-28691-2

QU, Y., SHAO, J. & LI X. (2026) National insights into patient safety culture in Chinese psychiatric hospitals: the role of hospital-level disparities. **Front. Health Serv**., 6. https://doi.org/10.3389/frhs.2026.1738071

RAZZANI, B., ATASHZADEH-SHOORIDEH, F., JAMSHIDI, T., BARKHORDARI-SHARIFABAD, M., LOTFI, Z., & SKERRETT, V. (2020). The effect of education around ethical principles on nurses' perception to patient safety culture in an Iranian mental health inpatient unit: a pilot study. **BMC nursing**, 19, 10. https://doi.org/10.1186/s12912-020-0402-7

ROPERO-PADILLA, C., GONZÁLEZ-CHORDÁ, V. M., MENA-TUDELA, D., ROMAN, P., CERVERA-GASCH, Á., & RODRIGUEZ-ARRASTIA, M. (2022). Root cause analysis for understanding patient safety incidents in nursing student placements: A qualitative content analysis. **Nurse education in practice**, 65, 103462. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103462

SADEGHI, R., NADERI, Z., & YUSEFI, A. R. (2025). How patient safety culture influences nurses' responsibility: a structural equation modeling study. **BMC nursing**, 24(1), 1414. https://doi.org/10.1186/s12912-025-04072-y

SALARIAN, S., BARABADI, A., MORADI FATH, M., TAHERPOUR, N. & MOLATAYEFE T. (2025). Interventional Management Actions: A Semi-experimental Study on Improving Patient Safety Culture. **Jundishapur J Chronic Dis Care**., *14*(1):e153981. https://doi.org/10.5812/jjcdc-153981

SALEH, K., ZAHRA, B. F. & CHAIMA, F.F. *et al*. (2023). Assessment of patient safety culture among nurses in Djibouti: a multicentric study. **BMC Nurs**, 25(118). https://doi-org.ez314.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12912-025-04276-2

SAMMER, C. E., LYKENS, K., SINGH, K. P., MAINS, D. A., & LACKAN, N. A. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. **Journal of Nursing Scholarship**, *42*(2), 156–165. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x

SCHRAM, A., PALTVED, C., LINDHARD, M. S., KJAERGAARD-ANDERSEN, G., JENSEN, H. I., & KRISTENSEN, S. (2022). Patient

safety culture improvements depend on basic healthcare education: a longitudinal simulation-based intervention study at two Danish hospitals. **BMJ open quality**, 11(1), e001658. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2021-001658

SERRANO-RIPOLL, M. J., FIOL-DEROQUE, M. A., VALDERAS, J. M., ZAMANILLO-CAMPOS, R., LLOBERA, J., DE LABRY LIMA, A. O., PASTOR-MORENO, G., & RICCI-CABELLO, I. (2022). Feasibility of the SINERGIAPS ("Sinergias entre profesionales y pacientes para una Atención Primaria Segura") intervention for improving patient safety in primary care. **Family practice,** 39(5), 843–851. https://doi.org/10.1093/fampra/cmac015

SEXTON, J. B., HELMREICH, R. L., NEILANDS, T. B., ROWAN, K., VELLA, K., BOYDEN, J., ROBERTS, P. R., & THOMAS, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, 6(1), 44. https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44

SIM W. H. (2025). Development and Evaluation of a Multifaceted Intervention Program for Preventing Medication Administration Errors by Nurses. **Journal of patient safety**, 21(4), 226–239. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001345

SORRA, J., & NIEVA, V. (2004). **Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract** No. *290-96-0004)* (04–0041). AHRQ Publication.

SORRA, J., YOUNT, N., & FAMOLARO, T. (2021). Hospital Survey on patient safety culture version 2.0: user's guide. In **Agency for Healthcare Research and Quality** (Vol. 19, Issue 21). https://www.ahrq.gov /sops/surveys/hospital/index.html%0Ahttps://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html

STAINES, A., LÉCUREUX, E., RUBIN, P., BARALON, C., & FARIN, A. (2020). Impact of TeamSTEPPS on patient safety culture in a Swiss maternity ward. **International journal for quality in health care** : journal of the International Society for Quality in Health Care, 32(9), 618–624. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz062

TEIGNÉ, D., MABILEAU, G., LUCAS, M., MORET, L., & TERRIEN, N. (2022). Safety culture in French nursing homes: A randomised controlled study to evaluate the effectiveness of a risk management intervention associated with care. **PloS one**, *17*(12), e0277121. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277121

TZENETIDIS, V., KOTSAKIS, A., GOUVA, M., *et al*. (2025). Examining psychosocial risks and their impact on nurses' safety attitudes and medication error rates: A cross-sectional study. AIMS Press, 12(2), 378–398. https://doi.org/10.3934/publichealth.2025022

WANG, Y., FAN, Y., WANG, X., MA, Y., WU, C., SHI, H., HAN, H., LIU, W., & LIU, C. (2020). **Multilevel Analysis of Individual, Organizational, and Regional Factors Associated With Patient Safety Culture**: A Cross-Sectional Study of Maternal and Child Health Institutions in China. Journal of patient safety, 16(4), e284–e291. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000570

VONČINA, V., BRBOROVIĆ, H., BRBOROVIĆ, O., MAKOVŠEK, A., & PAVIČIĆ ŠARIĆ, J. (2025). Effects of Implementing an ICU Discharge Readiness Checklist on Patient Safety Culture: A Quasi-Experimental Research Study. **Healthcare (Basel, Switzerland),** 13(7), 816. https://doi.org/10.3390/healthcare13070816

WHITTEMORE, R., & KNAFL, K. (2005). The integrative review: updated methodology. **Journal OfAdvanced Nursing**, 52(5), 546–553.

WONG, S. Y., FU, A. C. L., HAN, J., LIN, J., & LAU, M. C. (2021). Effectiveness of customised safety intervention programmes to increase the safety culture of hospital staff. **BMJ open quality**, 10(4), e000962. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-000962

YU, B., WEN, C.-F., LO, H.-L., *et al*. (2020). Improvements in patient safety culture: A national Taiwanese survey, 2009-16. ***International Journal for Quality in Health Care***, 32(1), A9–A17. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz099

ZABIN, L. M., ZAITOUN, R. S. A., SWEITY, E. M., & DE TANTILLO, L. (2023). The relationship between job stress and patient safety culture among nurses: a systematic review. **BMC Nursing,** 22(1), 39. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01198-9

ZISOVSKA, E., FONSECA, V. R., SPASENOVSKA, M., VELICKOVSKI, R., IVANKOVIĆ, D., & BREDA, J. (2025). Developing and evaluating a proof-of-concept patient safety training programme for health workers in North Macedonia. **BMJ open quality,** 14(3), e003473. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003473

AUTORAS E AUTORES

Alexandra Carol Cioato
Acadêmica do oitavo semestre do curso de Psicologia na Universidade de Caxias do Sul. Bolsista de Iniciação Científica CNPq, pesquisando na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho. Participa do grupo de pesquisa FPTProfe: Fatores Psicossociais e Características do Trabalho dos Professores de Educação Básica do Rio Grande do Sul, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Silvana Regina Ampessan Marcon. Aluna na 11ª edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde Equidade, dos Ministérios da Saúde e Educação. Participou do Projeto Rondon como rondonista em janeiro de 2024 na Operação Mangabeiras na cidade de Frei Paulo – SE.

Fernanda Bitencourt Prigol
Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS). Foi bolsista de iniciação científica no projeto Fatores psicossociais presentes no trabalho relacionado às situações de desastre (UCS). Foi bolsista voluntária nos grupos de pesquisa Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva dos Fatores Psicossociais no Trabalho – CULTSEG-2 e Fatores psicossociais e características do trabalho dos professores de educação básica do Rio Grande Do Sul (UCS).

Giovana Belotto
Acadêmica do curso de Psicologia pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Bolsista PIBIC/CNPQ do projeto de pesquisa "Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva dos Fatores Psicossociais no Trabalho CULTSEG-2". A atuação como estudante se estende à comunicação e psicoeducação em saúde mental através do projeto Psicores no *Instagram*. Atual vice-presidente do Diretório

Acadêmico de Psicologia da UCS – Campus Universitário da Região das Hortênsias (DAPSICO).

Heloisa Evaldt Bombana
Acadêmica do nono semestre do curso de Psicologia na Universidade de Caxias do Sul (UCS). Bolsista de Iniciação Científica BIC UCS desde novembro/2025, pesquisando na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho, no grupo de pesquisa Saúde Mental e Processos Psicossociais, sob orientação da Profa. Dra. Silvana Regina Ampessan Marcon.

Isadora Camana Ditadi
Acadêmica do curso de Psicologia na Universidade de Caxias do Sul. Foi bolsista de iniciação científica voluntária junto ao projeto Fatores Psicossociais e Características de Trabalho dos Professores de Educação Básica do Rio Grande do Sul, sob supervisão da Prof.ª Dr.ª Silvana Regina Ampessan Marcon.

João Ignacio Pires Lucas
Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do corpo permanente dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado Profissional e em História, Mestrado e Doutorado pela Universidade de Caxias do Sul. Membro do Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais da Universidade de Caxias do Sul. Coordenador do grupo de pesquisa do CNPq: Cultura, Política, Políticas Públicas e Sociais. Pesquisador de temas relacionados aos fatores sociais e psicossociais relacionados ao mundo do trabalho e da cultura política no contexto do ensino da história.

Kellen Perozzo Lopes
Enfermeira, com MBA em Gestão Hospitalar e Especialização em Terapia Intensiva Adulto pela Universidade de Caxias do Sul. Atua como Coordenadora de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa no Hospital Geral de Caxias do Sul. Possui experiência na liderança de

equipes multiprofissionais, implantação de protocolos assistenciais, monitoramento de indicadores e condução de iniciativas voltadas à melhoria contínua e aos processos de acreditação hospitalar. Mestranda em Psicologia (Mestrado Profissional) pela Universidade de Caxias do Sul, com bolsa do CNPq. Desenvolve pesquisa sobre fatores psicossociais associados à notificação de eventos adversos por equipes interprofissionais de saúde. Atua nas áreas de gestão em saúde, segurança do paciente, cultura organizacional e fatores psicossociais do trabalho em ambientes hospitalares.

Kim Corso Andreazza
Acadêmica do curso de Psicologia na Universidade de Caxias do Sul. Bolsista de iniciação científica pelo programa BIC-UCS junto ao projeto de Cultura de Segurança do Paciente Sob a Perspectiva dos Fatores Psicossociais no Trabalho sob supervisão do Prof. Dr. João Ignacio Pires Lucas. Membro da coordenação da Liga Acadêmica de Terapias Cognitivas e Comportamentais da Universidade de Caxias do Sul (LATCC UCS). Estagiária de Psicologia Organizacional e do Trabalho no Centro de Formação de Condutores Thoma.

Leilane Vieira de Souza
Psicóloga formada pela Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), pós-graduada em Gestão Estratégica de Pessoas pelo SENAC, MBA em Gestão, Empreendedorismo e Desenvolvimento de Negócios pela PUCRS e Psicologia Organizacional e Gestão de Pessoas também pela PUCRS. Mestranda no Programa da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde pela UNIPLAC.É professora e coordenadora do curso de Psicologia na UNIPLAC e atua como Consultora de Recursos Humanos com foco em desenvolvimento humano organizacional.

Lilia Aparecida Kanan
Psicóloga Organizacional e do Trabalho, professora universitária, consultora em Gestão de Pessoas e palestrante. Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho (CFP). Especialista em Avaliação Psicológica pela Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Especialista em Comportamento Humano em Organizações pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Docente do curso de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), orientadora de estágios e trabalhos de conclusão de curso na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho.

Luana Folchini da Costa
Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul. Doutora em Administração pela Universidade de Caxias do Sul e em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, especialidade em Recursos Humanos do Trabalho e das Organizações. Mestre em Administração pela Universidade de Caxias do Sul. MBA em Gestão estratégica de pessoas, competências e coaching pela Faculdade da Serra Gaúcha. Graduada em Psicologia pela UCS, com estudos adicionais na Faculdade de Psicologia da *Università degli Studi di Padova* (2009-2010). Docente em disciplinas de Responsabilidade Social, Sustentabilidade, Gestão de Pessoas, Psicologia Organizacional e Psicologia Positiva em cursos de pós-graduação *Latu Sensu*. Professional Coach e Analista Comportamental (IBC). Integrante do projeto de pesquisa Fatores Psicossociais e Características do Trabalho dos Professores de Educação Básica do Rio Grande do Sul.

Magda Macedo Madalozzo
Psicóloga, Doutora em Psicologia das Organizações e do Trabalho pela Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil), Mestre em Administração de Empresas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil), Pós-Graduada em Psicologia

Organizacional pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Brasil). Graduada em Psicologia e em Administração de Empresas pela Universidade de Caxias do Sul (Brasil). Atualmente é docente na Universidade de Caxias do Sul (Brasil) e outras IES, em cursos de Graduação e Pós-Graduação. Consultora organizacional. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UCS – Mestrado Profissional – PPGPSI-UCS. Atua com linhas de pesquisa ligadas a Fatores Psicossociais no Trabalho.

Maria Eduarda Casagranda
Estudante do terceiro ano do Ensino Médio no Centro Tecnológico da Universidade de Caxias do Sul (CETEC). Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico para o Ensino Médio (PIBIC-CNPq-EM) desde setembro de 2024. Sob orientação da Prof.ª Dr.ª Silvana Regina Ampessan Marcon. Participa de pesquisas sobre fatores psicossociais presentes no trabalho relacionado às situações de desastres e saúde mental, incluindo resgate, acolhimento, tratamento, segurança, limpeza e outros. Além disso, auxilia nos projetos: FPTProfe: Fatores Psicossociais e Características do Trabalho dos Professores de Educação Básica do Rio Grande do Sul. CULTSEG-2: Cultura de Segurança do Paciente sob a Perspectiva dos Fatores Psicossociais no Trabalho.

Maria Eduarda Ouriques
Psicóloga. Especialista em Gêneros e Sexualidades: cuidados interseccionais em saúde mental, pelo Centro Educacional Novas Abordagens em Saúde Mental (CENAT). É Psicóloga Hospitalar no Hospital Nossa Senhora dos Prazeres.

Marlí Bettiol Stopassola
Acadêmica do curso de Psicologia na Universidade de Caxias do Sul (UCS). Bolsista de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico

e Inovação do CNPq (PIBITI/CNPq) junto aos projetos de pesquisa "Cultura de Segurança do Paciente sob a Perspectiva dos Fatores Psicossociais no Trabalho - CULTSEG-2" e "Fatores Psicossociais e Características do Trabalho dos Professores de Educação Básica do Rio Grande Do Sul - FPTProfe" sob a supervisão da professora Magda Macedo Madalozzo. Atual presidente do Diretório Acadêmico de Psicologia da UCS – Campus Universitário da Região das Hortênsias (DAPSICO).

Mayara Haveroth Vandresen
Psicóloga, educadora, pesquisadora, escritora, consultora e conferencista. Mestra em Administração. Doutora em Psicologia, com Pós-Doutorado em Administração. Docente dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde e em Educação. Professora convidada em *Psicología de la Salud de la Universidad Cooperativa de Colombia*. É Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC).

Morgana Menegat Cavalheiro
Psicóloga, graduada na Universidade de Caxias do Sul (UCS), foi bolsista de iniciação científica no projeto Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva dos Fatores Psicossociais no Trabalho – CULTSEG-2 e no projeto Fatores psicossociais e características do trabalho dos professores de educação básica do Rio Grande do Sul. Também é bolsista voluntária no grupo de pesquisa Fatores Psicossociais presentes no trabalho relacionado às situações de desastre (UCS).

Silvana Regina Ampessan Marcon
Doutora em Psicologia pela UFSC, mestre em Administração pela UFRGS, especialista em Gestão e Liderança Universitária pelo Instituto e Gestão e Liderança Universitária, especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho pelo Conselho Federal de Psicologia, graduada em Psicologia pela Universidade de Caxias do Sul. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em

Psicologia Mestrado Profissional, Integrante do grupo de Avaliadores do INEP (MEC), membro da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP) e da *Red Iberoamericana de Psicología de las Organizaciones y del Trabajo* (RIPOT). Temáticas de pesquisa: Fatores Psicossociais do Trabalho em Contextos de Trabalho; Cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos fatores psicossociais no trabalho.

Valentina Del Pino Borghetti
Acadêmica do curso de Psicologia na Universidade de Caxias do Sul. Foi bolsista de iniciação científica pelo programa BIC-UCS junto ao projeto Fatores Psicossociais e características de Trabalho dos Professores de Educação Básica do Rio Grande do Sul, sob supervisão da Prof.ª Dr.ª Silvana Regina Ampessan Marcon.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acreditação Hospitalar
10, 11, 105, 106, 112, 119, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 361

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 96, 98, 99, 100, 105, 107, 110, 111, 121, 129, 130, 182, 200, 201, 202, 206, 207, 361

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
6, 11, 12, 18, 21, 22, 23, 24, 36, 38, 39, 44, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 146, 149, 152, 154, 159, 162, 165, 167, 170, 173, 174, 176, 177, 179, 316, 317, 339, 350, 361

Análise de Causa Raiz (ACR)
86, 87, 90, 91, 97, 111, 325, 361

Apoio da Gestão
18, 67, 138, 145, 149, 150, 159, 167, 168, 170, 171, 235, 288, 326, 328, 333, 338, 361

Apoio da Gestão (Dimensão HSOPSC)
18, 67, 138, 145, 149, 150, 159, 167, 168, 170, 171, 235, 288, 326, 328, 333, 338, 361

Apoio do Supervisor
22, 138, 144, 149, 150, 159, 167, 168, 170, 361

Apoio do Supervisor (Dimensão HSOPSC)
22, 138, 144, 149, 150, 159, 167, 168, 170, 361

Aprendizado Organizacional
10, 18, 22, 109, 138, 144, 149, 156, 159, 167, 170, 266, 274, 281, 286, 287, 289, 294, 297, 298, 361

Aprendizagem Coletiva
272, 297, 361

Assédio Moral
220, 238, 281, 294, 296, 361

Assimetrias Federativas
6, 12, 181, 361

Assistência
11, 12, 20, 22, 51, 88, 90, 92, 98, 99, 100, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 122, 129, 130, 166, 172, 174, 183, 193, 194, 195, 206, 207, 213, 217, 221, 223, 229, 232, 238, 241, 242, 268, 288, 307, 308, 318, 361

Autonomia
59, 63, 65, 69, 214, 215, 216, 217, 220, 222, 223, 224, 226, 227, 239, 240, 242, 361

Avaliação da Cultura de Segurança
18, 37, 42, 184, 288, 361

B

Bem-estar
11, 12, 45, 46, 50, 53, 55, 58, 59, 60, 63, 68, 69, 70, 135, 137, 219, 220, 224, 225, 226, 233, 238, 239, 241, 242, 265, 266, 280, 296, 297, 317, 321, 327, 361

Bibliometria
19, 39, 40, 361

C

Carga de Trabalho
27, 53, 54, 56, 57, 220, 221, 234, 235, 237, 241, 318, 320, 361

Checklist Cirúrgico
333, 361

Chernobyl
20, 361

Ciclo PDCA
125, 361

Cidadania para a Segurança (**Safety Citizenship Behavior**)
171, 176, 361

Classificação Internacional para Segurança do Paciente (CISP)
86, 361

Clima de Segurança
64, 143, 147, 150, 168, 171, 218, 237, 283, 310, 316, 317, 330, 334, 361

Clima Organizacional
43, 229, 281, 283, 292, 296, 362

Colaboração Interprofissional
218, 219, 222, 230, 232, 233, 241, 242, 278, 292, 295, 362

Comprehensive Unit-Based Safety Program - CUSP
322, 324, 333, 338, 362

Comunicação
12, 18, 21, 22, 24, 47, 51, 59, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 95, 98, 106, 113, 120, 127, 128, 138, 144, 145, 149, 150, 155, 156, 159, 167, 168, 170, 171, 174, 176, 191, 213, 214, 217, 218, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 240, 241, 242, 243, 259, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 278, 280, 281, 283, 286, 287, 288, 289, 292, 293, 295, 297, 298, 307, 309, 310, 315, 316, 317, 318, 319, 321, 323, 325, 326, 328, 330, 332, 333, 334, 335, 336, 338, 353, 362

Comunicação Aberta
12, 24, 63, 65, 66, 227, 228, 237, 242, 267, 268, 269, 270, 274, 288, 297, 298, 309, 321, 326, 333, 362

Comunicação sobre Erros
138, 145, 149, 150, 159, 167, 168, 170, 281, 310, 362

Condições de Trabalho
19, 47, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 59, 62, 70, 219, 220, 222, 234, 235, 236, 237, 239, 242, 255, 269, 278, 288, 292, 295, 298, 316, 317, 330, 338, 340, 362

Confiança
12, 22, 51, 57, 64, 95, 96, 98, 121, 189, 203, 213, 215, 217, 222, 225, 227, 228, 229, 230, 232, 240, 241, 242, 267, 271, 288, 295, 297, 327, 362

COVID-19
27, 40, 44, 46, 52, 53, 56, 57, 61, 62, 64, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 132, 223, 253, 258, 284, 285, 301, 347, 362

Cultura de Segurança
5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 86, 87, 89, 93, 98, 105, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 119, 120, 127, 128, 129, 131, 135, 138, 140, 144, 145, 160, 161, 179, 184, 188, 204, 222, 228, 229, 232, 234, 235, 236,

239, 266, 267, 268, 269, 270, 275, 278, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 292, 294, 295, 296, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 340, 353, 355, 357, 358, 359, 361, 362, 365

Cultura de Segurança do Paciente
5, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 93, 98, 131, 140, 144, 160, 161, 179, 184, 188, 222, 234, 266, 269, 278, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 294, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 307, 308, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 320, 321, 322, 329, 334, 336, 340, 353, 355, 357, 358, 359, 362

Cultura Hospitalar
224, 255, 275, 285, 362

Cultura Justa (Just Culture)
12, 13, 95, 96, 98, 100, 101, 113, 137, 176, 178, 182, 208, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 279, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 295, 297, 298, 299, 327, 332, 333, 336, 337, 338, 362

Cultura Organizacional
7, 13, 33, 38, 66, 86, 105, 106, 108, 109, 111, 115, 117, 121, 129, 135, 194, 219, 224, 226, 227, 228, 265, 266, 269, 270, 271, 272, 274, 283, 299, 300, 303, 309, 334, 355, 362

Cultura Positiva
266, 267

Cultura Punitiva
11, 92, 98, 128, 176, 235, 266, 267, 268, 270, 271, 273, 274, 278, 279, 289, 290, 291, 295, 297, 298, 337, 340, 362

D

Debriefing
280, 292, 293, 296, 298, 362

Demandas Psicológicas
64, 362

Desempenho Profissional
46, 53, 55, 65, 67, 69, 226, 283, 362

Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe)
10, 123, 124, 132, 362

Diálise
192, 193, 281, 284, 293, 294, 296, 301, 362

Dimensionamento de Pessoal
138, 146, 149, 150, 159, 160, 167, 168, 170, 171, 174, 229, 235, 237, 284, 294, 314, 318, 326, 328, 332, 333, 338, 340, 362

Distância de Poder (**Power Distance**)
153, 174, 175, 225, 362

Distância Hierárquica
174, 362

Dotação de Pessoal
22, 362

E

Educação Permanente em Saúde
108, 362

Enfermagem 19, 26, 30, 31, 32, 40, 41, 42, 43, 44, 51, 55, 59, 73, 76, 78, 79, 80, 81, 131, 132, 140, 141, 148, 150, 152, 153, 154, 171, 175, 196, 205, 209, 210, 215, 216, 223, 229, 237, 245, 246, 253, 255, 268, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 293, 297, 300, 301, 302, 303, 311, 314, 321, 338, 340, 342, 347, 362

Engenharia de Resiliência (Safety-II)
10, 12, 94, 101, 184, 193, 197, 204, 208, 362

Equipe Multiprofissional
220, 257, 287, 289, 300, 301, 363

Equipes Hospitalares
87, 121, 213, 214, 363

Erro em Saúde
272, 363
Erro Humano
91, 94, 193, 363

Erro Médico
17, 38, 41, 363

Estratégias de Enfrentamento
11, 53, 55, 63, 65, 66, 68, 69, 232, 336, 363

Estresse Ocupacional
47, 50, 52, 68, 136, 235, 238, 310, 317, 332, 363

Evento Adverso (EA)
10, 11, 13, 20, 23, 38, 41, 85, 87, 89, 90, 92, 93, 98, 99, 100, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 120, 121, 122, 128, 129, 181, 182, 188, 189, 193, 197, 200, 204, 206, 207, 226, 228, 232, 235, 237, 270, 278, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 289, 291, 293, 295, 297, 302, 307, 308, 314, 317, 319, 320, 330, 331, 355, 363

Exaustão Emocional
60, 63, 92, 136, 151, 363

F

Fadiga Ocupacional
62, 363

Failure Mode and Effects Analysis FMEA
323, 324, 325, 328, 333, 339, 341, 343, 363

Falhas Assistenciais
237, 328, 363

Falhas Latentes
91, 93, 94, 166, 191, 334, 363

Fatores de Risco
55, 60, 61, 62, 74, 180, 241, 263, 266, 363

Fatores Protetores
46, 53, 62, 63, 65, 68, 69, 236, 363

Fatores Psicossociais
1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 56, 59, 60, 62, 67, 68, 70, 74, 95, 98, 214, 219, 263, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 363

Feedback Institucional
270, 363

Ferramenta 5W2H
125, 363

Formação Acadêmica
271, 290, 363

Gestão da Qualidade
11, 105, 106, 107, 110, 113, 117, 129, 130, 303, 363

Gestão de Riscos
11, 86, 89, 91, 97, 98, 105, 109, 110, 111, 112, 120, 127, 128, 129, 142, 181, 325, 333, 336, 339, 363

Gestão em Saúde
355, 363

Gestão Hospitalar
18, 138, 145, 149, 150, 159, 167, 168, 170, 171, 223, 258, 300, 311, 354, 363

Governança Clínica
105, 107, 110, 112, 119, 203, 363

Governança Institucional
267, 270, 274, 297, 298, 363

H

Hospitais
7, 13, 19, 20, 21, 23, 59, 60, 79, 88, 102, 107, 156, 194, 255, 265, 266, 274, 281, 287, 293, 294, 299, 301, 314, 316, 330, 338, 363

Hospital Survey on Patient Safety Culture HSOPSC
6, 12, 18, 21, 22, 29, 36, 37, 38, 41, 43, 44, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 147, 148, 156, 157, 166, 169, 179, 283, 284, 287, 288, 290, 293, 316, 317, 327, 330, 339, 350, 361, 364

I

Incidentes em Saúde
101, 364

Incivilidade no Trabalho
310, 317, 321, 364

Infecções Hospitalares
266, 364

Institute of Medicine (IOM)
21, 23, 41, 87, 88, 93, 98, 101, 307, 346, 364

Intervenções Baseadas em Evidências
7, 13, 120, 307, 364

Intervenções Educacionais
321, 322, 325, 326, 333, 336, 364

Intervenções Organizacionais
228, 234, 239, 321, 322, 325, 326, 333, 364

Intervenções Psicossociais 321, 323, 325, 327, 364

J

James Reason
91, 102, 180, 209, 364

Joint Commission International (JCI) 10, 113, 131, 364

L

Lesão por Pressão
195, 199, 200, 207, 364

M

Manual de Acreditação (ONA)
115, 117, 118, 119, 364

Maturidade Notificadora
185, 364

Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)
37, 317, 364

Medo de Punição
241, 270, 318, 325, 332, 334, 364

Medo de Retaliação
96, 190, 318, 364

Melhoria Contínua
18, 21, 22, 86, 97, 111, 114, 115, 117, 122, 125, 126, 129, 137, 138, 144, 149, 156, 159, 218, 227, 231, 236, 237, 270, 272, 274, 281, 293, 297, 320, 325, 327, 355, 364

Mindfulness
323, 325, 327, 338, 347, 364

Modelo Cognitivo-Relacional do Estresse (Coping)
160, 364

Modelo de Demandas e Recursos do Trabalho (JD-R)
150, 160, 365

Modelo do Queijo Suíço
86, 91, 93, 94, 95, 99, 102, 365

Modelo SEIPS (**Systems Engineering Initiative for Patient Safety**)
136, 176, 178, 194, 207, 365

Modelos Mentais Partilhados (**Shared Mental Models**)
171, 365

Mudança Organizacional
217, 329, 365

N

Near Miss (Quase erro)
122, 197, 365

Never Events
122, 182, 183, 198, 199, 200, 201, 365

Notificações de Eventos
10, 120, 153, 163, 365

NOTIVISA
5, 6, 9, 10, 11, 12, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 97, 98, 99, 100, 102, 109, 111, 121, 122, 181, 182, 183, 185, 190, 205, 206, 207, 365

NOTIVISA 2.0
87, 89, 100, 121, 122, 365

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
86, 89, 95, 99, 100, 105, 108, 110, 111, 112, 121, 129, 282, 365

Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC)
37, 44, 317, 365

O

Organização do Trabalho
45, 50, 59, 67, 68, 81, 213, 221, 223, 226, 241, 365

Organização Mundial da Saúde (OMS)
20, 22, 24, 38, 43, 46, 47, 68, 86, 88, 101, 102, 103, 106, 107, 119, 120, 125, 128, 131, 215, 218, 251, 262, 263, 309, 322, 324, 339, 365

Organização Nacional de Acreditação (ONA)
10, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 131, 364, 365

Organizações de Alta Confiabilidade (HROs)
96, 135, 136, 194, 204, 365

Organizações que Emancipam
84, 180, 365

P

Participação Ativa do Paciente
96, 365

Passagem de Plantão
18, 138, 145, 149, 159, 167, 170, 171, 319, 365

Pharmacy Survey on Patient Safety Culture (PSOPSC)
317, 365

Planejamento Estratégico
97, 266, 365

Plano de Segurança do Paciente (PSP)
90, 107, 108, 110, 365

Portaria nº 529/2013
97, 365

Práticas Baseadas em Evidências
13, 365

Práticas Seguras
11, 24, 105, 108, 110, 112, 117, 119, 120, 127, 128, 269, 296, 308, 320, 325, 365

Preditores da Cultura de Segurança
312, 320, 365, 366

Prevenção de Riscos
70, 113, 268, 366

Primum non nocere
85, 97, 366

Processos Assistenciais
107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 128, 136, 137, 160, 227, 231, 236, 269, 270, 272, 289, 295, 297, 325, 366

Profissionais de Saúde
22, 46, 50, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 67, 68, 73, 74, 120, 129, 137, 138, 213, 222, 223, 267, 280, 281, 283, 290, 302, 303, 366

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)
9, 17, 22, 24, 38, 42, 85, 86, 89, 92, 93, 96, 97, 100, 105, 107, 108, 109, 112, 127, 130, 207, 366

Protocolos Assistenciais
108, 110, 112, 266, 355, 366

Protocolos de Segurança
110, 366

Psicologia das Organizações e do Trabalho (POT)
10, 86, 92, 98, 136, 141, 182, 356, 366

Q

Qualidade Assistencial
97, 109, 114, 122, 132, 218, 223, 230, 234, 236, 237, 238, 239, 269, 295, 297, 308, 366

Qualidade de Vida Profissional
19, 40, 63, 64, 81, 282, 294, 366

Queda do Paciente
194,195, 366

R

RDC no 36/2013
9, 86, 89, 90, 92, 97, 107, 110, 112, 366

Relações de Poder
213, 366

Relações de Trabalho
217, 266, 278, 292, 331, 366

Relações Interpessoais
55, 66, 67, 69, 135, 227, 238, 242, 296, 323, 325, 327, 331, 366

Resposta Não Punitiva ao Erro
18, 228, 283, 285, 294, 310, 314, 318, 328, 331, 332, 336, 338, 366

Revisão Sistemática
215, 274, 275, 280, 281, 366

Riscos Psicossociais no Trabalho
47, 48, 59, 135, 175, 366

Ritmo de Trabalho
22, 138, 146, 149, 150, 151, 159, 167, 168, 170, 171, 174, 216, 366

S

Safety Attitudes Questionnaire - SAQ
18, 37, 316, 317, 329, 330, 339, 342, 350, 366

Safety Huddles
280, 298, 366

Satisfação no Trabalho
47, 53, 64, 65, 66, 69, 79, 225, 226, 229, 234, 286, 366

Saúde Mental
12, 47, 51, 53, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 66, 68, 69, 77, 192, 193, 286, 293, 296, 302, 330, 335, 340, 353, 354, 357, 366

Saúde Ocupacional
10, 20, 45, 74, 137, 366

Segurança do Paciente
1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 69, 70, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 97, 98, 99, 100, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 117, 119, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 135, 137, 138, 139, 140, 142, 144, 145, 147, 149, 150, 151, 152, 154, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 168, 172, 173, 179, 181, 184, 188, 207, 213, 218, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 230, 231, 232, 234,

235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 266, 267, 268, 269, 270, 272, 273, 274, 275, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 292, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 320, 321, 322, 325, 326, 329, 334, 336, 340, 353, 355, 357, 358, 359, 361, 362, 365, 366

Segurança Psicológica
10, 11, 87, 95, 98, 121, 155, 176, 182, 190, 191, 204, 215, 217, 218, 222, 226, 227, 228, 229, 230, 232, 240, 241, 242, 266, 267, 270, 275, 287, 294, 297, 298, 299, 301, 309, 317, 320, 325, 327, 333, 338, 340, 366

Sensibilidade às Operações
135, 136, 193, 366

Sidney Dekker
101, 178, 208, 367

Silêncio Organizacional (Aquiescente e Defensivo)
12, 155, 175, 189, 367

Síndrome de Burnout
46, 53, 54, 56, 60, 62, 68, 75, 80, 92, 367

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)
86, 100, 111, 367

Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR)
324, 325, 328, 338, 341, 367

Sobrecarga de Trabalho
46, 67, 68, 151, 166, 218, 223, 235, 241, 269, 273, 288, 289, 295, 297, 302, 320, 329, 331, 332, 334, 336, 338, 367

Subnotificação
13, 86, 91, 92, 120, 128, 155, 166, 176, 189, 197, 204, 270, 285, 290, 291, 293, 294, 317, 320, 334, 336, 340, 367

Surveys on Patient Safety Culture (SOPS)
21, 23, 24, 148, 149, 157, 158, 159, 167, 170, 177, 350, 367

Suporte Social
53, 57, 63, 65, 367

T

Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (Team STEPPS) 322, 323, 324, 325, 326, 332, 333, 338, 350, 367

Tempo de Serviço
166, 167, 367

To Err is Human (Relatório)
21, 23, 41, 87, 93, 101, 106, 209, 342, 346, 367

Trabalho Colaborativo
230, 367

Trabalho em Equipe
6, 12, 13, 18, 21, 22, 64, 66, 109, 113, 138, 144, 149, 150, 159, 167, 170, 213, 214, 215, 218, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 270, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 294, 295, 297, 298, 310, 316, 317, 319, 323, 325, 326, 330, 331, 332, 333, 334, 336, 338, 340, 367

Trabalho Hospitalar
5, 10, 11, 23, 45, 46, 50, 214, 220, 241, 367

Trabalho Interprofissional
12, 367

Transferências
18, 21, 22, 285, 287, 367

Troca de Informações
22, 138, 145, 149, 159, 167, 170, 171, 367

U

Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
60, 142, 158, 162, 164, 165, 166, 293, 338, 367

Unidade de Trabalho
138, 140, 142, 143, 163, 164, 367

V

Vigilância Sanitária
86, 89, 99, 100, 105, 110, 111, 129, 130, 181, 182, 183, 200, 201, 202, 203, 206, 207, 361, 367

Violência Horizontal
296, 367

Violência no Trabalho
61, 367



"Os profissionais de saúde são os verdadeiros protagonistas da segurança do paciente. É por meio da qualificação, engajamento e da força de equipes coesas, alicerçadas no autocuidado e na confiança mútua, que se constroem ambientes assistenciais verdadeiramente protegidos. Intervenções sobre os fatores psicossociais relacionados ao trabalho das equipes é um caminho profícuo para preservar vidas e promover o desenvolvimento organizacional sustentável".

APOIO:

UCS UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

CNPq

Pedro & João Editores
pedroejoaoeditores.com.br

ISBN 978-65-265-3193-8