

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL: INTEGRAÇÃO ENTRE GESTÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

Eliane Valéria Nascimento da Silva¹; Rachel Ribeiro da Silva²; Michele do Nascimento Moraes³; Mayanny Araujo Coimbra⁴; Wendy Epifanio Sarmiento Fernandes⁵; Janaísa Sousa Monteiro⁶; Lucas Geovanny Costa⁷; Marília Santos de Moraes⁸; Wesley Epifanio Sarmiento⁹; Loide Seles Marques¹⁰.

¹Graduada em enfermagem e Especialista em ginecologia e obstetrícia pela Faculdade dos Palmares, Japaranduba, Palmares – PE, Brasil. E-mail: elianevalerian@gmail.com

² Especialista em Enfermagem Dermatológica pelo Centro Universitário Celso Lisboa, Engenho Novo, Rio de Janeiro – RJ, Brasil. E-mail: rachelrslv@gmail.com Orcid: 0000-0002-9599-8971

³ Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Ateneu – Uniateneu, Matriz - Pici, Fortaleza - CE, Brasil. E-mail: michelenascimento930@gmail.com Orcid: 0009-0005-4868-828

⁴ Especialista em Segurança e Qualidade do Paciente pela ENSP/FIOCRUZ, Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ, Brasil. E-mail: mayannycoimbra@hotmail.com Orcid: 0009-0005-8342-9906

⁵ Graduada em Farmácia pela Faculdade São Francisco da Paraíba, Cajazeiras, Paraíba-PB, Brasil. E-mail: wendysarmiento@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-8127-5041>

⁶ especialização em Daúde Materno Infantil pela Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, Brasil. E-mail: enfjanaisa@gmail.com Orcid: 0009-0001-3898-1567

⁷ Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Goiás. Goiás - Goiás - Brasil. E-mail: geo.lucass@egresso.ufg.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-6967-1654>

⁸ Graduação em Medicina na UNINOVAFAP. Docente do Departamento de Medicina Comunitária da UFPI. E-mail: mariliasantos1001@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5621-4508>

⁹ Mestre em Meio Ambiente e Tecnologia - Linha de pesquisa Sistema agroindustrial pela Universidade Federal de Campina Grande, UFCG, Campina Grande, Brasil. E-mail: weslleyep@yahoo.com.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-8127-5041>

¹⁰ Doutoranda em Desenvolvimento Territorial e meio ambiente pela Universidade de Araraquara- Uniara. Araraquara-SP, Brasil. E-mail: Loide.seles23@hotmail.com Orcid:0009-0009-7996-4120

RESUMO

A segurança do paciente constitui dimensão estratégica da qualidade assistencial, pois a prevenção de danos depende da articulação entre cultura organizacional, liderança, aprendizagem profissional e gestão dos processos de trabalho. Este capítulo objetivou analisar a relação entre cultura de segurança do paciente e melhoria contínua da qualidade assistencial, considerando a integração entre gestão, educação permanente e qualificação do cuidado. Realizou-se revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, com busca em junho de 2026 na Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, PubMed/MEDLINE e Google Acadêmico, além de portais institucionais, abrangendo publicações em português e inglês entre 2013 e 2026. O corpus foi composto por oito produções, após a exclusão de 14 materiais, submetidas à leitura exploratória, analítica e comparativa. O reconhecimento institucional da segurança como valor não assegurou, isoladamente, aprendizagem organizacional nem mudanças sustentáveis. Liderança atuante, cultura justa, comunicação aberta, participação multiprofissional, indicadores confiáveis e ciclos



PDSA/PDCA favoreceram a revisão dos processos e a redução de não conformidades. As intervenções educativas alcançaram melhores resultados quando vinculadas às necessidades do serviço, ao tempo protegido e ao apoio gerencial, enquanto ações breves ou exclusivamente digitais apresentaram adesão limitada. Conclui-se que a melhoria contínua requer governança capaz de integrar formação em serviço, monitoramento e reavaliação periódica das práticas. O capítulo contribui para a gestão estratégica em saúde ao reunir componentes organizacionais e educativos indispensáveis à tomada de decisão, à prevenção de incidentes e à continuidade de um cuidado seguro e qualificado.

Palavras-chave: Cultura Organizacional; Educação Continuada; Gestão da Qualidade Total; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Patient safety is a strategic dimension of quality of care, as the prevention of harm depends on the articulation between organizational culture, leadership, professional learning, and management of work processes. This chapter aimed to analyze the relationship between patient safety culture and continuous improvement of quality of care, considering the integration between management, continuing education, and qualification of care. A narrative literature review, with a qualitative approach, was conducted in June 2026 in the Virtual Health Library, SciELO, PubMed/MEDLINE, and Google Scholar, as well as institutional portals, encompassing publications in Portuguese and English between 2013 and 2026. The corpus consisted of eight productions, after the exclusion of 14 materials, subjected to exploratory, analytical, and comparative reading. The institutional recognition of safety as a value did not, in isolation, ensure organizational learning or sustainable changes. Active leadership, a just culture, open communication, multi-professional participation, reliable indicators, and PDSA/PDCA cycles favored the review of processes and the reduction of non-conformities. Educational interventions achieved better results when linked to service needs, protected time, and managerial support, while brief or exclusively digital actions showed limited adherence. It is concluded that continuous improvement requires governance capable of integrating in-service training, monitoring, and periodic reassessment of practices. This chapter contributes to strategic health management by bringing together organizational and educational components essential for decision-making, incident prevention, and the continuity of safe and qualified care.

Keywords: Organizational Culture; Continuing Education; Total Quality Management; Quality of Healthcare; Patient Safety.

1. INTRODUÇÃO



A segurança do paciente e a qualidade assistencial ocupam posição central na organização contemporânea dos serviços de saúde, especialmente diante da complexidade das intervenções clínicas, da incorporação de tecnologias e da participação de diferentes categorias profissionais no percurso do cuidado. Embora os avanços científicos tenham ampliado a capacidade diagnóstica e terapêutica, falhas de comunicação, fragilidades organizacionais e inadequações nos processos de trabalho permanecem associadas à ocorrência de danos evitáveis, exigindo abordagens articuladas e permanentes para sua prevenção (Asiri *et al.*, 2024).

Esse fator corresponde à redução, até um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário relacionado à assistência à saúde, abrangendo a identificação, a avaliação e o controle das circunstâncias capazes de comprometer a integridade do usuário. Esse conceito não se restringe à execução correta de procedimentos, pois envolve a organização dos serviços, a disponibilidade de recursos, a qualificação profissional e a capacidade institucional de responder preventivamente aos riscos presentes nos diferentes pontos da atenção (Brasil, 2013).

Nesse contexto, a cultura de segurança representa o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que orientam a maneira como trabalhadores e gestores compreendem e conduzem as práticas assistenciais. Sua consolidação pressupõe responsabilidade compartilhada pela proteção de pacientes, familiares e profissionais, prioridade da segurança sobre interesses exclusivamente financeiros ou operacionais, incentivo à comunicação de incidentes e utilização das falhas como fonte de aprendizado organizacional, sem limitar a análise à responsabilização individual (Brasil, 2013).

A construção de ambientes assistenciais seguros requer a superação de modelos centrados apenas na vigilância do desempenho individual, uma vez que os incidentes podem decorrer da interação entre fatores humanos, condições de trabalho, estrutura institucional, comunicação e desenho dos processos. A perspectiva sistêmica permite reconhecer que a prevenção de danos depende da coordenação entre profissionais, gestores, pacientes, pesquisadores e formuladores de políticas, com responsabilidades definidas e canais permanentes de diálogo e cooperação (Hejazi *et al.*, 2026).

No Brasil, a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) estabeleceu uma referência normativa para a qualificação do cuidado em todos os

estabelecimentos de saúde, incorporando a gestão de riscos, os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e a participação de usuários e familiares. O programa também contempla a produção e a difusão de conhecimentos, o monitoramento de incidentes e a inserção da segurança do paciente na formação técnica, na graduação, na pós-graduação e nos processos educativos desenvolvidos nos serviços (Brasil, 2013; Prazeres *et al.*, 2024).

A gestão possui função determinante na incorporação da segurança e da qualidade às prioridades estratégicas das instituições, pois cabe às lideranças organizar recursos, estabelecer responsabilidades, acompanhar metas e criar condições para que as equipes desenvolvam práticas consistentes. A qualidade deixa, assim, de constituir atribuição exclusiva de setores especializados e passa a integrar o cotidiano assistencial, articulando profissionais, áreas administrativas e estruturas de governança em torno de objetivos comuns relacionados ao cuidado seguro e centrado no paciente (Ramar; Oxentenko; Dowdy, 2025).

A melhoria contínua da qualidade compreende um processo dinâmico de identificação de problemas, planejamento de intervenções, acompanhamento dos resultados e revisão das práticas adotadas, não podendo ser reduzida a ações isoladas ou avaliações ocasionais. Auditorias, indicadores, listas de verificação, protocolos, sistemas digitais e mecanismos de *feedback* permitem examinar a conformidade dos processos e orientar ajustes sucessivos, mantendo a segurança como compromisso permanente da organização e não como condição alcançada de forma definitiva (Nair, 2026).

A organização de um sistema de gestão da qualidade favorece a definição de objetivos mensuráveis, a padronização de documentos, a realização de auditorias e o acompanhamento de indicadores relacionados ao desempenho assistencial. Quando vinculadas à análise de riscos, à tomada de decisão baseada em informações e aos ciclos de melhoria, essas ferramentas auxiliam na correção de fragilidades, na prevenção de incidentes e no fortalecimento de uma cultura institucional orientada para a aprendizagem, a excelência dos serviços e a satisfação dos usuários (Khatib, 2024).

A integração entre profissionais constitui outro componente essencial da segurança, visto que o cuidado é produzido por diferentes categorias, setores e níveis de atenção que precisam compartilhar informações e responsabilidades. Comunicação efetiva, respeito mútuo, tomada de decisão compartilhada e coordenação das atividades

contribuem para a continuidade assistencial, enquanto estruturas excessivamente hierarquizadas, práticas fragmentadas e canais inadequados de comunicação podem dificultar a identificação de riscos e comprometer a aplicação uniforme das medidas de segurança (Hejazi *et al.*, 2026).

A educação permanente insere-se nesse processo por possibilitar que as necessidades surgidas no cotidiano dos serviços sejam transformadas em oportunidades de reflexão, atualização e reorganização do trabalho. Capacitações direcionadas, simulações clínicas, atividades interprofissionais e análise de situações relacionadas ao cuidado favorecem o desenvolvimento de competências para reconhecer riscos, comunicar incidentes e aplicar protocolos, aproximando o conhecimento técnico das condições concretas em que a assistência é planejada e executada (Falade *et al.*, 2024).

A continuidade das ações educativas também permite acompanhar mudanças tecnológicas, normativas e epidemiológicas que alteram as demandas enfrentadas pelas equipes de saúde. Sua articulação com o envolvimento das lideranças, o monitoramento de dados e os sistemas institucionais de aprendizagem amplia a capacidade de transformar informações em intervenções, evitando que treinamentos sejam realizados de maneira descontextualizada ou desvinculada dos problemas assistenciais e dos objetivos definidos pela gestão da qualidade (Ramar; Oxentenko; Dowdy, 2025).

A qualificação do cuidado envolve, ainda, o reconhecimento do paciente e de seus familiares como participantes do processo assistencial, com acesso a informações compreensíveis e possibilidade de colaborar nas decisões relacionadas ao tratamento. A comunicação transparente, a orientação sobre riscos e o estímulo à manifestação de dúvidas contribuem para ampliar a corresponsabilidade, fortalecer a confiança nos profissionais e identificar situações potencialmente inseguras, vinculando o cuidado centrado na pessoa às estratégias institucionais de segurança e qualidade (Asiri *et al.*, 2024; Brasil, 2013).

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de compreender a segurança do paciente como resultado da integração entre governança, gestão de riscos, aprendizagem profissional e organização do cuidado, evitando a fragmentação dessas dimensões nas instituições de saúde. O problema de pesquisa concentra-se na permanência de práticas descontínuas, comunicações fragilizadas e processos educativos

pouco articulados às prioridades gerenciais, circunstâncias que podem limitar a incorporação da cultura de segurança e a continuidade das ações de melhoria da qualidade assistencial (Brasil, 2013; Khatib, 2024; Hejazi *et al.*, 2026). Diante dessa problemática, o estudo tem como objetivo analisar a relação entre cultura de segurança do paciente e melhoria contínua da qualidade assistencial, considerando a integração entre gestão, educação permanente e qualificação do cuidado.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa da literatura, desenvolvido para analisar a integração entre cultura de segurança do paciente, gestão, educação permanente e melhoria contínua da qualidade assistencial. A revisão narrativa foi adotada por permitir a articulação de produções científicas e documentos técnico-normativos, favorecendo a compreensão conceitual e organizacional do tema sem restringir a análise a um único delineamento metodológico.

A busca bibliográfica foi realizada em junho de 2026 nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online*, PubMed/MEDLINE e Google Acadêmico. A identificação de documentos normativos e institucionais ocorreu por consulta aos portais oficiais do Ministério da Saúde e de instituições de saúde. Foram utilizados apenas cinco descritores: “Segurança do Paciente”, “Qualidade da Assistência à Saúde”, “Gestão da Qualidade Total”, “Cultura Organizacional” e “Educação Continuada”. Os respectivos equivalentes em inglês foram empregados quando exigidos pelas bases internacionais. Ressalta-se que “Gestão da Qualidade Total” é o descritor preferido no DeCS, enquanto “Gestão da Qualidade” aparece como termo alternativo.

Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, utilizando-se a seguinte estratégia principal: “Segurança do Paciente” AND “Qualidade da Assistência à Saúde” AND (“Gestão da Qualidade Total” OR “Cultura Organizacional”) AND “Educação Continuada”. As combinações foram ajustadas à estrutura de cada base, mantendo os mesmos cinco descritores e evitando a inclusão de termos livres que ampliassem o escopo para conteúdos distantes do objetivo do capítulo.



O recorte temporal compreendeu publicações entre 2013 e 2026, considerando como marco inicial a instituição do PNSP no Brasil. Foram incluídos artigos originais, revisões, editoriais e documentos técnico-normativos disponíveis na íntegra, publicados em português ou inglês e diretamente relacionados ao tema e que atendessem ao objetivo do estudo.

Foram excluídas publicações duplicadas, textos incompletos, materiais sem identificação de autoria ou procedência, trabalhos sem acesso ao conteúdo integral e produções que abordavam procedimentos clínicos específicos sem articulação a temática. A seleção ocorreu inicialmente pela leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, pela avaliação integral dos materiais que apresentaram correspondência com a temática proposta.

Ao final do processo, foram selecionadas oito produções, compostas por artigos científicos, editorial e documentos técnico-institucionais. A análise foi conduzida mediante leitura exploratória, analítica e comparativa dos materiais, considerando os conceitos apresentados, as estratégias de gestão, as práticas educativas e as propostas relacionadas à segurança do paciente e à qualidade assistencial. Em seguida, realizou-se a síntese interpretativa das informações, com identificação de aproximações, complementaridades e diferenças entre as publicações, permitindo a construção articulada da discussão.

Por utilizar exclusivamente publicações científicas e documentos de acesso público, sem abordagem direta de seres humanos ou utilização de informações pessoais, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como limitações, consideram-se o caráter não sistemático da revisão narrativa, a diversidade metodológica das publicações e a ausência de avaliação formal da qualidade dos estudos, fatores que restringem a generalização das interpretações, mas preservam a contribuição teórica e reflexiva do capítulo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO



A leitura integral das oito publicações resultou na inclusão de oito trabalhos (n=8) e na exclusão de quatorze (n=14), pois todos apresentaram relação direta com cultura de segurança, gestão da qualidade, educação permanente ou qualificação da assistência. O corpus reuniu duas revisões de literatura, uma revisão de escopo, uma revisão sistemática, uma pesquisa transversal, uma investigação qualitativa e duas intervenções antes e depois. Essa composição permitiu examinar a segurança do paciente desde os fundamentos organizacionais e gerenciais até sua aplicação em práticas educativas, protocolos assistenciais, monitoramento de indicadores e ciclos de melhoria implementados em instituições hospitalares.

Tabela 1 – Caracterização das publicações incluídas na revisão.

AUTOR E ANO	DELINEAMENTO E CONTEXTO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Aloufi e Al Hilali (2020)	Pesquisa transversal com gestores clínicos	Analisar as percepções de gestores clínicos sobre cultura de segurança e fatores associados	Dos 407 questionários distribuídos, 221 foram respondidos. A cultura de segurança obteve média de 5,53, enquanto a aprendizagem organizacional apresentou a menor média, com 3,95.
Shenoy (2021)	Revisão contemplativa sobre modelos de gestão da qualidade	Examinar a segurança do paciente mediante referenciais éticos, assistenciais e gerenciais	A articulação entre princípios bioéticos, metas de qualidade, centralidade do paciente e políticas institucionais sustenta decisões clínicas e administrativas mais seguras.
Lima <i>et al.</i> (2022)	Estudo quase experimental, antes e depois, em centro de cuidados intensivos	Avaliar a efetividade de um ciclo de melhoria na identificação do paciente crítico	Houve aumento significativo da conformidade em cinco dos sete critérios avaliados e redução inicial das não conformidades de 200 para 75 ocorrências.
Parente <i>et al.</i> (2024)	Pesquisa descritiva, transversal e qualitativa com 22 profissionais	Compreender os desafios da educação permanente em hospital público acreditado	Resistência às mudanças, rotatividade, sobrecarga e dificuldade de liberação das equipes limitaram as ações educativas; simulação, atividades <i>in loco</i> e indicadores favoreceram sua execução.
Voltan <i>et al.</i> (2024)	Estudo piloto de pré e pós-intervenção em hospital de ensino	Verificar o impacto de estratégias educacionais digitais na identificação do paciente	Foram auditados 166 leitos. A conferência da pulseira aumentou significativamente, segundo a percepção dos pacientes ($p=0,0410$), embora

			apenas dez profissionais tenham concluído o treinamento.
Endalamaw <i>et al.</i> (2024)	Revisão de escopo qualitativa com 87 publicações	Examinar conceitos, modelos, instrumentos, barreiras, facilitadores e impactos da melhoria contínua	Foram identificados 14 modelos e 19 instrumentos. O PDSA/PDCA foi o modelo mais utilizado, com repercussões sobre estrutura, processos, segurança, eficiência e resultados clínicos.
Finn <i>et al.</i> (2024)	Revisão sistemática de métodos mistos com 42 publicações	Analisar os efeitos de intervenções sobre cultura de segurança entre trabalhadores hospitalares	Liderança, trabalho em equipe e cultura justa concentraram os principais resultados. Intervenções prolongadas, apoiadas institucionalmente e aplicadas nas unidades apresentaram efeitos mais consistentes.
Sowińska-Domagala e Wolniak (2025)	Revisão não sistemática de 44 publicações	Analisar a relação entre cultura organizacional, qualidade assistencial e segurança do paciente	Valores compartilhados, liderança, comunicação aberta, cultura justa e bem-estar profissional foram considerados indispensáveis à melhoria sustentável da qualidade.

Fonte: elaboração própria com base nas publicações incluídas (2026).

A cultura de segurança corresponde a uma dimensão da cultura organizacional que orienta comportamentos, prioridades e decisões diante dos riscos assistenciais. Sowińska-Domagala e Wolniak (2025) relacionaram ambientes colaborativos à maior disposição para comunicar incidentes, participar das decisões e aprender com as falhas, enquanto estruturas hierarquizadas podem restringir a autonomia e silenciar preocupações dos trabalhadores.

Shenoy (2021) acrescentou que a segurança não pertence somente à equipe assistencial, pois políticas formuladas em nível institucional precisam ser incorporadas por gestores, lideranças e profissionais no ponto de cuidado. Desse modo, normas e protocolos adquirem efetividade quando encontram respaldo em valores organizacionais compatíveis com transparência, responsabilidade compartilhada e centralidade do paciente.

A melhoria contínua depende da transformação de problemas cotidianos em objetos de avaliação, intervenção e reavaliação. Endalamaw *et al.* (2024) identificaram 14 modelos e 19 instrumentos aplicados a essa finalidade, com predominância do ciclo PDSA/PDCA, estruturado em planejamento, execução, estudo dos resultados e

incorporação dos ajustes necessários. O funcionamento desse processo requer equipe multiprofissional, definição de responsabilidades, tempo protegido, dados confiáveis e participação das lideranças. Resistência às mudanças, receio de punição, metas inadequadas, sistemas de informação frágeis e insuficiência de capacitação interrompem a continuidade das iniciativas. Em contrapartida, comunicação, educação, trabalho coletivo e decisões orientadas por indicadores favorecem sua sustentação organizacional.

A aplicação prática desse percurso foi demonstrada por Lima *et al.* (2022) no processo de identificação de pacientes críticos. Antes da intervenção, apenas 50% dos pacientes utilizavam pulseira, 32,69% apresentavam dados legíveis e corretos e 17,31% mantinham o dispositivo no membro definido pelo protocolo.

Após capacitação de 160 profissionais, revisão dos procedimentos e adequação de recursos, cinco dos sete critérios registraram diferenças estatisticamente significativas. As não conformidades diminuíram de 200 para 75 na primeira reavaliação, mas aumentaram para 111 na segunda, permanecendo abaixo do valor inicial. A oscilação posterior demonstra que resultados imediatos não dispensam supervisão, formação periódica e acompanhamento dos indicadores (Lima *et al.*, 2022).

Voltan *et al.* (2024) encontraram situação distinta ao empregarem treinamento digital de curta duração. Entre 105 profissionais recrutados, 27 iniciaram a capacitação e somente dez concluíram todas as atividades, correspondendo a uma taxa de resposta de 9,52%. Apesar da reduzida participação, a percepção dos pacientes sobre a conferência da pulseira pelos profissionais aumentou de 24% para 46,74%, com significância estatística ($p=0,0410$). Enquanto Lima *et al.* (2022) alcançaram mudanças em diferentes critérios mediante capacitação em serviço e reestruturação institucional. A diferença reforça a interferência do apoio gerencial, da motivação e das condições de participação na efetividade educativa.

As dificuldades de participação receberam maior detalhamento na investigação de Parente *et al.* (2024) realizada com 22 profissionais de um hospital público acreditado. A demanda assistencial, o quantitativo insuficiente de trabalhadores e a ausência de substitutos dificultavam a liberação das equipes para as capacitações. Contratos temporários e mudanças de gestores provocavam rotatividade, perda de trabalhadores qualificados e necessidade frequente de formar novos profissionais. A resistência não foi

tratada apenas como escolha individual, mas vinculada às condições de trabalho e à organização institucional. Simulação realística, rodas de conversa, oficinas, atividades práticas e encontros *in loco* ampliaram a aproximação entre conteúdo educativo, protocolos e problemas presentes no cotidiano assistencial.

Finn *et al.* (2024) verificaram que intervenções prolongadas, apoiadas pela alta gestão, fundamentadas teoricamente e desenvolvidas no nível das unidades produziram resultados mais consistentes sobre liderança, trabalho em equipe e percepção de segurança. A revisão também registrou efeitos mistos ou fracos quando os programas foram breves, pouco reforçados ou executados sem envolvimento dos gestores.

Essa constatação converge com Parente *et al.* (2024) quanto à necessidade de integrar educação e organização do trabalho, mas acrescenta cautela à atribuição causal das mudanças exclusivamente ao treinamento. A cultura se modifica gradualmente pela combinação entre comunicação, recursos, participação profissional, feedback, comportamento das lideranças e continuidade das ações, não por intervenções educativas isoladas.

Entre os gestores clínicos investigados por Aloufi e Al Hilali, (2020) a dimensão cultura de segurança alcançou a maior média, 5,53, enquanto aprendizagem organizacional obteve a menor, 3,95. O resultado revela possível distanciamento entre reconhecer a segurança como valor e possuir mecanismos consolidados para aprender com incidentes e revisar processos. Não houve diferenças significativas relacionadas à idade, experiência profissional, treinamento ou qualificação gerencial, embora o porte da instituição tenha interferido na percepção da cultura de segurança. Finn *et al.* (2024) complementaram essa discussão ao demonstrarem que liderança e trabalho em equipe foram as dimensões mais frequentes nas intervenções, ao passo que aprendizagem e melhoria receberam menor presença, confirmando uma fragilidade operacional nesse componente.

A cultura justa exige equilíbrio entre aprendizagem organizacional e responsabilização proporcional às circunstâncias do incidente. Sowińska-Domagala e Wolniak (2025) diferenciaram o erro humano, o comportamento de risco e a conduta deliberadamente imprudente, afastando tanto a punição automática quanto a ausência absoluta de responsabilização. Os trabalhadores precisam relatar falhas e preocupações

sem receio de consequências indevidas, ao mesmo tempo que a instituição deve examinar os fatores que contribuíram para o ocorrido. Comunicação aberta, proteção psicológica, análise das causas organizacionais e apoio ao profissional envolvido favorecem a transformação dos incidentes em oportunidades de revisão do cuidado, sem reduzir problemas sistêmicos à culpabilização individual.

O monitoramento permite identificar se uma mudança foi incorporada à rotina ou permaneceu restrita ao período imediatamente posterior à intervenção. Endalamaw *et al.* (2024) incluíram listas de verificação, fluxogramas, diagramas de causa e efeito, gráficos de Pareto, mapas de processos, séries temporais e gráficos de controle entre os instrumentos utilizados na melhoria contínua. Esses recursos permitem localizar causas, estabelecer prioridades, acompanhar variações e comparar o desempenho alcançado com os critérios definidos. A escolha do instrumento deve corresponder ao problema assistencial e à finalidade da intervenção, evitando a coleta excessiva de informações sem aplicação prática. Indicadores restritos, confiáveis e periodicamente avaliados favorecem decisões gerenciais mais precisas.

A experiência descrita por Voltan *et al.* (2024) mostrou que a disponibilidade de treinamento virtual não garante adesão profissional. Os participantes que concluíram a capacitação avaliaram positivamente o material didático e demonstraram preferência por jogos e outros recursos interativos, mas a baixa conclusão limitou o alcance da estratégia. A conferência da pulseira apresentou melhora significativa segundo a percepção dos pacientes, porém outras variáveis permaneceram sem diferença estatística entre os períodos. Para ampliar a participação, o treinamento digital precisa ser acompanhado de divulgação, lembretes, tempo protegido, apoio das chefias e reconhecimento institucional. A tecnologia pode facilitar o acesso, mas não substitui as condições organizacionais necessárias à aprendizagem no trabalho.

Shenoy (2021) articulou os princípios bioéticos, os seis objetivos da qualidade e o Triple Aim para situar segurança, efetividade, eficiência, oportunidade, equidade e centralidade do paciente como dimensões interdependentes. A autora atribuiu à gestão a responsabilidade de converter esses referenciais em políticas, normas e condições operacionais aplicáveis ao cuidado. Programas destinados à redução de condições adquiridas durante a hospitalização e de reinternações também demonstram como

decisões administrativas interferem nos resultados clínicos. A qualidade assistencial, nessa perspectiva, não se limita ao cumprimento de procedimentos, pois abrange autonomia, consentimento informado, redução de danos, experiência do paciente, saúde populacional e utilização responsável dos recursos.

A percepção dos gestores influencia a prioridade conferida à segurança e a disponibilidade de recursos destinados à melhoria. Aloufi e Al Hilali (2020) defenderam maior envolvimento dos gestores clínicos, desenvolvimento de lideranças e aperfeiçoamento dos programas de treinamento para fortalecer a qualidade hospitalar. A baixa pontuação atribuída à aprendizagem organizacional demonstra que valorizar a segurança no discurso institucional não assegura revisão sistemática das falhas. Cabe à gestão criar canais de comunicação, acompanhar indicadores, oferecer devolutivas e assegurar condições para que os profissionais participem das ações educativas. A integração entre liderança, aprendizagem e acompanhamento dos processos transforma a cultura de segurança em prática cotidiana, com repercussões diretas sobre a qualificação do cuidado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura de segurança do paciente depende da articulação contínua entre direção institucional, organização dos processos e desenvolvimento profissional. A permanência de ações descontínuas decorre, principalmente, da separação entre decisões gerenciais, necessidades assistenciais e atividades educativas. Portanto, a melhoria da qualidade torna-se efetiva quando a segurança integra o planejamento institucional, a distribuição de recursos, a atuação das lideranças e a avaliação sistemática do cuidado.

A educação permanente ocupa posição estratégica nessa articulação ao converter dificuldades do trabalho em oportunidades de aprendizagem e aperfeiçoamento das práticas. Para produzir mudanças duradouras, as atividades formativas precisam estar vinculadas às ocorrências assistenciais, aos indicadores institucionais e às condições concretas das equipes. A qualificação profissional, quando acompanhada de apoio gerencial e devolutivas periódicas, amplia a capacidade de reconhecer riscos e incorporar condutas seguras à rotina.



A resposta ao problema de pesquisa reside, assim, na substituição de iniciativas fragmentadas por uma condução institucional integrada, capaz de reunir aprendizagem, comunicação, acompanhamento dos processos e participação dos trabalhadores. Essa configuração fortalece a confiança para comunicar incidentes, favorece a revisão das falhas e mantém a qualidade como responsabilidade compartilhada. A principal contribuição do estudo consiste em demonstrar que gestão, educação permanente e qualificação do cuidado não devem funcionar como componentes independentes.

As limitações decorrem do caráter narrativo da revisão, da diversidade metodológica das publicações e da ausência de avaliação formal de sua qualidade, o que restringe a generalização das interpretações. Recomenda-se que pesquisas futuras acompanhem intervenções por períodos mais extensos, comparem diferentes estratégias educativas e examinem sua permanência nas rotinas institucionais. Investigações multicêntricas também poderão esclarecer como características organizacionais interferem na consolidação da segurança e na continuidade da melhoria assistencial.

REFERÊNCIAS

ASIRI, Razan Nabil *et al.* Patient safety and quality of healthcare services. **Saudi Journal of Medicine and Public Health**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 1373-1383, 2024. DOI: <https://doi.org/10.64483/202412388>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/399171928_Patient_Safety_and_Quality_of_Healthcare_Services

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

ENDALAMAW, Aklilu *et al.* A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 24, n. 1, art. 487, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38641786/>

FINN, Mairead *et al.* Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature. **BMJ Open Quality**, [S. l.], v. 13, n. 2, e002506, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002506>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11086522/>



FALADE, Ifeoluwa Mary *et al.* A comprehensive review of effective patient safety and quality improvement programs in healthcare facilities. **Medical Research Archives**, [S. l.], v. 12, n. 7, 2024. DOI: <https://doi.org/10.18103/mra.v12i7.5649>. Disponível em: <https://esmed.org/enhancing-patient-safety-effective-quality-improvement-strategies/>

HEJAZI, Mohammad Esmail *et al.* Exploring collaborative strategies to improve patient safety in healthcare organizations: a qualitative study. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 21, n. 1, e0341022, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0341022>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0341022>

LIMA, Maria Solange Moreira de *et al.* Efetividade da implantação de um ciclo de melhoria na identificação do paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 6, e20210346, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0346pt>

NAIR, Satish Chandrasekhar. Revisiting patient safety and quality through continuous clinical improvement. **QAI Journal for Healthcare Quality and Patient Safety**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1-2, jan./mar. 2026. DOI: https://doi.org/10.4103/IJHQPCS.IJHQPCS_54_25. Disponível em: https://www.ovid.com/jnls/qaij/fulltext/10.4103/ijhqpcs.ijhqpcs_54_25~revisiting-patient-safety-and-quality-through-continuous

PARENTE, Angeline do Nascimento *et al.* Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, eAPE0000041, 2024. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000041>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/56dmfgJTWX5tSZ7GK6rkLzJ/?format=html&lang=pt>

RAMAR, Kannan; OXENTENKO, Amy S.; DOWDY, Sean C. Transforming health care through quality and safety. **Mayo Clinic Proceedings**, [S. l.], v. 100, n. 8, p. 1385-1401, ago. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2025.04.012>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40616580/>

SHENOY, Amrita. Patient safety from the perspective of quality management frameworks: a review. **Patient Safety in Surgery**, [S. l.], v. 15, n. 1, art. 12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00286-6>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33752725/>

SOWIŃSKA-DOMAGAŁA, Karolina; WOLNIAK, Radosław. Organizational culture and the level of healthcare quality and patient safety in light of international experiences. **Scientific Papers of Silesian University of Technology: Organization and Management Series**, Gliwice, n. 223, p. 537-555, 2025. DOI: <https://doi.org/10.29119/1641-3466.2025.223.31>

VOLTAN, Pamela *et al.* Impacto de uma intervenção educacional na adesão à identificação do paciente pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 33, e20230174, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0174pt>