Parte II - Organização do cuidado na pandemia de covid-19

6. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: desafios e contribuições diante da pandemia de covid-19

Bárbara do Nascimento Caldas
Lenice Gnocchi da Costa Reis

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CALDAS, B. N., and REIS, L. G. C. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: desafios e contribuições diante da pandemia de covid-19. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 117-129. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0007>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente desafios e contribuições diante da pandemia de Covid-19

Bárbara do Nascimento Caldas e Lenice Gnocchi da Costa Reis

BREVE PANORAMA DAS REPERCUSSÕES DA COVID-19 NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO BRASIL

A pesar de a epidemia de Covid-19 ter atingido o mundo todo, cada país sofre suas consequências de modo bastante distinto ([Ranzani et al., 2021](#)). No Brasil, a desigualdade, o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS) e de todo o aparato de proteção social (Paim, 2018), o desemprego, o elevado número de pessoas que vivem na extrema pobreza e a inaceitável falta de coordenação nacional afetaram sobremaneira a capacidade de resposta à pandemia, levando ao quadro catastrófico que vivemos.

Os trabalhadores e as populações mais vulneráveis, que dependem do trabalho diário para sua subsistência, não tiveram a possibilidade de adotar medidas de proteção como isolamento ou afastamento social. Desse modo, na vigência de uma doença nova, altamente transmissível, para a qual não há tratamento específico estabelecido e cujas vacinas apenas recentemente foram disponibilizadas, as consequências têm sido extremamente graves, como é possível acompanhar diariamente pelo aumento do número de casos novos e de óbitos pela doença. A isso se alia o fato de que, em nosso país, a quantidade de doses dos imunizantes disponibilizada é muito inferior àquela necessária para uma ação efetiva de bloqueio.

Em meio a tantos impactos da pandemia, o sistema de saúde foi fortemente atingido. O esgotamento da capacidade de internações em leitos de unidades de terapia intensiva (UTIs) é apontado como a ponta do *iceberg* do colapso de todo o sistema de saúde ([Freitas et al., 2021a](#)).

Por se tratar de doença cuja fisiopatologia ainda hoje não está completamente elucidada, além de causada por um agente desconhecido, houve dificuldades para o diagnóstico e avaliação dos casos por meio de marcadores clínicos e laboratoriais. Houve também muitos embates, que permanecem nos dias atuais, acerca das medidas terapêuticas mais eficazes. O uso de medicamentos conhecidos, mas sem comprovação de eficácia para a Covid-19, passou a ser preconizado por alguns, em doses não seguras, o que resultou em eventos adversos importantes (Melo *et al.*, 2020). Tudo isso afetou a qualidade do cuidado e a segurança do paciente e resultou em perda de recursos e de tempo para conter a pandemia em nosso país.

Ao final de março de 2020, já era possível observar um aumento expressivo da demanda por assistência à saúde. Esse aumento se manteve ao longo de todo o curso da pandemia, com breves períodos de pequenas reduções do número de casos, de modo que em alguns momentos o país apresentasse estabilidade, mas com número de casos em patamares bastante elevados (Freitas *et al.*, 2021b).

Esse aumento de demanda em curto tempo, em serviços de saúde com fragilidades em sua estrutura, em especial pelo reduzido quadro de profissionais da saúde, gerou sobrecarga de trabalho e desorganização de processos. Rotinas, fluxos e protocolos precisaram ser rapidamente revistos. Novos leitos foram abertos e nem sempre foi possível que todos os elementos da cadeia de suprimento de materiais e de equipamentos médicos fossem providenciados, seja por indisponibilidade no mercado, seja por falta de planejamento para sua provisão. A falta de respiradores, de medicamentos, de oxigênio medicinal, de máscaras e de outros equipamentos de proteção individual (EPIs) foi amplamente noticiada.

Decerto, em momentos de crise, se não houver uma base prévia, com equipes preparadas e planos de contingência minimamente delineados, torna-se uma tarefa muito mais árdua aliar o imprevisto a respostas rápidas, efetivas e seguras. Toda a sobrecarga dos serviços de saúde associada à escassez de suprimentos e à necessidade de adaptações rápidas e de preparação de equipes têm impactos sobre a qualidade do cuidado prestado, a segurança do paciente e a segurança dos trabalhadores da saúde.

A QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

A qualidade do cuidado em saúde tem sido objeto de preocupação, estudo e pesquisa há décadas, e a partir da segunda metade do século XX este tema ganhou força. Para Avedis Donabedian, um dos seus principais estudiosos, o cuidado de qualidade é aquele que proporciona ao paciente o maior bem-estar possível, considerando o

balanço entre benefícios e riscos, e se apoia no conhecimento científico mais atual e nas tecnologias de saúde disponíveis (Donabedian, 2003).

A produção teórica e o debate em torno desse tema têm sido muito ricos e os conceitos vêm ganhando densidade. O Institute of Medicine (IOM) propõe que o cuidado em saúde seja observado considerando-se seis dimensões: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (IOM, 2001), proposição que tem sido adotada por várias instituições em seus trabalhos.

Neste capítulo, merece destaque a dimensão da segurança, a ser evidenciada como elemento relevante que compõe o complexo conceito de qualidade do cuidado em saúde. A segurança do paciente vem ganhando espaço e traz subsídios importantes, com base em diversos campos do conhecimento. A produção técnica e científica dos últimos anos dá sustentação e direcionalidade para as mudanças organizacionais que visam à melhoria do cuidado e das práticas para que se alcancem resultados mais benéficos para os pacientes e para a sociedade, em geral.

Segurança do paciente foi definida como a redução a um mínimo aceitável de danos desnecessários causados aos pacientes, relacionados à assistência à saúde (Runciman *et al.*, 2009). Esses danos não intencionais, provocados por incidentes, são chamados de eventos adversos (EAs). Podem ocorrer por falha na execução de um plano de ação ou por execução de um plano inadequado ou incorreto. Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou uma definição ampliada para segurança do paciente: um conjunto organizado de atividades, capaz de criar culturas, comportamentos, processos e procedimentos, ambientes e tecnologias para auxiliar, de forma consistente e sustentável, a tornar os erros menos prováveis, a reduzir a ocorrência de eventos e a minimizar seus impactos, caso ocorram (WHO, 2021).

A abordagem para compreensão da ocorrência de eventos adversos que se tem preconizado é aquela que admite que estes resultam de um conjunto de falhas. Para Reason (2000), as falhas podem ser latentes ou ativas. As latentes são resultantes do desenho e dos arranjos organizacionais, e as ativas se ligam à prestação do cuidado em si e, geralmente, guardam relação com as condições de trabalho e de organização. As falhas ativas e latentes se configuram como fatores contribuintes, ou seja, que influenciam na ocorrência de um incidente que pode gerar um EA (Runciman *et al.*, 2009).

Fatores de diferentes naturezas interferem na oportunidade do surgimento de falhas, que podem afetar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Tais fatores podem ser agrupados de modos distintos, mas, em linhas gerais, estão relacionados às características dos pacientes e dos serviços de saúde e a fatores externos (Vincent,

Taylor-Adams & Stanhope, 1998; Lawton *et al.*, 2012). Assim, pacientes em estado mais grave, com comorbidades, que demandam cuidados mais complexos, são mais susceptíveis a sofrer EAs (Rothschild *et al.*, 2005); serviços de saúde com estrutura deficiente, que não contam com processos e equipes adequados, também apresentam maior probabilidade de que ocorram falhas e mais eventos adversos (Mitchell & Shortell, 1997). Além disso, na vigência de situações externas, como um desastre ou uma epidemia, que resultem em aumento da demanda e sobrecarga dos serviços, também pode haver problemas relacionados à segurança do paciente em todos os níveis do sistema de saúde (Wu *et al.*, 2020).

Quando se analisa um EA, é mais importante saber como e quais elementos e fatores estavam envolvidos em sua ocorrência do que apontar quem cometeu algum erro. Abordar o EA de forma sistêmica (i. e., buscar falhas nos processos, e não culpar pessoas) é primordial para resolver problemas, mitigar danos e aprender para não repetir.

O Brasil vem fazendo esforços, desde o início dos anos 2000, para se incorporar ao movimento mundial em prol da segurança do paciente, liderado pela OMS. O lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, é fruto do investimento de grupos de pesquisa e das organizações de saúde. Seu objetivo é organizar e induzir ações para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da segurança do paciente (Brasil, 2013). Uma das propostas mais importantes do programa foi a criação, nos estabelecimentos de saúde, de núcleos de Segurança do Paciente (NSPs), responsáveis por elaborar planos locais de segurança, implementar protocolos e notificar incidentes relacionados à segurança do paciente (Anvisa, 2013). No entanto, além dessas atividades, em algumas organizações os NSPs assumem relevante papel no auxílio aos gestores para que as conheçam melhor e na promoção da cultura da segurança do paciente. Alguns autores afirmam que organizações que se autoconhecem, aprendem e se adaptam ampliam sua capacidade de resiliência (Lengnick-Hall, Beck & Lengnick-Hall, 2011), o que, por certo, implica maior possibilidade de oferecer cuidados com mais qualidade e segurança para os pacientes e melhor ambiente de trabalho para todo o corpo de profissionais.

No momento de uma pandemia como a que está em curso, com as características até o momento conhecidas e diante dos novos tratamentos preconizados, é plausível pensar que o risco de eventos adversos pode aumentar. Para minimizar essa possibilidade, as iniciativas de adaptação de cada um dos hospitais e de outros serviços de saúde são muito importantes, assim como a troca de informação entre os NSPs e entre profissionais e suas associações.

CONTRIBUIÇÕES DA QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Ao longo da pandemia, diversos grupos têm se dedicado, sobretudo, a compartilhar informações e difundir iniciativas que contribuem para o enfrentamento da emergência sanitária em que se encontram as organizações de saúde. As primeiras orientações oficiais sobre as medidas de prevenção e de controle no âmbito dos serviços de saúde para fazer frente à pandemia de Covid-19 foram elaboradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Foram publicadas notas técnicas que orientam sobre diversos aspectos de funcionamento e sobre a adoção das boas práticas (Anvisa, 2020a, 2020b). Sociedades e associações de especialidades médicas e da área da saúde, entidades e outras organizações também deram importantes contribuições nesse sentido (Caldas *et al.*, 2020).

No Quadro I estão sintetizadas algumas dessas medidas conforme o eixo de atuação.

Quadro I – Medidas preconizadas para reorganização dos serviços de saúde

Eixo	Medidas preconizadas
Proteção aos profissionais da saúde	Remanejamento de profissionais mais vulneráveis (em razão da idade ou de gestação) para funções de apoio Redução do contingente de profissionais, com a implementação de atendimento por chamada interna, <i>backup</i> e cobertura de casos Alterações nas escalas de trabalho para minimizar o risco de transmissão e permitir que os profissionais mantenham períodos de quarentena Avaliação, segundo situação epidemiológica da pandemia, da necessidade de limitar a internação de pacientes aos casos de urgência e emergência
Relação com pacientes	Triagem e acompanhamento do quadro clínico dos pacientes com uso de telefones e telemedicina Cancelamento ou adiamento de consultas, cirurgias e procedimentos nos casos de pacientes clinicamente estáveis Orientação aos usuários sobre procedimentos de higiene pessoal, assim como disponibilização de produtos para esses procedimentos Suspensão das atividades em grupos de pacientes ou familiares, assim como de reuniões presenciais, e de visitas, nos casos de internação Uso de uma sala de videoconferência a fim de reduzir o contato físico com os pacientes

Quadro I – Medidas preconizadas para reorganização dos serviços de saúde (continuação)

Eixo	Medidas preconizadas
Reorganização do espaço físico	Entrada monitorada nos serviços de saúde, com a implementação da higienização das mãos, da aferição da temperatura, do distanciamento físico, do uso de máscaras e da etiqueta respiratória Os serviços devem dispor de espaços distintos para pacientes sem confirmação diagnóstica, mas com sintomatologia, e para pacientes com diagnóstico positivo para Covid-19 Garantia de boa ventilação em todos os ambientes
Cuidados com os pacientes cirúrgicos	Testagem pré-operatória Área para cirurgia de pacientes com Covid-19 separada Circulação mínima dos pacientes e profissionais Planejamento cuidadoso do procedimento anestésico

Fonte: elaborado pelas autoras com base em [Souto et al., 2020](#).

Todas essas medidas e outras voltadas para a segurança do paciente e dos trabalhadores da saúde são importantes e contribuem para a reorganização dos serviços de saúde e minimização dos riscos de transmissão do Sars-CoV-2 no ambiente hospitalar. No entanto, precisam ser implementadas corretamente e ter seus efeitos monitorados para a adoção de medidas corretivas, que considerem inclusive o quadro da pandemia no município e na região.

Os hospitais contam com estruturas definidas para empreender essas atividades, como os NSPs, os serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIHs) e outros grupos relacionados às questões da qualidade e segurança. Nas organizações onde esses grupos são atuantes e apoiados pelo gestor, há relatos de resultados promissores ([Prates et al., 2019](#)), o que permite supor que, durante a pandemia, contar com eles pode ajudar a proceder às adaptações necessárias, a aumentar a capacidade de resiliência e a obter melhor desempenho.

Com suas habilidades para apoiar organizações, equipes e pacientes, as equipes de qualidade e segurança, como os NSPs, podem contribuir para ([Staines et al., 2020](#)):

- I. Fortalecer o sistema e o ambiente por meio de ações como avaliar a preparação do serviço ([IHI, 2020](#)), reunir experiências e evidências, montar treinamentos de habilidades pouco trabalhadas (p. ex., paramentação e desparamentação

para profissionais da ponta), orientar e apoiar a liderança distribuída, promover segurança das equipes, incluída a segurança psicológica (Cannon & Edmondson, 2005), e reforçar o apoio entre os pares, sobretudo relacionado à ocorrência de eventos adversos ou a dilemas éticos (Greenberg *et al.*, 2020).

2. Apoiar o engajamento e empoderamento de pacientes, familiares e comunidade. Facilitar a produção conjunta de soluções para prevenção, isolamento, tratamento e recuperação. Estabelecer parcerias com pacientes. Otimizar políticas de visita, buscando maximizar o benefício do apoio da família ao mesmo tempo que cumprir com o distanciamento físico. Aconselhar líderes sobre a centralidade do paciente no cuidado durante uma pandemia e sobre questões como a linguagem e considerações éticas.
3. Trabalhar para melhorar o cuidado por meio de ações como a separação dos fluxos, rápidas oficinas sobre trabalho em equipe e o desenvolvimento de apoio à decisão clínica.
4. Reduzir o dano por meio de gerenciamento proativo do risco tanto para pacientes de Covid-19 como para aqueles com outros agravos. Auxiliar a equipe do SCIH na atualização e divulgação das diretrizes. Organizar auditorias de aspectos-chave relacionados ao novo perfil de atendimento. Coordenar identificação do risco, análise e gerenciamento.
5. Impulsionar e ampliar o sistema de aprendizado para identificar oportunidades de melhoria, ajustar rapidamente os processos e desenvolver resiliência.

Esse conjunto de ações e estratégias se beneficia de contribuições empíricas e teóricas para o gerenciamento de risco em contextos de elevada complexidade e condições adversas.

Considerando a abordagem proposta por Amalberti e Vincent (2019), o primeiro passo diante de uma crise é abandonar a ideia de só voltar a trabalhar para melhorar o sistema depois que as coisas “tiverem voltado ao normal”. Segundo os autores, a ideia não é ignorar os desafios trazidos pela pandemia, mas sim encarar a nova situação e nos perguntarmos quanto risco pode ser minimizado nesse cenário. Importante lembrar (e aceitar) que não poderemos nunca eliminar todos os riscos e perigos (Western Australia, 2018). Assim, faz-se necessário equilibrar ações preventivas com estratégias de segurança focadas em gerenciar ameaças e pressões dinâmicas (Amalberti & Vincent, 2019), processos característicos das organizações de alta confiabilidade, como veremos mais adiante.

Outro aspecto destacado pelos autores é o foco principal nos problemas e perigos esperados. Lesão por pressão, dimensionamento de pessoal, equipamentos e demanda elevada de atendimentos são inesperados no sentido de que é difícil prever quando irão ocorrer, mas são completamente familiares.

Por fim, Amalberti e Vincent (2019) destacam a importância de reconhecer que quando uma organização inteira está sob estresse, o gerenciamento de risco exige necessariamente o engajamento e a ação de todos os níveis gerenciais. Negociar prioridades, treinamentos e estratégias abrangentes em uma organização sob estresse exige ação coordenada entre executivos, gerentes e equipe da ponta.

Os aprendizados proporcionados pelas organizações de alta confiabilidade (OACs) também se configuram como contribuição importante. O conceito de OAC tem suas raízes em estudos de organizações de diversos setores nas quais as falhas têm consequências drásticas e esforços coordenados são necessários para garantir desfechos seguros (p. ex. aviação comercial, energia nuclear). OACs alimentam uma cultura de confiança, estimulam relações de trabalho fortes e costumam, combinando antecipação e resiliência, apresentar características ou princípios centrais (Quadro 2) que ajudam a manter o desempenho confiável mesmo em face de mudanças contínuas (Weick & Sutcliffe, 2015).

Quadro 2 – Características centrais das organizações de alta confiabilidade

Ênfase	Princípio
Antecipação	Preocupação com falhas
	Relutância em simplificar interpretações
	Sensibilidade às operações
Resiliência	Compromisso com a resiliência
	Respeito ao conhecimento

Fonte: elaborado pelas autoras com base em Weick & Sutcliffe, 2015.

Para alguns autores, a incorporação dos princípios das OACs corresponde à terceira onda de inovações no cuidado hospitalar com o objetivo de melhorar a segurança do paciente. Organizar-se para a alta confiabilidade nos serviços de saúde exige atenção às práticas e comportamentos dos profissionais da linha de frente, apoio da liderança para responder aos erros e com eles aprender, e mudança cultural em direção ao trabalho em equipe e coordenação do cuidado (Ghaferi *et al.*, 2016).

Ghaferi e colaboradores (2016) argumentam que o trabalho para a melhoria da segurança do paciente não se restringe a aprimorar técnicas (primeira onda) e padronizar procedimentos (segunda onda) para reduzir complicações, mas também abrange os modos como as equipes de saúde organizam seu trabalho para que possam reconhecer problemas a tempo e adaptar sua conduta para salvar o paciente.

Estimular o desenvolvimento dos princípios das OACs envolve fortalecer a cultura da segurança, o que exige tempo e consistência. Porém, a pandemia de Covid-19 pode ser um momento de intenso aprendizado também sobre a forma como os serviços de saúde respondem a crises, e podemos partir desse referencial para propor ações com potencial contribuição para a segurança, incluindo a de pacientes, familiares e profissionais (Quadro 3).

Quadro 3 – Princípios das organizações de alta confiabilidade aplicados ao enfrentamento da Covid-19

Princípio	Exemplos de ações
Preocupação com falhas	Simulação frequente de processos cruciais Observação direta da paramentação e desparamentação
Relutância em simplificar interpretações	Consciência de viés cognitivo na tomada de decisão Compreensão detalhada dos desafios enfrentados Análise cuidadosa dos perigos e incidentes de segurança
Sensibilidade às operações	Ronda da gestão na linha de frente <i>Huddles</i> de segurança regulares Observação planejada de processos cruciais
Compromisso com a resiliência	Disposição para mudar decisões à medida que a informação muda Bem-estar da equipe explicitamente discutido e tratado
Respeito ao conhecimento	Decisão tomada por aqueles que têm experiência mais relevante, e não por quem está em posição superior Líderes reconhecendo e respeitando a <i>expertise</i> da linha de frente

Fonte: adaptado de Thull-Freedman *et al.*, 2020.

FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE GERENCIAL COMO CONDIÇÃO PARA MELHORES RESULTADOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Diante da pandemia de Covid-19, fica evidente a necessidade de um olhar sistêmico que permita preparar os serviços de saúde, em todos os níveis, para que sejam capazes de responder rapidamente, reorganizando o processo de trabalho e a infraestrutura física, estabelecendo mecanismos ágeis de comunicação e de fortalecimento do compromisso e da confiança, com lideranças ativas.

Aprender a lidar com situações críticas e a elas se antecipar é fundamental. Hoje estão disponíveis conhecimentos, instrumentos e técnicas que permitem a formulação de planos de contingência e simulações que orientem as mudanças, organizem os esforços e parcerias para respostas rápidas. Embora não seja novidade, a habilidade que profissionais da saúde têm em improvisar soluções com o que há disponível também pode ser esgotada, com impacto sobre a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (Rangachari & Woods, 2020).

As equipes da qualidade e segurança, como os NSPs, podem contribuir sobremaneira para o enfrentamento da pandemia nos serviços de saúde, tanto na implementação das medidas preconizadas quanto no fortalecimento de outras dimensões da qualidade do cuidado, como a centralidade do paciente (Staines *et al.*, 2020). Porém, a efetividade da atuação dessas equipes depende de fatores como liderança da alta gestão para segurança, dimensionamento adequado e treinamento dos profissionais, e recursos para investimento em melhorias (Caldas *et al.*, 2021) – contexto pouco frequente nos hospitais públicos e que tende a se deteriorar em decorrência da crise econômica e sanitária.

Certamente as iniciativas individuais de cada um dos hospitais e outros serviços de saúde, ainda que importantes, não são suficientes. A política de saúde precisa fomentar e fortalecer a capacidade gerencial em todos os níveis do sistema, não apenas para prepará-los para as ameaças à saúde, mas para que tenham como horizonte a missão de produzir cuidados com qualidade e segurança, reduzir as iniquidades que permanecem no interior do próprio sistema de saúde e proteger todos os cidadãos, em especial os mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RDC n. 36. Institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jul. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Nota técnica QVIMS/QGTES/Anvisa n. 04/2020a*. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Criada em: 30 jan. 2020. Atualizada em: 26 fev. 2021. Disponível em: <www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf/view>. Acesso em: mar. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Nota técnica QVIMS/QGTES/Anvisa n. 08/2020b*. Orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente em hospitais de campanha e nas demais estruturas provisórias para atendimento aos pacientes durante a pandemia de covid-19. Emitida em: 13 maio 2020. Disponível em: <www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-08-de-2020-gvims-ggtes-anvisa-hospitais-de-campanha.pdf/view>. Acesso em: mar. 2021.

AMALBERTI, R. & VINCENT, C. Managing risk in hazardous conditions: improvisation is not enough. *BMJ Quality & Safety*, 29(1): 60-63, 2019. Disponível em: <<https://qualitysafety.bmj.com/content/29/1/60>>. Acesso em: fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º abr. 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 abr. 2013

CALDAS, B. N. *et al.* Segurança do paciente e a pandemia causada pelo Sars-CoV-2. In: BARRETO, M. L. *et al.* (Orgs.). *Construção de Conhecimento no Curso da Pandemia de Covid-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. v. 2. Salvador: Edufba, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.9771/9786556300757.018>>. Acesso em: fev. 2021.

CALDAS, B. N. *et al.* How can implementation of a large-scale patient safety program strengthen hospital safety culture? Lessons from a qualitative study of national patient safety program implementation in two public hospitals in Brazil. *Medical Care Research and Review*, July 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34253081/>>. Acesso em: out. 2021.

CANNON, M. D. & EDMONDSON, A. C. Failing to learn and learning to fail (intelligently): how great organizations put failure to work to innovate and improve. *Long Range Planning*, 38(3): 299-319, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.lrp.2005.04.005>>. Acesso em: abr. 2021.

DONABEDIAN, A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.

FREITAS, C. M. *et al.* Boletim Observatório Covid-19: boletim extraordinário, 6 abr. 2021a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-extraordinario-do-observatorio-covid-19-pandemia-pode-permanecer-em-niveis>>. Acesso em: maio 2021.

FREITAS, C. M. *et al.* Boletim Observatório Covid-19: boletim extraordinário, 14 abr. 2021b. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-do-observatorio-covid-19-semana-epidemiologica-14-de-2021>>. Acesso em: maio 2021.

GHAFERI, A. A. *et al.* The next wave of hospital innovation to make patients safer. *Harvard Business Review*, Boston, Aug. 2016.

GREENBERG, N. *et al.* Managing mental health challenges faced by healthcare workers during Covid-19 pandemic. *BMJ*, 368: m1211, 2020. Disponível em: <www.bmj.com/content/368/bmj.m1211/rapid-responses>. Acesso em: abr. 2021.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). IHI tool: hospital preparedness for a Covid-19 surge: assessment tool. Boston, 2020. Disponível em: <www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Hospital-Preparedness-for-COVID-19-Surge-Assessment-Tool.aspx>. Acesso em: set. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academies Press, 2001.

LAWTON, R. *et al.* Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 21(5): 369-380, 2012.

LENGNICK-HALL, C. A.; BECK, T. E. & LENGNICK-HALL, M. L. Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. *Human Resource Management Review*, 21: 243-255, 2011.

MELO, J. R. R. *et al.* Reações adversas a medicamentos em pacientes com Covid-19 no Brasil: análise das notificações espontâneas do sistema de farmacovigilância brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(1): e00245820, 2020. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1298/reacoes-adversas-a-medicamentos-em-pacientes-com-covid-19-no-brasil-analise-das-notificacoes-espontaneas-do-sistema-de-farmacovigilancia-brasileiro>>. Acesso em: 9 abr. 2021.

MITCHELL, P. H. & SHORTELL, S. M. Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. *Medical Care*, 35(11): NS19-NS32, 1997. Disponível em: <www.jstor.org/stable/3767048>. Acesso em: 4 maio 2021.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos trinta anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 1.723-1.728, 2018.

PRATES, C. G. *et al.* Núcleo de Segurança do Paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(n. esp.): e20180150, 2019. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200800&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2021.

RANGACHARI, P. L. & WOODS, J. Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during Covid-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12): 4.267, 2020. Disponível em: <www.mdpi.com/1660-4601/17/12/4267>. Acesso em: mar. 2021.

RANZANI, O. T. *et al.* Characterisation of the first 250,000 hospital admissions for Covid-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(4): 407-418, 2021. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30560-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30560-9/fulltext)>. Acesso em: mar. 2021.

REASON, J. Human error: models and management. *BMJ*, 320(7.237): 768-770, 2000.

ROTHSCHILD, J. M. *et al.* The critical care safety study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Critical Care Medicine*, 33(8): 1.694-1.700, 2005.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 21(1): 18-26, 2009.

SOUTO, A. C. *et al.* Recomendações para procedimentos assistenciais em saúde à luz da segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19. 2020. Disponível em: <<https://redecovida.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio-Seguran%C3%A7a-do-Paciente.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2021.

STAINES, A. *et al.* Covid-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. *International Journal for Quality in Health Care*, 2020. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/33/1/mzaa050/5836316>>. Acesso em: fev. 2021.

THULL-FREEDMAN, J. *et al.* Going to the Covid-19 Gemba: using observation and high reliability strategies to achieve safety in a time of crisis. *CJEM*, 22(6): 738-741, 2020. Disponível em: <www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/going-to-the-covid19-gemba-using-observation-and-high-reliability-strategies-to-achieve-safety-in-a-time-of-crisis/D7A531C12ECEC668283CB9C880E443E9>. Acesso em: fev. 2021.

VINCENT, C.; TAYLOR-ADAMS, S. & STANHOPE, N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*, 316(7.138): 1.154-1.157, 1998. Disponível em: <www.bmj.com/content/316/7138/1154>. Acesso em: fev. 2021.

WEICK, K. E. & SUTCLIFFE, K. M. *Managing the Unexpected: sustained performance in a complex world*. 3. ed. Hoboken: Wiley, 2015.

WESTERN AUSTRALIA. Department of Health (DoH). *Clinical Incident Management Toolkit*. Perth: Patient Safety Surveillance Unit, Patient Safety and Clinical Quality Division, 2016 (Rev. 2018).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: WHO, 2021.

WU, A. W. *et al.* Covid-19: the dark side and the sunny side for patient safety. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 25(4): 137-141, 2020. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2516043520957116>>. Acesso em: fev. 2021.