

**FACULDADE EDUCACIONAL ITA
CURSO DE GESTÃO HOSPITALAR**

**MAYARA CUNHA ARAUJO
NICOLLY SILVA DE OLIVEIRA
SIRLEI DO PRADO MORALES**

PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

**SÃO PAULO
2025**

Mayara da Cunha Araujo
Nicolly Silva de Oliveira
Sirlei do Prado Moralejo

PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Trabalho de apresentação Projeto
Integrado I e de extensão Gestão
Hospitalar.

Orientador: Prof. Dr. Rubens Vidigal

**SÃO PAULO
2025**

RESUMO

Segurança do paciente diz respeito ao direito de toda pessoa receber cuidados de saúde sem sofrer danos evitáveis. Isso significa que os serviços de saúde devem estar organizados para prevenir falhas, identificar riscos com antecedência e corrigir problemas de forma rápida e eficaz. O objetivo é garantir que cada paciente seja atendido com qualidade, respeito e segurança ao longo de toda sua jornada no sistema de saúde.

Situações inesperadas, conhecidas como eventos adversos, podem comprometer a saúde de quem está sendo cuidado. Exemplos disso incluem erros na administração de medicamentos, infecções evitáveis e falhas na comunicação entre profissionais. Essas ocorrências podem causar complicações e prolongar o tempo de internação. Por isso, prevenir riscos é essencial para proteger a vida e o bem-estar dos pacientes.

O assunto ganhou atenção mundial após a divulgação do relatório *Errar é Humano*, em 1999, que mostrou como falhas nos cuidados de saúde causam milhares de mortes todos os anos. Desde então, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a segurança do paciente como uma prioridade global.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para apoiar os serviços de saúde na adoção de práticas mais seguras. O programa incentiva que pacientes e familiares participem ativamente do cuidado, fazendo perguntas, esclarecendo dúvidas e colaborando com a equipe de saúde. Estar bem informado e envolvido ajuda a reduzir riscos e contribui para um cuidado mais seguro e humanizado.

No presente momento das diversas transformações pelas quais o sistema de saúde vem passando, como o aumento dos custos operacionais, implantação de novas tecnologias, acompanhamento de legislações e segurança de dados, deve-se, ainda, manter a qualidade da assistência hospitalar. Sendo assim, verificou-se uma relação com qualidade do cuidado com as chances aumentadas de produzir os resultados desejados. Além disso, definiu que a segurança do paciente era uma forma de evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado. Diante dessa constante preocupação com a qualidade no cuidado da assistência hospitalar, o que pode ser feito para evitar ou diminuir os eventos adversos (EA) na assistência. O objetivo geral do trabalho foi analisar os eventos adversos evitáveis na assistência

hospitalar. Utilizou-se, como metodologia, a revisão bibliográfica do tipo narrativa. Foram utilizadas as bases de dados científicos como pesquisa das palavras-chave “segurança do paciente”, “gestão hospitalar” e “eventos adversos”. Além disso, foram analisados: o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde (MS), com seus objetivos, competências do Núcleo de Segurança do Paciente e finalidades do Plano de Segurança do Paciente (PSP); e seus protocolos (identificação do paciente, higiene das mãos em serviços de saúde, segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão, cirurgia segura). Os resultados foram categorizados em: EA freqüentes; setores de ocorrência dos EA; e, medidas de prevenção dos EA. Os estudos apresentaram mais EA relacionados à prescrição, uso e administração de medicamentos, como extravasamento de quimioterápicos administrados por via venosa e falha da prática de dispersão dos medicamentos e a cirurgia como infecções de ferida cirúrgica, deiscência de sutura e hematoma/seroma. Os setores de mais ocorrência foram aqueles onde os pacientes eram mais submetidos a intervenções e onde os profissionais trabalhavam sobre alto nível de estresse. Os eventos adversos mais estudados na pesquisa apresentavam como a medida de prevenção para mitigar os eventos adversos: a notificação espontânea, a comunicação efetiva, além da padronização de condutas, como a implantação dos protocolos do MS para prevenção de erros de medicação, de protocolos assistenciais voltados para a segurança no transporte intra-hospitalar e de protocolos técnicos com verificação de posicionamento de sondas com métodos confiáveis. Por fim, foi possível concluir que reforçar essas medidas na assistência hospitalar é de suma importância. O protocolo de segurança do paciente é um conjunto de medidas e diretrizes para a implementação em estabelecimentos de saúde para garantir a segurança e a qualidade do atendimento aos pacientes, prevenindo eventos adversos e promovendo um cuidado mais seguro. Esses protocolos são essenciais para padronizar práticas e reduzir riscos, como erros na administração de medicamentos, infecções hospitalares e lesões por pressão permitirão uma melhora significativa na qualidade do cuidado ao paciente.

Palavras-chave: **segurança do paciente, gestão hospitalar, eventos adversos.**

INTRODUÇÃO

Por meio da atuação multidisciplinar e estruturada, desenvolver tecnologias de gestão que gerenciem os processos assistenciais e os de apoio em busca de níveis elevados de segurança dos pacientes, visando à melhoria contínua na prevenção de falhas, na busca da inovação e boas práticas de organizações similares de qualidade.

A pesquisa do trabalho aborda o tema da gestão da qualidade hospitalar do Hmasp - Hospital Militar da Área de São Paulo e seus impactos no atendimento da saúde. Para entender melhor o conceito de qualidade em saúde, Avedis Donabedian demonstrou, no final do século passado, que é necessário atribuir algumas características ao cuidado em saúde como: "pilares da qualidade" segundo Avedis Donabedian são: "eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade". Esses elementos são cruciais para avaliar e garantir a qualidade em serviços de saúde (DONABEDIAN, 1990). Já no início desse século, foi incorporada, aos atributos da qualidade efetividade, eficiência e equidade, a segurança do paciente, a centralidade no paciente e a oportunidade do cuidado, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (CORRIGAN, 2001). Esse Instituto, ainda, estabeleceu uma relação com qualidade do cuidado com as chances aumentadas de produzir os resultados desejados. Além disso, definiu que a segurança do paciente era uma forma de "evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los" (CHASSIN, 1998).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com a qualidade do cuidado, propôs medidas para diminuir os riscos dos eventos adversos, através do programa mundial de aliança para a segurança do paciente (WHO, 2005). O tema ganhou atenção mundial após a divulgação do relatório Errar é Humano, em 1999, que mostrou como falhas nos cuidados de saúde causam milhares de mortes todos os anos. Desde então, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a segurança do paciente como uma prioridade global. PLÁGIO: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente>

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) tem como objetivo os seguintes conceitos de segurança ao paciente:

Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde.

Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

No Brasil, a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, considerando a importância de evitar os Eventos Adversos (EA) no cuidado do paciente, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Na Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, definiu-se segurança do paciente como: “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde”; evento adverso como “incidente que resulta em dano ao paciente”; e dano como “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico” (BRASIL, 2013a).

Devido às diversas transformações pelas quais o sistema de saúde brasileiro vem passando, como aumento dos custos operacionais, implantação de novas tecnologias, acompanhamento de legislações, segurança de dados e padronização de procedimentos, a assistência médico-hospitalar deve-se manter com qualidade de excelência (RUTHES, 2007). O HMASP possui um sistema de saúde voltado aos militares e seus dependentes chamados de Sistema de Atendimento Médico hospitalar aos Militares e seus Dependentes (SAMMED), que tem uma preocupação constante em manter a qualidade dos cuidados em saúde. Esse sistema é composto por uma rede de Organizações Militares Saúde formada por 29 hospitais militares, policlínicas e 28 postos médicos distribuídos por todo território brasileiro e atende cerca de 750 mil beneficiários (BRASIL, 2023a). Diante dessa constante preocupação com a qualidade no cuidado da assistência hospitalar, o que pode ser feito para evitar ou diminuir os eventos adversos.

Objetivo geral

Promover e implementar ações voltadas à segurança do paciente e garantir padrões assistenciais de qualidade adequados no âmbito hospitalar.

Objetivos específicos

Para viabilizar a consecução do objetivo geral de estudo, foram formulados os objetivos específicos que permitirão o encadeamento lógico do raciocínio descritivo apresentado neste estudo:

- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de tecnologias da saúde.
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Disponibilizar ao setor responsável as notificações de eventos adversos e acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

METODOLOGIA

Esse estudo classifica-se como teórico, descritivo, analítico, com abordagem qualitativa a respeito da segurança do paciente.

Para a obtenção das referências bibliográficas foram utilizadas as Bases de dados científicas Scielo, Lilacs, As palavras-chave “segurança do paciente”, “gestão hospitalar” e “eventos adversos” os quais foram utilizados em associação para refinar a busca. Para analisar melhor a PNSP, foi feita uma revisão sobre o tema no site gov.br. O período da pesquisa teve duração de 1 mês, de 02 de julho a 10 de agosto 2025.

O critério para inclusão dos artigos encontrados foi à proximidade com o tema e a relevância da informação para a continuidade desse estudo. Além disso, foram

selecionados artigos redigidos na Língua Portuguesa e utilizado o filtro para textos completos e artigos, dos últimos 5 anos (de 2019 a 2024).

A busca utilizando as palavras-chaves “segurança do paciente”, “gestão hospitalar” e “eventos adversos”, com os devidos filtros já descritos, geraram 32 resultados, dos quais foram selecionados 29 dos artigos indicando a relevância deste estudo como contribuição científica para o tema. Os artigos encontrados foram categorizados em: os eventos adversos mais freqüentes; os setores de ocorrência dos eventos adversos; e as medidas de prevenção dos eventos adversos, e serão apresentados, logo após um breve referencial teórico sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente para melhor compreensão sobre o tema.

A Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o PNSP, que tem os seguintes objetivos (BRASIL, 2013b):

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

A Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui as ações para a promoção da segurança do paciente. Ela define as condições organizacionais do

PNSP com a criação do Núcleo da Segurança do Paciente (NSP) e as atividades previstas no Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde elaborado por esse NSP (BRASIL, 2013a).

O PNSP não deve ser aplicado somente para serviços de saúde públicos, mas, também, para instituições privadas, filantrópicas, civis ou militares, além de instituições de ensino e pesquisa. Ficam excluídos desse programa os consultórios

individualizados, laboratórios clínicos, os serviços móveis e de atenção domiciliar (BRASIL, 2013a).

Cabe ao diretor do serviço de saúde nomear um NSP com os membros que o compõe, atribuindo as responsabilidades para execução das ações do PNSP e dar condições favoráveis para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, com

“recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais; e, um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde” (BRASIL, 2013a).

São competências do NSP, segundo Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a):

I- promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII- manter sob sua guarda e disponibilizar a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

O NSP irá elaborar o PSP para estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, previstas para atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde com a finalidade de (BRASIL, 2013a):

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III – implementar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV - identificação do paciente;

V - higiene das mãos;

VI - segurança cirúrgica;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;

XII - prevenção de úlceras por pressão;

XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

XVII - promoção do ambiente seguro.

No site do Ministério da Saúde, algumas dessas finalidades estão descritas como as 6 metas da Segurança do Paciente.

Os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e implantados pelos NSP tem com objetivo de promover a melhora da comunicação; construir uma prática assistencial segura; permitir a vivência do trabalho em equipes; e gerenciar riscos. Os seguintes protocolos estão disponíveis no site do MS (BRASIL, 2013a):

1. Identificação do paciente;
2. Higiene das mãos em serviços de saúde;
3. Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
4. Cirurgia Segura;
5. Prevenção de Úlcera por Pressão;
6. Prevenção de Quedas.

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

O protocolo de identificação do paciente tem a finalidade de garantir que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. Um EA por falha na identificação do paciente pode ocorrer desde o momento de sua admissão no serviço de saúde, no diagnóstico até o tratamento. Dessa forma, medidas simples, como colocação de pulseiras de identificação nos pacientes e a confirmação da identificação antes dos cuidados, podem minimizar esse risco. A alteração do nível de consciência do paciente e a mudança de setor podem aumentar esses riscos (BRASIL, 2023b).

2 HIGIENIZAÇÕES DAS MÃOS

O protocolo de higiene das mãos em serviços de saúde tem como finalidade em prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Infecções é a fonte de grandes danos à saúde, podendo inclusive resultar em infecções multiressistente, que ameaçam a vida. Diversas IRAS têm como principal causa a transmissão cruzada através das mãos contaminadas. Dessa forma, uma medida simples para preveni-las é através da higienização das mãos nos momentos críticos dos cuidados assistenciais: antes do contato com o paciente e da realização de procedimentos e após a exposição de fluxos corporais, do contato com o paciente ou áreas próximas à ele. A higienização das mãos deve ser com sabonete

líquido e água corrente. Pode-se utilizar como alternativa, soluções alcoólicas a 70%, na forma de gel ou espuma. Para isso, estes devem estar disponíveis em todos os pontos da assistência (BRASIL, 2023c).

3 SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

O protocolo de segurança na prescrição, uso, e administração de medicamentos tem como objetivo a promoção do uso seguro de medicamentos nos estabelecimentos de saúde. Ilegibilidade de uma prescrição pode comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, podendo gerar erros importantes de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos. Para prevenir erros relacionados à medicação são necessárias algumas medidas simples, como (BRASIL, 2023 d):

- Identificação de nome do paciente, nome do prescritor, instituição e a data da prescrição;
- Legibilidade na prescrição;
- Evitar uso de abreviaturas;
- Utilizar letra maiúscula ou em negrito para medicações com nomes semelhantes para destacar a parte escrita que as diferenciam;
- Expressar formas farmacêuticas e unidades de medidas de forma clara;
- Deve conter o tempo de tratamento (tratamento ambulatorial);
- Deve conter posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração;
- Realização de dupla checagem para medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- Recomenda-se suporte eletrônico para prescrição;
- Destacar informações importantes como alergia medicamentosa;

Quanto ao sistema de distribuição de medicamentos em hospitais podem ser classificados em: coletivo; individualizado; misto; dose unitária; sistema automatizado. O sistema coletivo ocorre mediante solicitação da enfermagem para

todos os pacientes da unidade e é considerado o mais inseguro e deve ser abolido dos estabelecimentos de saúde. O mais seguro e recomendado para estabelecimentos de saúde é o sistema de dose unitária (BRASIL, 2023 d).

Quanto à administração das medicações, a equipe de enfermagem deve seguir “**os nove certos ou 13 certos** da administração de medicamentos”: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa, para melhorar a segurança e a qualidade da assistência (BRASIL, 2023 d).

4 PREVENÇÕES DE QUEDAS

O protocolo de prevenção de quedas tem como finalidade é reduzir a ocorrência de quedas de pacientes e os danos que elas causam. As quedas podem levar a danos como fraturas, traumatismos cranianos e sangramentos em quase metade dos casos. Esses danos podem levar a seqüelas e até a morte. Dessa maneira, deve-se, inicialmente, identificar o risco do paciente. Algumas doenças e medicamentos apresentam maior predisposição a quedas como demência e osteoporose e uso de anti-hipertensivos. Identificado o risco, deve-se fazer a identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira e adotar medidas preventivas como a promoção de um ambiente mais seguro, com piso antiderrapante e boa iluminação (BRASIL, 2023e).

5 PROTOCOLOS PARA A VERIFICAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Este protocolo tem como finalidade prevenir a ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele. Os pacientes mais suscetíveis a UPP são aqueles restritos ao leito, normalmente com idade avançada, levando a internações mais prolongadas a sepse e até a morte. Diante disso, esses pacientes devem ser reavaliados diariamente e iniciadas as medidas de prevenção desde a admissão do paciente. Cuidados com a pele devem ser feitos como hidratação da pele evitando que fique úmida e medidas como boa nutrição, mudança de decúbito de duas em duas horas conforme protocolo do HMASP, uso de superfícies de apoio para redistribuição do peso e manejos da dor contribuem na prevenção (BRASIL, 2013c).

6 CIRURGIAS SEGURA

Este protocolo tem como finalidade implantar medidas de redução de risco de eventos adversos durante o ato cirúrgico, utilizando a verificação. A verificação ou checagem garante que seja realizada a cirurgia no local certo e no paciente certo.

Os danos, inclusive seqüelas e mortes, relacionados a eventos adversos em cirurgias vem aumentando, pois cresceram as técnicas cirúrgicas em complexidade. As taxas de EA em cirurgia geral variam entre 2% e 30%, com diversos relatos de amputação de membro errado ou retirada de órgãos sadios, por exemplo, (BRASIL, 2013 d).

O PNSP se baseou na Lista de Verificação desenvolvida pela OMS. Assim, o *checklist* cirúrgico deve ser realizado em três momentos cruciais, a saber (BRASIL, 2013 d):

- Antes da indução anestésica, um único profissional deverá conduzir a checagem e confirmar se a equipe completou suas tarefas. Caso identifique alguma não conformidade, mantém-se o paciente na sala de cirurgia até que o incidente seja solucionado.
- Antes da incisão cirúrgica, confirmam-se informações com o próprio paciente, incluindo seu nome completo e o sítio cirúrgico. Antes da incisão, por sua vez, ocorre confirmação verbal do procedimento cirúrgico e da função de cada membro da equipe.
- Antes de o paciente sair da sala cirúrgica, realiza-se a contagem de compressas e instrumentais, a revisão do plano de cuidado e da recuperação pós-anestésica.

Tudo isso é feito com o paciente ainda em sala, oportunizando qualquer correção eventualmente necessária.

Os modelos dos *checklists* cirúrgicos da OMS devem ser adaptados à realidade de cada instituição de saúde (BRASIL, 2013 d).

Foram encontrados estudos sobre alguns EA. Esses eventos serão brevemente descritos:

O extravasamento de quimioterápicos administrados por via venosa é um EA que leva a toxicidade dermatológica com um dano tecidual decorrente da infiltração

do local puncionado. Uma intervenção profissional rápida e efetiva é necessária para evitar resultados desfavoráveis aos pacientes (LIMA, 2023).

Furini, et al. (2020) fizeram um estudo das notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente de um complexo hospitalar universitário no interior de São Paulo e mostraram que o motivo que mais levou a notificação de incidentes eram aqueles causados por medicamentos (17%), depois lesões de pele (15%) e flebite (14%). A maioria (65%) desses EA levou a danos com gravidade leve.

Os EA oriundos da Terapia Nutricional Enteral (TNE) podem levar consequências graves e até a morte, principalmente em idosos, que são mais suscetíveis a essas complicações. Esses EA são principalmente por causas mecânicas, por obstrução da sonda nasointestinal (SNE) /nasogástrica (SNG), posicionamento inadequado da SNG/SNE; remoção acidental dessas sondas (SILVA, 2022).

Alguns medicamentos, chamados de medicamentos potencialmente perigosos, necessitam de uma atenção especial por apresentar danos catastróficos aos pacientes em casos de erro na sua utilização. Essas falhas, na maioria das vezes, estão relacionadas à má gestão do sistema e à deficiência de processos (MAIA et al., 2020). Maia, et al. (2020), ao analisarem a prática de dispersão desses medicamentos num hospital de alta complexidade, identificou que as principais práticas que representavam riscos eram: “distribuição coletiva de cloreto de potássio e insulina; falta de etiquetas de alerta; dupla conferência inexistente; uso de fontes de interrupção/distração em 43,9% das prescrições atendidas”. Oliveira, *et. al* (2018) mostraram que em um hospital de ensino de referência do noroeste de São Paulo, 84,8% das notificações eram por potenciais reações adversas a medicamentos e 15,2% eram por queixas técnicas. Trinta e três por cento das reações adversas era distúrbios de pele sendo que em 70,2% delas foram classificadas como gravidade moderada; e em 35,8% das reações eram provenientes de medicamentos que atuavam no sistema nervoso central. Quanto às notificações por queixas técnicas, a mais freqüente, com 40,7%, era por extravasamento de líquido do material de acondicionamento.

O estudo de Santos, *et al.* (2019) mostrou durante o transporte intra-hospitalar dos pacientes críticos existe uma alta incidência de EA. Dentre as intercorrências clínicas mais comuns estão: “instabilidade hemodinâmica, agitação psicomotora

insuficiência respiratória”. O EA não clínico mais descrito é a falha na comunicação entre os profissionais da equipe do transporte, principalmente durante a passagem do caso clínico pelas unidades de origem para o destino. O estudo de Oliveira, et al. (2019) mostra intercorrências semelhantes durante esse transporte, apresentando, além da instabilidade hemodinâmica e respiratória como EA, a falta de profissionais capacitados para isso, bem como de material com bom funcionamento. Alpendre, et. al e Batista, et. al (2019) mostraram, nos seus estudos, que a maioria dos eventos ocorridos no centro cirúrgico ou na internação cirúrgica dos hospitais analisados foi evitável, resultando em danos leves e/ou moderados. O EA mais prevalentes no estudo de Alpendre foi: Infecção na ferida operatória; Septicemia/Choque séptico; Deiscência de suturas; Fístulas; Hematoma/Seroma; e Infecção do Trato Urinário. No trabalho de Batista, et. al, as falhas técnicas cirúrgicas contribuíram para cerca de 40% dos casos de EA evitáveis. Nesse estudo os EA mais prevalentes foram às infecções de ferida cirúrgica (30%), deiscência de sutura (16,7%) e hematoma/seroma (15%). O estudo de Lanzoni et al (2019) mostrou que os EA de um Hospital de referência em Cardiologia apresentou predominantemente os seguintes EA: “hematoma no local de aplicação de medicação por via subcutânea, flebite em punção venosa, queda do leito e lesão de pressão grau II”.

O estudo de João, et al. (2023) analisou o clima de segurança do paciente por profissionais que atuavam no Atendimento Pré-Hospitalar e apresentou domínios com uma percepção negativa da própria equipe quanto “Clima de Segurança,

“Reconhecimento de Estresse, Percepção da Gestão e Condições de Trabalho”.

Esse trabalho apresentou as peculiaridades do serviço médico de emergência, chamando a atenção para a necessidade de sensibilizar gestores sobre o tema segurança do paciente para reduzir os EA e, assim, melhorar a assistência médica prestada.

O Pronto Atendimento é outro setor com altos níveis de estresse. Dessa forma, pode ocorrer um risco maior de comprometimento da segurança do paciente, principalmente voltado ao cuidado do paciente, e comprometer a confiança de todo o sistema de atendimento (ROCHA, 2021).

O estudo de Firmino, et. al (2022) com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, preocupados com a segurança do paciente no setor, implantou mudanças voltadas a passagem de plantão para garantir a continuidade

do cuidado. O estudo de Gabriel (2019) ocorreu em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Geral para avaliar a incidência de potenciais EA, que são incidentes com potencial de dano causado por um erro que foi prevenindo antes de atingir o doente. Segundo esse estudo, as UTI são ambientes onde esses eventos ocorrem com maior proporção pela instabilidade hemodinâmica, pela gravidade e pelas diversas intervenções que os pacientes são submetidos.

Félix e Filippin (2020) avaliaram a cultura da Segurança do Paciente em uma maternidade do Rio Grande do Sul com objetivo de melhorar os resultados dos cuidados nesse setor. No estudo demonstraram uma cultura vulnerável e punitiva com baixa adesão as notificações. Furini, *et. al* (2020), em seu estudo com notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente, mostraram que a maior frequência dessas notificações aconteciam em unidades de internação.

Os pacientes críticos que estão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e necessita realizar exames que não podem ser realizados a beira do leito é transferida para áreas fora da UTI para realizar esses exames. Os estudos de Santos *et al* (2020) e de Oliveira *et al* identificaram que o transporte intra-hospitalar desses pacientes críticos envolve uma série de riscos ao paciente (SANTOS; OLIVEIRA, 2020). Alpendre (2019), em seu estudo em centros cirúrgicos e internações cirúrgicas em 3 hospitais, mostrou uma prevalência média de EA de 21%, 14,2% e 12,7% ($p=0,044$), e de readmissões devido a esses eventos de 9,8%; 29,4% e 45,2% ($p=0,003$), respectivamente, nos Hospitais A, B e C. O estudo mostrou, também, uma cultura de segurança fragilizada em 50 % nesses hospitais. As dimensões fragilizadas foram:

- Apoio da gestão para a segurança do paciente;
- Percepção geral da segurança do paciente;
- Retorno da informação e comunicação sobre o erro;
- Adequação de profissionais;
- Passagem de plantão/turnos; e
- Transferências e Respostas não punitivas ao erro.

Outro estudo com centros cirúrgicos, de Batista, *et. al* (2020), mostrou resultados semelhantes com a prevalência de EA de 21,8% com retorno ambulatorial em 52% dos casos. Diante da preocupação em todo mundo com a segurança do paciente, principalmente relacionado a cirurgia segura, Giacomo (2019), em seu estudo, propõe o uso de um *serious game* para profissionais de

enfermagem de nível médio para contribuir como uma estratégia educativa na prevenção e diminuição dos EA relacionados a cirurgia.

A sobrecarga dos profissionais, a alta demanda de paciente e recursos humanos e materiais insuficientes podem aumentar do risco de EA. Sendo assim, uma melhor gestão de pessoal e hospitalar com sistemas organizacionais institucionais organizados podem minimizar os riscos de EA (SILVA, 2023).

Os EA relacionados à TNE podem ser reduzidos ou prevenidos quando são traçadas estratégias de cultura de segurança para a gestão da instituição. A padronização de condutas é um exemplo disso com protocolos técnicos com verificação de posicionamento das SNG/SNE com métodos confiáveis. Outras formas de mitigar os riscos de EA é a comunicação efetiva, o incentivo às notificações voluntárias e a responsabilidade conjunta da equipe multiprofissional, possibilitando um planejamento de ações que contribuam para a segurança efetiva do cuidado do paciente (SILVA, 2022).

Com intuito de desenvolver estratégias para minimizar os danos ao paciente, Chagas Ribeiro (2023) criou um sistema online de notificação e um manual para preenchimento das notificações de forma simples explicando detalhadamente os incidentes para o envio ao Núcleo de Segurança do Paciente. Com isso, era possível caracterizar e analisar melhor os dados relacionados aos incidentes ocorridos e auxiliar no processo de educação continuada sobre segurança.

O estudo de Firmino (2022) elaborou um instrumento de passagem de plantão, evidenciando a comunicação efetiva, para manter o cuidado de enfermagem de forma continuada e evitar EA aos pacientes. Outra forma de evitaros EA é através da notificação desses eventos. Dessa forma, é possível analisar o incidente, identificar a causa para poder criar estratégias para minimizar os EA evitáveis (MORAES, 2020). Olino, et. al (2019), também, referem que para minimizar a ocorrência de EA, é necessário melhorar a comunicação efetiva, melhorando, assim, a qualidade da segurança do paciente. Furini, et. al (2019) mostraram que a notificação espontânea é um importante meio de detecção de incidentes em saúde e serve de alerta para promoção da segurança.

Segundo o estudo de Siman (2020), realizado para diminuir o risco de infecções, a educação continuada, a identificação e correções das causas dos incidentes, a vigilância e busca ativa associados a higienização das mãos foram as

ações estratégicas que mais contribuíram para alcançar a meta de redução o risco de infecção.

O estudo de Maia et al (2020) mostrou a importância da implantação do protocolo do Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária para prevenção de erros de medicação, pois, na sua análise em um hospital de alta complexidade, foram adotadas práticas de dispersão de medicamentos potencialmente perigosos que foram insuficientes para a segurança do paciente.

Félix e Filippin (2020) demonstraram uma cultura da Segurança do Paciente vulnerável e punitiva com baixa adesão as notificações na maternidade avaliada, dessa forma, mostraram que, para melhorar os resultados no cuidado, são necessárias maiores iniciativas e apoio da gestão.

O estudo de Lanzoni, et. al (2019) mostrou que, garantir a gestão da qualidade no atendimento e no cuidado seguro, é de grande importância conhecer o perfil dos incidentes e dos pacientes acometidos.

O estudo de Oliveira, et. al (2019) recomendou que, para diminuir os EA e obter uma assistência de qualidade com segurança no cuidado do paciente, é necessário uma padronização do recurso humano envolvido no transporte. É importante, também, uma previsão e provisão dos equipamentos necessários para esse tipo de transporte. Diante disso, refere à importância da implementação de protocolos assistenciais voltados para a segurança no transporte intra-hospitalar.

Os estudos encontrados sobre os EA eram aqueles relacionados à prescrição, uso e administração de medicamentos, como extravasamento de quimioterápicos administrados por via venosa (LIMA, 2023) e falha da prática de dispersão dos medicamentos (MAIA et al., 2020). Dois estudos (Alpendre, et al. e

Batista, et al., 2019) apresentaram os EA mais prevalentes relacionados a cirurgia como infecções de ferida cirúrgica, deiscência de sutura e hematoma/ seroma. Para mitigar esses EA, existem os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente estabelecidos pelo MS. Porém, foram descritos, também, EA relacionados ao transporte intra-hospitalar de pacientes críticos (SANTO et al. e OLIVEIRA et al., 2019) e oriundos da TNE (SILVA, 2022) que ainda não tem protocolo estabelecido pelo MS.

Quanto os setores de ocorrência dos EA, os artigos descreviam aqueles relacionados aos pacientes mais graves, que eram submetidos a mais intervenções, onde os profissionais trabalhavam sobre alto nível de estresse, como UTI (GABRIEL,

2019 e FIRMINO, et al. 2022), centro cirúrgico (Alpendre, et al. e Batista, et al. 2019) e Pronto Atendimento (ROCHA, 2021).

A notificação espontânea foi a medida de prevenção mais apresentadas (FURINI, LANZONI, 2019; FIRMINO, SILVA, 2022; CHAGAS RIBEIRO, 2023) como forma de mitigar a ocorrência de EA. A notificação, segundo eles, permite a melhor análise do evento e possibilita a identificação da causa. Dessa forma, é possível criar estratégias e planejar ações que contribuam com a segurança efetiva do cuidado do paciente e auxiliar no processo de educação continuada sobre segurança. Félix e Filippin (2020), ainda, mostraram que a adesão à notificação não deve ter caráter punitivo e que para melhorar os resultados são necessários apoios da gestão correlação a essa medida.

A comunicação efetiva foi outra medida citada por vários autores (OLINO, 2019; FIRMINO, SILVA, 2022) para diminuir os EA, além da padronização de condutas, como a implantação dos protocolos do MS para prevenção de erros de medicação (MAIA, 2020), de protocolos assistenciais voltados para a segurança no transporte intra-hospitalar (OLIVEIRA, 2019) e de protocolos técnicos com verificação de posicionamento das SNG/SNE com métodos confiáveis (SILVA, 2022).

CONCLUSÃO

Através dessa pesquisa foi observado que para melhorar a qualidade do cuidado é de extrema importância uma gestão que realize medidas de prevenção dos eventos adversos, que haja notificações para serem realizadas as melhorias, comunicação efetiva da equipe multidisciplinar, que o núcleo da educação continuada seja presente na segurança do paciente, implementação dos protocolos do ministério da saúde e de outros protocolos técnicos efetivos, com isso construir uma prática assistencial segura, evitando, assim, a ocorrência de eventos adversos.

O objetivo é reforçar essas medidas, assim permitirá uma melhora significativa na qualidade do cuidado do paciente do início da internação ao final dela, pois a segurança do paciente é um aspecto fundamental no cuidado de saúde, buscando minimizar riscos e evitar danos desnecessários aos pacientes durante o tratamento. Ao garantir um ambiente seguro e eficaz, a segurança do paciente contribui para a melhoria da qualidade do cuidado e a confiança do paciente nos serviços de saúde.

ALPENDRE, FT. **Avaliação da cultura de segurança e eventos adversos cirúrgicos em hospitais brasileiros**. 2019. 298 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019. Disponível em <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/663566>> Acesso em 22 Julho 2025.

BATISTA, J; et al . **Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 27, e2939, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100354&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 04 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. **Fundo de Saúde do Exército-Fusex- 2023a**. Disponível em: <<https://www.eb.mil.br/web/interno/fusex>>. Acesso em 19 julho 2025

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36 de 25 de julho de 2013a. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União nº 143 (jul.2013), Seção I, p.32-33. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2025>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013b. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, de 02 de julho de 2013, Seção 1, Pág. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em 19 Julho 2025.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. **Anexo 2: Protocolo de Identificação do Paciente. 2023b. 11p**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/ptbr/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-dopaciente/@@download/file>> Acesso em 19 Julho 2025.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. **Anexo 1: Protocolo para a Prática de Higiene das mãos em Serviço de Saúde. 2023c. 15p**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolosbasicos/protocolo-higiene-das-maos.pdf/@@download/file>> Acesso em 19 Julho 2025.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. FHEMIG. **Anexo 3: Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de Medicamentos. 2023d. 46p**. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolosbasicos/protocolo-seguraca-na-prescricao-uso-e-administracao-demedicamentos.pdf/@@download/file>> Acesso em 19 Julho 2025.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. **Anexo 02: Protocolo para Prevenção de Ulcera por Pressão. 2013c. 21p.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/ptbr/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-ulcera-por-pressao.pdf/@@download/file>> Acesso em 19 Julho 2025.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. **Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas. 2023e. 15p.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/ptbr/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-prevencao-dequedas/@@download/file>> Acesso em 19 Julho 2025.

CHAGAS RIBEIRO, AE. **Notificações de incidentes no espaço hospitalar: criação de um sistema de notificação interno online em hospital público federal.** Rio de Janeiro. 2021. 103 p. Tese (Doutorado em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar)

- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Disponível em <<http://www.unirio.br/ppgsteh/produtos-1/relatorio-de-pesquisatrabalho-de-conclusao/turma-2019/alice-eulalia-chagas-ribeiro/notificacoes-deincidentes-no-espaco-hospitalar-criacao-de-um-sistema-de-notificacao-internoonline-em-hospital-publico-federal/view>> Acesso em 10 Julho 2023.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Med. v.114, n. 11, p1115-8.1990.

FÉLIX, RS; FILIPPIN, NT. **Cultura de segurança do paciente em uma maternidade.** Rev. enferm. UFSM. v.10, e. 73, p. 1-18. 2020. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40280/html>> Acesso em 10 julho 2025.

FIRMINO, JSC, et. al. **Passagem de plantão, comunicação efetiva e o método SBAR, na percepção dos enfermeiros de uma unidade coronariana.** Rev. Min. Enferm. v. 26, e-1435, p. 1-7. 2022. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622022000100214&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 Julho 2025.

FURINI, ACA; NUNES, AA; DALLORA, MELV. **Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar.** Rev. Gaúcha Enferm. , v. 40, n. spe, e20180317, 2019. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200419&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 Ago. 2025.

GABRIEL, AB. **Avaliação da incidência de potenciais eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital geral: relevância para a Sistematização da Assistência de Enfermagem.** 2019. 98p. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2021. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1380655> Acesso em 05 Julho 2025.

GIACOMO, APMA. **Serious game sobre cirurgia segura: tecnologia educacional**

para profissionais de enfermagem de nível médio . 2018. 107 p.
Dissertação(mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Universidade Federal do Paraná, 2018. Disponível em
<<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/66329>> Acesso em 06 Jul. 2025.

JOÃO, VM, et. al. **Cultura de Segurança do Paciente no Serviço Médico de Urgência: estudo transversal**. Rev Cuid. v. 14, n.1. p. 1-13. 2023 Disponível em:
<<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2531>> Acesso em 22 Jul.2025.

LANZONI, GMM; et. al. **Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia**. Rev. Min. Enferm. v. 23, e-1184, p-1-7. 2019. Disponível em
<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622019000100231&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 Ago. 2025.

MORAES, CCMS; AGUIAR, RS. **A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente**. Nursing . v. 23, n. 271, p. 5025-5040.2020. Disponível em
<<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/569/12144>
de julho de 2023> Acesso em 10 Julho 2025.

OLINO, L; et. al. **Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score**. Rev. gaúch. enferm . v. 40, n. spe, e20180341, p. 1-9. 2019. Disponível
em<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200422> Acesso em 10 Julho 2025.

OLIVEIRA, AM; et. al.**Queixas técnicas e reações adversas a medicamentos notificadas em um hospital regional no Brasil: um estudo transversal**. ABCS health sci. v. 43, n. 1, p.25-29. 2018. Disponível em
<<https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/download/1015/795>> Acesso em 20 Jul.2025.

OLIVEIRA, AS; et al. **As implicações do transporte intra-hospitalar na segurança do paciente:Revisão integrativa**. Rev. Ciênc. Plur. v.5, n.3, p. 103-119. 2019. Disponível em <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18252/12236>> Acesso em 05 Jul. 2025.

ROCHA, MS. **Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento**. Ribeirão Preto. 2021. 136 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2021. Disponível em <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15122021-105054/publico/MelyneSerralhaRocha.pdf>> Acesso em 20 Jul.2023.

RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm **Os desafios da administração hospitalar na atualidade**. Revista de Administração em Saúde. v. 9, n. 36, p 93-102. 2007.

SANTOS, BS; et. al. **A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa**. Revista Espaço para a Saúde . v. 20,

n.2, p.90-107. 2019. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1046436>> Acesso em 22 Julho 2025.

SILVA, RTD. **Qualidade do cuidado de saúde e segurança do idoso hospitalizado em terapia nutricional enteral (TNE)**. 2022. 77 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em <<http://www.btd.uerj.br/handle/1/18515>> Acesso em 04 Ago. 2025.

SILVA, FX; et.al. **Sobrecarga da equipe de enfermagem e o risco de eventos adversos / Nursing team overload and the risk of adverse events**. Nursing. v. 26, n. 297, p. 9371-9376. 2025. Disponível em <<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3054/3655>> Acesso em 06 Julho 2025.

SIMAN, AG; et. al. **Ações para reduzir o risco de infecções relacionados à assistência à saúde**. Saude e pesqui.. v. 13, n. 3, p.485-493. 2020. Disponível em <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/8340/6360>> Acesso em 22 Julho 2025.

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/seguranca-do-paciente-> acesso em 02 Agosto de 2025.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente> - acesso em 02 Agosto de 2025.

<https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>- acesso em 02 Agosto de 2025.