MANUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

UFCSPA
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de porto Alegre

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre/RS
2023

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é dos autores.

Manual de Segurança do Paciente

Produto do Mestrado para a obtenção do grau de mestre profissional pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Área de concentração: Currículo, Formação, Docência e Ensino na Saúde.

Elaboração
Vanessa Carbolin Ranquetat

Orientação
Profª. Dra. Carolina Sturm Trindade

Co-orientadora
Profª. Dra. Helena Terezinha Hubert Silva

Sumário

Apresentação.....5

Qualidade e Segurança do Paciente 6

O que é Segurança do Paciente?..... 6

Conceitos: Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030.....7

Notificação de Eventos Adversos.....8

6 Metas internacionais de Segurança do Paciente.....9

Meta 1- Identificação Correta do Paciente.....10

Meta 2 - Comunicação Efetiva.....13

Meta 3 - Uso Seguro de Medicamentos.....16

Meta 4 - Cirurgia Segura.....20

Meta 5 - Prevenção a Risco de Infecção.....25

Meta 6 - Prevenção do Risco de Queda e Lesão por Pressão.....27

Referências Bibliográficas.....33

Apresentação

Caro leitor

A segurança do paciente está cada vez mais presente nos serviços de saúde e tem se tornado um dos temas prioritários para a Enfermagem. Nas últimas décadas, as instituições de saúde têm aumentado seus esforços em busca de assegurar uma assistência de qualidade, livre de erros e eventos adversos.

Por este motivo, as equipes de Enfermagem têm um papel importante de proporcionar uma assistência de qualidade, com eficiência, eficaz e segura aos pacientes. Sabemos que este trabalho tem de ser diário e envolve profissionalismo, dedicação e muito estudo. Afinal, são vários os aspectos a serem considerados quando o assunto é segurança do paciente.

Assim, esse Manual para a Segurança do Paciente foi criado visando oferecer aos profissionais de saúde informações úteis, baseadas em evidências e atualizadas, que sejam aplicáveis na rotina diária e que subsidiem o cuidado seguro a todos os pacientes.

Qualidade e segurança do paciente

Nos serviços de saúde, qualidade é um sinônimo de segurança do paciente.

Mas o que é qualidade? É fazer aquilo que é necessário, da maneira que precisa ser executado, com os recursos e no tempo planejados, afim de alcançar o resultado desejado, por isso, qualidade e segurança passam a ser essenciais no ambiente hospitalar.

E como que se avalia se um serviço de saúde é seguro? Pelas ações realizadas pelas equipes de saúde para prevenir os riscos e danos, ou pelo menos reduzi-los.

O que é segurança do paciente?

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) segurança do paciente consiste na redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (BRASIL, 2013). Os danos desnecessários são conhecidos como EVENTOS ADVERSOS.

Os eventos adversos são incidentes e/ou complicações indesejadas decorrentes dos cuidados prestados aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença, que causam danos aos pacientes.

A Organização Mundial da Saúde declara que 1 em cada 10 pacientes internados podem ser vítimas de um evento não intencional, sendo até 50% destes evitáveis.

A segurança do paciente é prioridade estratégica na nossa instituição, incentivando a adoção de ações e práticas, embasada na legislação nacional para a qualidade e segurança assistencial.

Conceitos:

Plano de Ação Global
para a Segurança do Paciente
2021-2030

Dano

Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito prejudicial que surja em função disso. Danos abrangem doenças, lesão, sofrimento, deficiência e morte.

Risco

Uma circunstância, agente ou ação com potencial para causar dano.

Incidente

Qualquer desvio do cuidado médico habitual que cause uma lesão ao paciente ou represente um risco de dano, o que abrange erros, eventos adversos evitáveis e perigos.

Erro

Falha na realização da ação planejada conforme pretendido ou aplicação de um plano incorreta.

Evento Adverso

Um incidente que resulta em dano ao paciente.

FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021

Notificação de eventos adversos

Todos os erros/falhas devem ser notificadas na Intranet:
- Barra superior.
- Notificações de eventos.

Quem pode notificar:

Qualquer profissional. A notificação é anônima, mas não esqueça de descrever o número do prontuário do paciente e o que aconteceu brevemente.

Evento Adverso:
Falha relacionada ao atendimento.

Farmacovigilância:
Qualquer evento que envolva medicação, inclui queixa técnica.

Near Miss:
Quase erro que não atingiuo cliente/paciente.

Tecnovigilância:
Evento que envolve equipamentos médico-hospitalar.

6 metas
Internacionais de Segurança do Paciente.

1. **Identificação Correta do Paciente**
2. **Comunicação Efetiva**
3. **Uso Seguro de Medicamentos**
4. **Cirurgia Segura**
5. **Prevenção do Risco de Infecções**
6. **Prevenção do Risco de Quedas e Lesões por Pressão**

META 1

Identificação Correta do Paciente

O que é?
É o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento.

A identificação de todos os pacientes deve ser realizada desde sua admissão e durante todo o tempo em que o paciente estiver submetido ao cuidado (Anvisa, 2013).

Todos os pacientes devem ser identificados pelo nome completo e outro identificador (data de nascimento ou número do prontuário/ nome da mãe), antes de receber qualquer cuidado.

A confirmação da identificação do paciente é essencial para evitar erros e deverá ser realizada antes de qualquer cuidado.

Engaje o paciente neste processo, ele é abarreira a de segurança. Estimule que o paciente/familiar faça a leitura da pulseira de identificação com você, antes de qualquer procedimento a ser realizado.

Como fazemos:

Pergunte ao paciente/familiar/acompanhante sobre os identificadores determinados e confira as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito ou com a rotulagem do material que será utilizado.

A verificação dos identificadores deve acontecer antes da administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

Atenção

No paciente adulto:

A pulseira de identificação deverá ser colocada no punho superior direito.

Na impossibilidade física, a pulseira poderá ser colocada no punho superior esquerdo; ou tornozelo esquerdo; ou tornozelo direito; se houver impossibilidade de colocar a pulseira no paciente (como por exemplo: grandes queimados, mutilados, politraumatizados, pacientes em anasarca e alérgicos ao material de confecção da pulseira) esta poderá ser presa na cama do paciente, mas a atenção deverá ser redobrada.

No recém-nascido:

A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais.

A pulseira de identificação deve conter minimamente a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido (WHO, 2007).

Deverá ser colocada uma pulseira no punho esquerdo e uma no tornozelo esquerdo e a conferência deverá ser sempre realizada em qualquer etapa do cuidado.

META 2

Comunicação Efetiva

O que é?
A comunicação é eficaz quando o significado pretendido pelo "falante/emissor" e o significado que o "ouvinte/receptor" percebe são o mesmo, ou seja, há entendimento da mensagem transmitida.

A comunicação eficaz requer um conjunto diversificado de habilidades que abrangem tanto acomunicação verbal e não verbal, bem como aescuta atenta.

Como fazemos:

Passagem do Plantão:
As informações sobre o paciente deverão ser transmitidas em ambiente tranquilo, livre de interrupções e com tempo disponível para o esclarecimento de dúvidas.

Passe em plantão:

*As condições do paciente.
*Resultados de exames.
*Medicação utilizada.
*Previsão do tratamento.
*Recomendações sobre os cuidados.
*Intercorrências durante o turno.

Além disso, informe sobre:
*Se o paciente tem acompanhante.
*Dieta.
*Queixas do paciente/familiar/acompanhante.

E atenção:
Registre as informações no prontuário eletrônico do paciente para que a comunicação seja efetiva e segura.

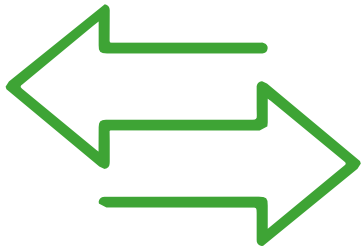
Registro em Prontuário:

*Verifique/confirme a identificação do paciente em todos os formulários e se os registros pertencem ao paciente correto.
*Faça o uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas (consulte em IM-MGH-056).
*Realize o registro de modo completo e objetivo. Não coloque suas impressões pessoais no registro.
*O registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamentodos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional.

Quando devo realizar um registro:
*Admissão do paciente.
*Transferência de setor.
*Registros de rotina.
*Registro de alta.
*Registro pré-operatório e pós-operatório.
*Óbito.
*Registro de intercorrências.

Estes registros devem ser realizados por todas as categorias de profissionais.

Transferência Interna entre processos/setores:



A ferramenta de comunicação utilizada entre as equipes nas transferências entre setores é a nota de transferência SBAR, preenchida no prontuário eletrônico do paciente.

Na transferência do CCs para os setores utilizamos a nota de transferência cirúrgica, esta também preenchida no prontuário eletrônico.

Ambas deverão ser preenchidas pelo profissional enfermeiro.
Além disso, a passagem de plantão via telefone é fundamental.

Transferência externa:

A nota de transferência SBAR deve ser impressa, assinada e carimbada pelo enfermeiro (a), encaminhar últimos exames laboratoriais, exames de imagem, prescrição vigente impressa (assinada e carimbada) e o último registro realizado por categoria (médica, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição).

Realizar a passagem de plantão via telefone para o serviço de transporte e para o Hospital/Clínica que o paciente está sendo encaminhado.

Atenção

As prescrições verbais ou telefônicas só poderão ocorrer em situações de emergência.
Medidas de segurança devem ser implementadas, como repetir em voz alta, de modo completo, a informação dada pelo emissor, com documentação em formulário, prazo para validação da prescrição e conferência com outro profissional.

META 3

Uso Seguro de Medicamentos

O que é?
Trata-se da diminuição de danos evitáveis relacionados ao uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos.

Processos críticos envolvidos:

*Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes.

*Fluxo de separação, identificação edispensação de medicamentos.

*Preparo e administração de medicamentos e reações adversas.

* Identificação do paciente ao qual se destina.

*Prática do "reproduzir" prescrições médicas em instituições que possuem prontuário eletrônico.

O que devemos fazer para não errar ao administrar medicamentos:

- Estar familiarizado com os medicamentos rotineiros;
- Conhecer os medicamentos de risco institucional;
- Referir-se aos medicamentos pelo nome genérico;
- Consultar manual institucional em caso de dúvidas;
- Desenvolver hábitos de verificação;
- Incentivar paciente e família a participarativamente da sua segurança;
- Compreender o cálculo de doses e ajustes conforme idade;
- Conhecer o risco potencial das interações medicamentosas;
- Aprender com erros/notificarincidentes;

Atenção:

Confira sempre os 9 certos antes de administrar a medicação:

Cuidado com a autoconfiança!

9 Certos

Terapêutica Medicamentosa

1. **Paciente certo** (nome e leito)
2. **Medicamento certo** (verificar na prescrição)
3. **Dose certa**
4. **Via certa**
5. **Horário certo**
6. **Documentação certa** (prescrição médica)
7. **Ação certa** (finalidade do fármaco)
8. **Forma certa** (forma de apresentação)
9. **Resposta certa** (eficácia do fármaco)

Como funciona o nosso fluxo medicamentoso?

Como fazemos:

Atenção:
Todas as soluções devem conter rótulo com a etiqueta do paciente e todos os dados preenchidos por extenso, carimbado pelo profissional que preparou a medicação e rubricado.

Medicamentos potencialmente perigosos:

São aqueles medicamentos que apresentam **um risco maior de causar danos** em decorrência de falhas no processo de utilização. São também chamados de Medicamentos de Alto Risco ou Medicamentos de Alta Vigilância (MAV).
A este grupo é recomendado:

Restrição de acesso

Padronização na prescrição

Dupla checagem
(no momento do preparo e administração entre o enfermeiro e o técnico de enfermagem)

Identificação com símbolo padronizado
(embalagem e prescrição médica)

META 4

Cirurgia Segura

O que é?
Protocolo básico de segurança do paciente, que, através da implantação de determinadas ações, minimiza a ocorrência de incidentes e eventos adversos, reduzindo a taxa de mortalidade cirúrgica.

Trata-se de uma lista de verificação que deve ser aplicada em três momentos:

***Antes da indução anestésica.**

***Imediatamente antes da cirurgia (time out).**

***Após o procedimento cirúrgico.**

O time out é considerado a etapa crucial por ser o momento em que toda a equipe se encontra reunida antes do início do procedimento cirúrgico.

Sua realização leva poucos minutos e é de extrema importância para garantir a realização do procedimento seguro.

A seguir, segue as orientações sugeridas pela Organização Mundial da Saúde:

Quem é o responsável pela condução do checklist de cirurgia segura?

Qualquer profissional que atue no centro cirúrgico (enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico) pode ser o responsável pela aplicação do checklist. Este profissional será responsável pela realização das verificações de segurança da lista e pelo preenchimento em sua totalidade.

Como aplicar o checklist de cirurgia segura?

O responsável pela condução do checklist deverá verificar verbalmente todos os itens do mesmo com o membro responsável da equipe, de forma a garantir a execução das principais ações. Cada profissional deve saber quais questões são de sua competência profissional.

Agendamento cirúrgico:

No agendamento cirúrgico inicia todo o processo, nele está presente as informações a respeito dos procedimentos que serão realizados, permitindo a alocação de recursos humanos e materiais visando à segurança.

Também permite o dimensionamento adequado de leitos de internação e intensivos, bem como a otimização da estrutura existente.

A sua realização antecipada permite a verificação do estado clínico do paciente e a possibilidade de novas condutas, reduzindo o número de cirurgias desmarcadas.

Em geral, é constituído por:

- Identificação do paciente.
- Data e hora do procedimento.
- Nome do procedimento cirúrgico.
- Nome do cirurgião.
- Reserva de hemoderivados e leito de UTI.

Visita pré-anestésica:

É realizado pelo enfermeiro (a) aos pacientes internados antes do procedimento cirúrgico.

Nesta avaliação, é verificado informações e realizado orientações ao paciente e a familiares, referentes à:

- **Tempo de jejum.**
- **Preparo.**
- **Tempo aproximado de cirurgia.**
- **Uso de monitorização.**
- **Terapias utilizadas (como inserção de dispositivos e uso de medicamentos, entre outras).**
- **Esclarecimentos de dúvidas.**

Visita pós-operatória:

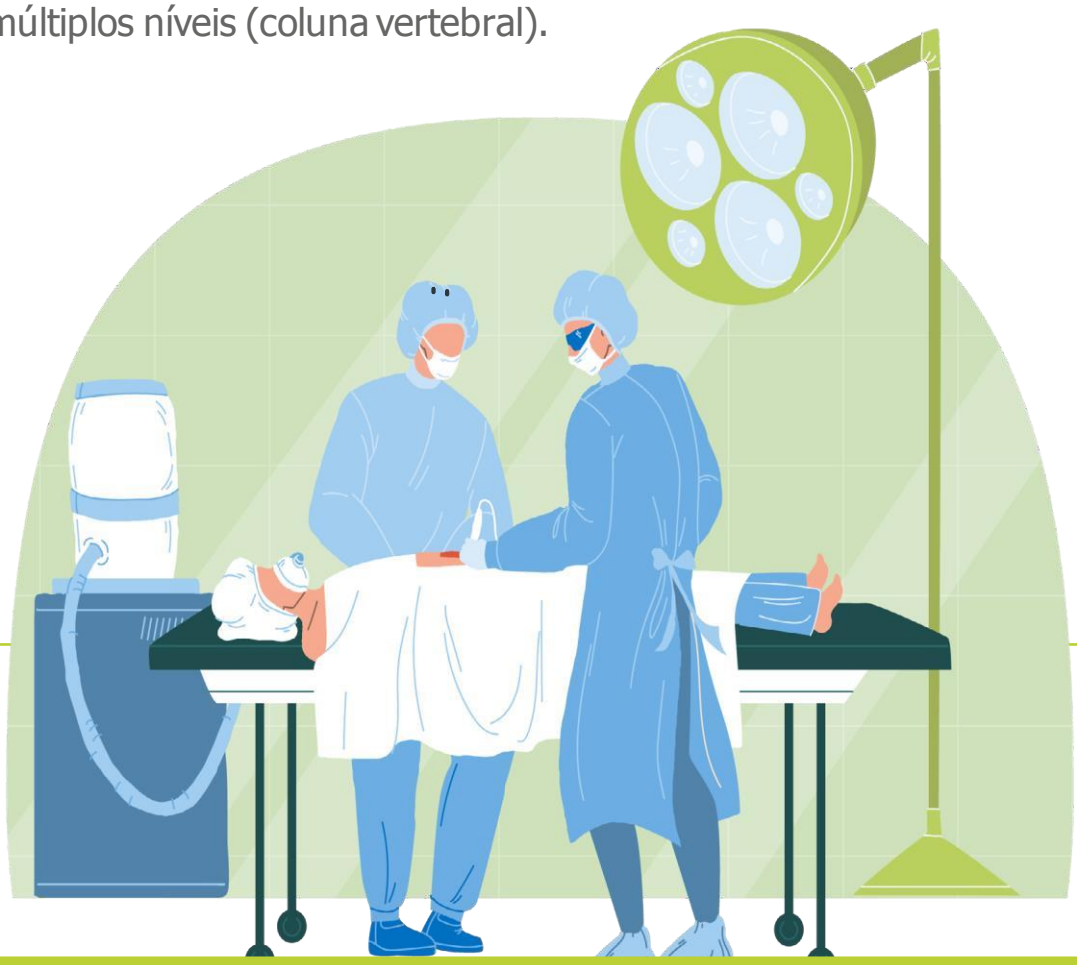
É realizada após o procedimento cirúrgico pelo enfermeiro (a), **após 24 horas da cirurgia.**

É realizado uma avaliação geral em relação ao pós operatório, orientações e esclarecimento de dúvidas do paciente/familiar/acompanhante/cuidador.

Atenção

A marcação cirúrgica deve ser clara e sem ambiguidade, devendo ser visível mesmo após o paciente preparado e coberto.

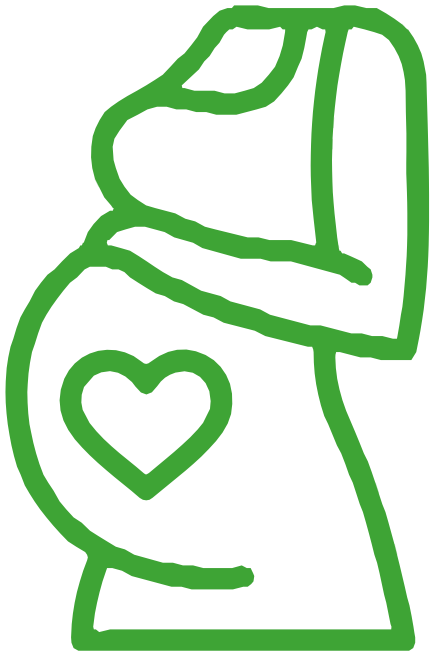
O local é marcado em todos os casos que envolvam lateralidade (direito/esquerdo), múltiplas estruturas (dedos das mãos, pés, lesões) ou múltiplos níveis (coluna vertebral).



Estimular a cultura de segurança do paciente, implantando a lista de verificação recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que define três fases distintas:

Time out 1 - realizado antes da indução anestésica
Time out 2 - realizado antes da incisão na pele
Time out 3 - realizado antes do paciente sair da sala de cirurgia

Parto Seguro



A Organização Mundial da Saúde em parceria com outras instituições, elaborou um checklist voltado a assistência segura à mãe e ao recém-nascido.

Este checklist corresponde as verificações em momentos cruciais, que são:

- **Admissão – antes da indução anestésica.**
- **Antes de iniciar o procedimento.**
- **Antes de sair da sala de procedimento.**
- **Antes de sair da sala de recuperação.**
- **Antes da alta hospitalar.**

Esta lista é preenchida pelo técnico de enfermagem de acordo com os momentos do parto seguro.

META 5

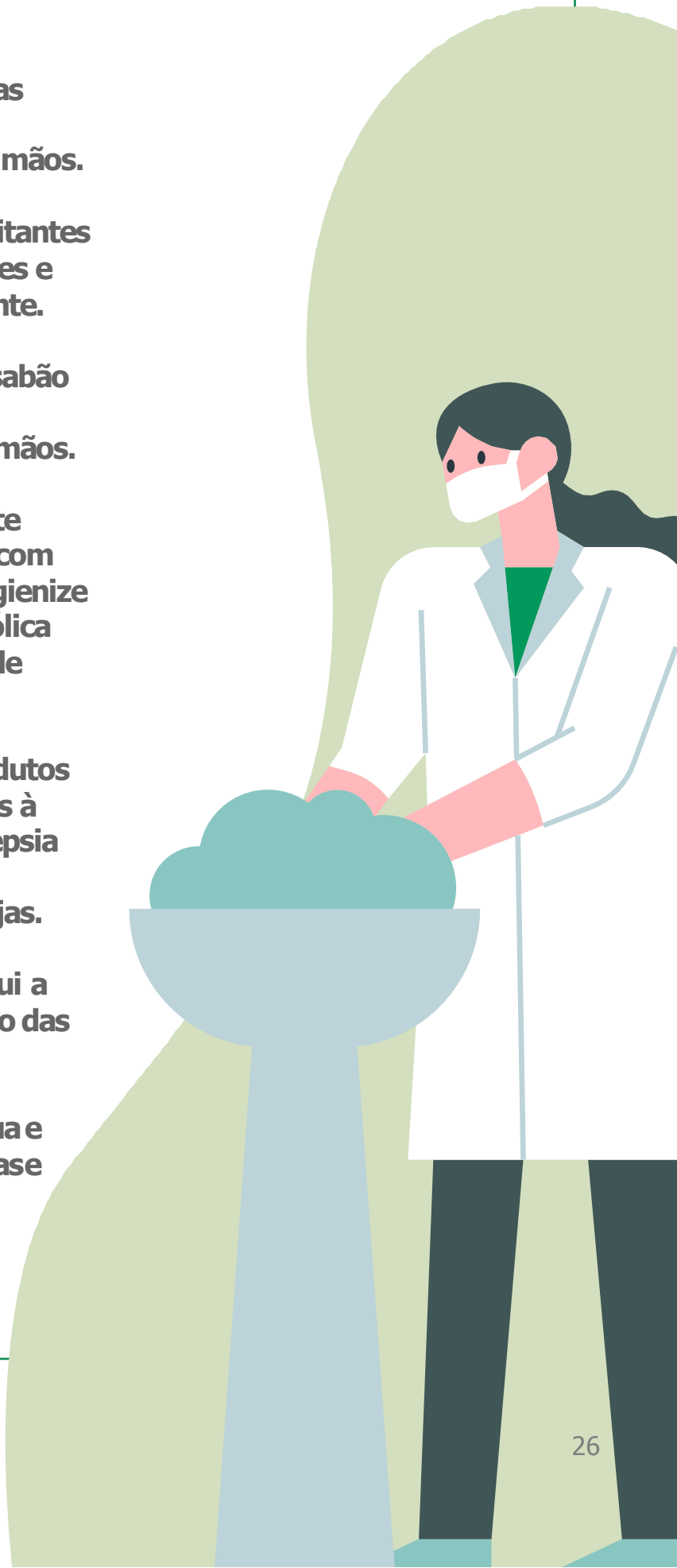
Prevenção do Risco de Infecção

O que é?
A higienização das mãos é a principal medida para prevenir e controlar as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e garantir a segurança dos pacientes.

Quando devo realizar a higiene das mãos?
A Organização Mundial da Saúde recomenda os cinco momentos para higienização das mãos, são eles:

1. Antes do contato com o doente
2. Antes de procedimentos assepticos
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos
4. Após contacto com o doente
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente

- Encoraje os pacientes e suas famílias a solicitar que os profissionais higienizem as mãos.
- Estimule os familiares e visitantes a higienizar suas mãos antes e após o contato com o paciente.
- Lave as mãos com águae sabão sempre, obedecendo os 5 momentos para higiene de mãos.
- Nunca use simultaneamente produtos à base de álcool com sabão antisséptico ou as higienize com uma formulação alcoólica antes e após a realização de procedimentos.
- Use preferencialmente produtos para higienização das mãos à base de álcool para antissepsia rotineira se as mãos não estiverem visivelmente sujas.
- O uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos.
- Na ausência de pia com água e sabão, utilize a solução à base de álcool.



META 6

Prevenção do Risco de Queda e Lesão por Pressão

O que é queda ?
Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

Como fazemos:

O profissional enfermeiro (a) estratifica o risco através das escalas:

Escala de M orse: paciente adulto – a cada 72 horas.

Escala de Humpty Dumpty: paciente pediátrico – a cada 24 horas.

Atenção: Refazer a escala na admissão do paciente na SARE.

Caso o paciente apresente risco de queda, o enfermeiro (a) prescreve os cuidados de enfermagem e orienta a equipe sobre o risco do paciente.

Quando consideramos queda:

- **Quando paciente escorregar de uma cadeira para o chão.**
- **Quando encontrar o paciente no chão.**
- **Amparar o paciente durante a queda (mesmo que não chegue até o chão).**

O que fazer quando há uma queda no ambiente hospitalar?

- Realizar atendimento imediato ao paciente, avaliando nível de consciência, impacto da queda, lesões aparentes e não aparentes, sinais vitais.
- Avisar o médico plantonista/hospitalista para posterior avaliação e conduta.
- Deve ser preenchido o SBAR – Enfermagem pelo enfermeiro (para avaliação do hospitalista).
- Comunicar o médico assistente para posterior conduta. Possível pedido de exames, exames laboratoriais, RX, RNM, TC, encaminhar o paciente realizando transporte seguro.
- Comunicar a família, se estiver sob cuidados de um cuidador.
- Registro de enfermagem a cada 6 horas durante 24 horas para avaliação do quadro do paciente.
- Realizar a notificação do evento adverso.

Medidas Preventivas:

Se aplica a todos os pacientes: internados/ambulatoriais adulto e pediátricos.

Deve ser realizada por **todos os profissionais** desde a entrada do paciente da instituição até a alta hospitalar

- Transporte seguro na admissão até o setor de destino: cadeira de rodas/ maca/cama/berço/incubadora.
- Sinalizações no caminho quanto a piso molhado.
- Manter quartos, corredores e áreas de circulação livres de obstáculos garantindo que todas as passagens e portas estejam desobstruídas.
- Maca/cama/berço/incubadora devem permanecer com rodas travadas e com grades/portinholas elevadas.
- Crianças de colo devem ser transportadas no colo do responsável (cadeira de rodas).

Prevenção de Lesão por Pressão

O que é?
Prevenção de lesão por pressão e outras lesões de pele, com objetivo de evitar o prolongamento das internações, risco de infecções e outros agravos ao paciente.

Como fazemos:

Utilizamos para avaliar o risco de Lesão por Pressão:

No adulto: Escala de Braden

Na criança: Escala de Braden Q

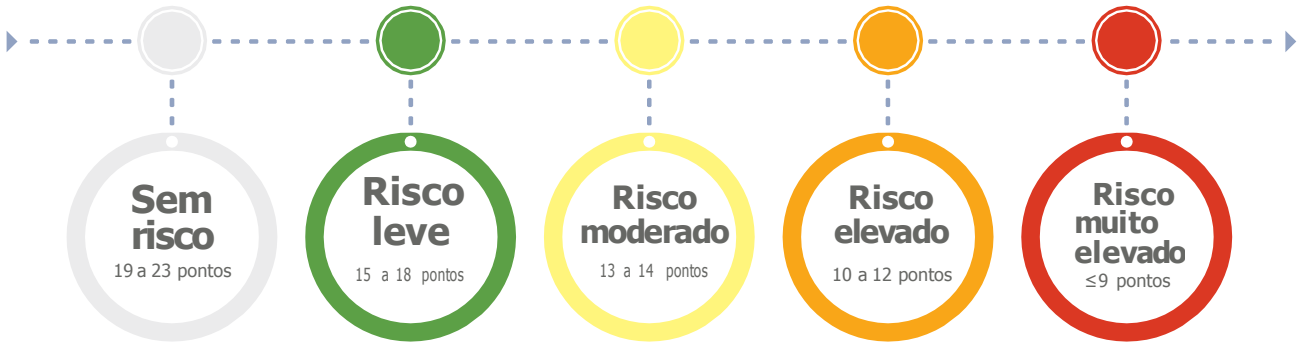
No Centro Cirúrgico: Escala de Helpo

A escala deve ser aplicada na admissão do paciente e após a cada 24 horas, além disso, deve conter registro do técnico de enfermagem e do enfermeiro em prontuário desde a admissão do paciente referente as condições da pele.

Obs: Escala <ou = 18 pontos:

Iniciar com medidas de prevenção e prescrição de cuidados.

Classificação



Cuidados de enfermagem na prevenção de Lesão por Pressão

- Higiene corporal é realizada 1x/dia.
- Após o banho realize a hidratação da pele, quando hospitalizado com hidratante padronizado na instituição. Aplicar o produto com movimentos circulares e suaves.
- Evite fricção excessiva da pele.
- Mantenha a pele limpa e seca, livre de exsudatos, transpiração e incontinência.
- M anter lençóis secos e esticados, sem pregas.
- Utilize colchão de ar em pacientes com instabilidade hemodinâmica.
- Utilize coxins, travesseiros sob panturrilhas, para elevar os calcâneos e entre as pernas e tornozelos.
- Mantenha a cabeceira elevada 30º para não aumentar a pressão na região sacra.
- Realize mudança de decúbito a cada 2 horas.
- Não é permitido a utilização de luvas para diminuir a pressão.
- Quando sentar paciente na poltrona, certifique-se que os pés estão a poiados no chão, caso não estejam, utilizar apoio móvel. Paciente deverá permanecer em poltrona no máximo por 2 horas.

Produtos padronizados para prevenção de Lesão por Pressão:

Creme de barreira

Protetor cutâneo

Curativo de espumas multicamadas

Orientações para a Prevenção de dermatites:

- Higiene perineal deve ser realizar 1x/turno com água morna e sabão neutro e após cada eliminação fisiológica;
- Após a higiene perineal utilizar pomada protetora ou protetor cutâneo, conforme avaliação do enfermeiro;
- Sempre que possível, manter o paciente sem fraldas descartáveis;
- Nunca utilizar compressas dentro da fralda;
- Manter pele limpa e seca;
- O enfermeiro deve avaliar juntamente com o médico a necessidade de sonda vesical de demora e/ou retal;
- Se piora da dermatite deverá ser intensificado o uso do protetor cutâneo a cada 12horas;
- Nas áreas de dobras cutâneas deve ser realizado higiene com água morna e sabão neutro, secar bem com compressas ou toalha de banho macia;
- A limpeza da pele na área periestoma e periferida deverá ser realizada com soro fisológico;
- A limpeza interna da bolsa deve ser realizada com água destilada;
- Aplicar protetor cutâneo antes de aplicar a bolsa para evitar lesão de pele;
- Em dermatite periferida deverá ser utilizado micropore antialérgico.

Prevenção de Lesões de pele associadas à dispositivos médicos:

- Empaciente com elergias a micropore utilizar protetor cutâneo antes de aplicar micropore padronizado.
- Emneonatal e pediátricos utiliza-se a película protetora para prevenção de queimaduras por sensor de aferição de sinais vitais.
- A remoção de pêlos, quando necessário, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesoura.
- Na pediatria, utilizar removedor de fita para prevenção de lesão de pele.

Referências Bibliográficas:

ANVISA. Protocolo de Prevenção de Quedas. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: Acesso em: 02 de abril 2023.

ARAÚJO, M.A.N. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. Enferm. Foco, v.8, n.1, p.52-56, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa/Fiocruz. Anexo 01: Protocolo prevenção de quedas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. EBSERH- MEAC. Protocolo de Prevenção de Quedas. Disponível em: Acesso em: Acesso em: 02 de abril 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 02 abr 2013; Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_ 2013.html. Acesso em 28 Mar. 2023.

NOGUEIRA J. W. S.; RODRIGUES M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. Cogitare Enfermagem, 2015; v.20, n.3. [acesso em 28 mar 2023]. Disponível: http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245.

TRISTÃO, Fernanda Sant'Ana; PADILHA, Maria Angélica Silveira. Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas: perspectivas para o cuidado, 2018.

World Health Organization (WHO). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final Technical Report v.1 [Internet]. 2009 [acesso em 28 Mar. 2023]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO,2021.

World Health Organization. Joint Comission Resources. Joint Comission International. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification [Online]. Genebra: 2007. Disponível em: http://www jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-SafetySolutions/

UFCSPA

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre