

Política de Segurança do Paciente



POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Código: POL.DIR.0001	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 05/04/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 05/04/2024	Página: 1 de 7
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

1. INTRODUÇÃO

Em outubro de 2004, a OMS lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente recomendando aos países maior atenção ao tema segurança do paciente. Com o intuito de desenvolver “Soluções para a Segurança do Paciente”, que têm o propósito de promover melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência, a instituição de acreditação americana *Joint Commission International* (JCI) elaborou em 2006 junto à OMS seis metas internacionais de segurança que norteiam as instituições de saúde à implantação de ações específicas dentro deste escopo.

A distinção entre os eventos adversos (EA) assistenciais de outros desfechos indesejados está, basicamente, associada à natureza das lesões. Uma decorrente da evolução natural da enfermidade, e a outra, causada pelo cuidado prestado na organização hospitalar. Os eventos adversos em serviços de saúde que mais comumente repercutem na vida do paciente e de seus familiares, no ambiente dos profissionais de saúde e na sociedade são as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), os eventos relacionados à terapia medicamentosa, falhas de comunicação, falhas em procedimentos cirúrgicos, falhas nos transportes interno e externo, lesões e quedas.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente destaca a necessidade de desenvolver diferentes tipos de investigação para melhorar a segurança do paciente e prevenir os possíveis danos, em um ciclo de investigação. O gerenciamento de risco significa implantar as ações para o monitoramento e a melhoria contínua de processos relacionados aos eventos adversos, que demonstrem como a estrutura é organizada, qual barreira de segurança foi falha, o que aconteceu com o paciente e o que ficou de aprendizado para a instituição.

2. JUSTIFICATIVA

Entende-se, por gestão de riscos, pela RDC/MS nº 36/2013: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

O intuito da gestão de risco é identificar potenciais falhas na assistência e garantir a prevenção de danos aos pacientes que estão sob o cuidado da instituição. Através do mapeamento de riscos, é possível atuar com conduta proativa, ou seja, fortalecer a cultura de notificação de circunstâncias de risco e quase erros (*'near miss'*), tratar a falha antes que ela aconteça e identificar a barreira de segurança que por algum motivo não seria eficaz. O objetivo é identificar a falha de processo ANTES que ela aconteça, através da identificação de risco.

3. OBJETIVOS

O principal objetivo da Gestão de Risco é tornar o Hospital São Francisco uma instituição de alta confiabilidade, além de:

- Conhecer o perfil dos usuários da instituição;
- Compreender quando e porque as coisas podem não ocorrer de forma correta;
- Promover a cultura de segurança do paciente;
- Assumir a premissa de que na ocorrência do erro, a questão importante é identificar como e porque as defesas falharam e não quem errou e porque errou.

Para a gestão de risco, utilizamos as diretrizes da RDC/MS Nº 36/2013, as seis metas internacionais e os protocolos básicos do Ministério da Saúde/ANVISA. Como fonte de identificação desses riscos utilizamos o mapeamento de riscos e como potenciais barreiras, cada protocolo gerenciado na instituição, além da notificação de incidentes e eventos adversos, reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente, reuniões do Grupo de Gestão de Risco, auditorias internas em setores assistenciais e pontuais encontros com lideranças e profissionais envolvidos diretamente no cuidado.

A Gestão de Risco busca identificar potenciais riscos a serem geridos nos seguintes setores:

- Emergência (PS);
- Unidades de Internação (UI);

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Luana da Mata Correa	Nycolas Kunzler Alcorta	Guilherme Machado Costa
Cargo/Setor:	Enfermeira da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Médico

POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Código: POL.DIR.0001	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 05/04/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 05/04/2024	Página: 2 de 7
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

- Centro de Terapia Intensiva (CTI);
- Polo de Atenção Integral à Saúde Mental (PAI);
- Farmácia;
- Centro Cirúrgico.

Participação de setores de apoio:

- Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS);
- Nutrição;
- Fonoaudiologia;
- Fisioterapia;
- Central de Material e Esterilização (CME);
- Hospitalidade;
- Núcleo de Educação Permanente (NEP).

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital São Francisco objetiva através da Gestão de Risco, que os profissionais possam identificar as circunstâncias notificáveis e os quase erros de forma proativa, para que seja possível elaborar um plano de ação visando a prevenção de danos aos pacientes.

4. TERMOS E DEFINIÇÕES

ISO - International Organization for Standardization
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
OMS – Organização Mundial de Saúde
PGR – Política de Gestão de Risco

5. DESCRIÇÃO

De acordo com a norma ISO 31000/2018, a gestão de risco é um sistema capaz de identificar, investigar, analisar e corrigir inadequações, a fim de minimizar ou eliminar riscos às pessoas (paciente, familiares, acompanhantes, colaboradores, terceiros), ao ambiente e patrimônio da Instituição.

A análise de riscos deve considerar os seguintes questionamentos: o que pode acontecer de errado? Quais são as possíveis consequências ou efeitos? Os riscos são toleráveis?

As ferramentas de investigação de incidentes e eventos adversos utilizadas no Hospital São Francisco são:

- Sistema de Notificação de Eventos Adversos – Tasy;
- Instrumento de Investigação de Eventos (Protocolo de Londres), que inclui ferramentas da Qualidade, tais como Diagrama de Ishikawa, Cinco Porquês e Plano de Ação (5W2H).

A investigação de incidentes ocorrerá da seguinte forma:

- **Investigação concisa:** Utilizada para avaliar incidentes classificados como quase erro, incidentes sem dano ou eventos adversos leves;
- **Ferramenta para investigação:** Diagrama de Ishikawa;
- **Como será feita a investigação:** Informações fornecidas exclusivamente pelo notificante, conduzida pelo NSP através de ferramentas simplificadas de investigação. O NSP pode vir a convocar a liderança do setor envolvido para elaborar um plano de ação caso conclua que houve falha de processo através da abertura de Não Conformidade no sistema Tasy.
- **Investigação abrangente:** Utilizada para investigar incidentes classificados como dano moderado e potencial de dano grave. É conduzida pela coordenação do NSP (ou por um membro que o represente) e conta com a participação das lideranças do setor envolvido. Pode envolver a participação do colaborador envolvido, caso este sinta-se apto e não haja restrições da liderança. Utiliza instrumento de investigação que contempla as seguintes etapas:

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Luana da Mata Correa	Nycolas Kunzler Alcorta	Guilherme Machado Costa
Cargo/Setor:	Enfermeira da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Médico

POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Código: POL.DIR.0001	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 05/04/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 05/04/2024	Página: 3 de 7
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

- **Descrição do Evento:** Ordem cronológica que descreve fatos que antecederam o fato investigado, o evento e as ações e situações posteriores.
- **Fatores Agravantes:** Situações que possam ter contribuído para a ocorrência do evento, como uma rotina não realizada, a inexistência de um procedimento padrão ou circunstâncias relacionadas a suprimentos e estrutura;
- **Fatores Atenuantes:** Evidências que comprovem as ações pró-ativas para mitigação de riscos e as ações tomadas a partir da ocorrência do evento investigado, incluindo protocolos e procedimentos padrão, lista de presença em treinamentos e planos de ação desenvolvidos ou em andamento;
- **Análise de Causa Raiz:** Realizada em duas etapas, a partir do preenchimento de duas ferramentas da Qualidade: Cinco Porquês e Diagrama de Ishikawa;
- **Fatores Humanos:** Identificação de fatores comportamentais que possam ter contribuído para a ocorrência do evento. Considera não apenas o comportamento do colaborador e seu histórico na instituição, mas também as condições de trabalho no momento do evento investigado;
- **Plano de Ação:** Plano de melhoria utilizando a ferramenta 5W2H para desenvolver ações corretivas, com o objetivo de minimizar a ocorrência de eventos semelhantes.

Levando em consideração que a Política de Segurança do Paciente norteia a investigação de incidentes devido ao desenho das possíveis falhas, três categorias de comportamento são esperadas durante a investigação:

- **Erro humano** - São ações não intencionais que devem ser esperadas e podem ser categorizadas como deslizes e lapsos;
- **Comportamento de risco** - Ação intencional que aumenta o seu risco;
- **Violação** - Ação intencional, uma escolha individual de assumir o risco não justificável de maneira consciente.

A gestão do risco está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde. De acordo com o que preza a PGR e tendo em vista que a instituição é responsável pelos resultados de seus processos e sistemas, as consequências incluem:

- **Comportamento de risco** – Orientar o comportamento e melhorar o sistema;
- **Erro humano** – Orientar, treinar e implementar melhoria no sistema;
- **Violação** – Medidas corretivas privativas à liderança.

Processos da gestão de riscos, segundo a norma ISO 31000:2009.

A gestão de riscos compreende uma forma de abordagem aos riscos a que o paciente está submetido nos serviços de saúde, figurando entre as ações estabelecidas na RDC da Anvisa nº 36 de 2013. Estabelece como responsabilidade do NSP, competindo ao mesmo a “identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento e comunicação de riscos”, ou o conjunto de atividades do gerenciamento de riscos.

- Comunicação e consulta com os interessados da organização – Grupo de Gestão de Riscos, NSP e profissionais convidados;
- Definição do contexto e critérios (políticas relacionadas, responsáveis, papéis, objetivos, metas, metodologias, definições, etc.);
- Avaliação dos riscos: identificação de riscos (eventos ou circunstâncias que podem causar problemas de segurança), análise e avaliação da sua frequência e magnitude;
- Tratamento dos riscos (evitar, reduzir/controlar, transferir ou reter), que inclui eleger a forma de tratamento, planejar e implementar o plano de ação;
- Monitoramento e revisão do programa de gestão de riscos, o que envolve verificação regular ou vigilância.

Como o Núcleo de Segurança do Paciente executa as ações de gestão de risco:

- Identificação dos riscos – Realizada através do mapeamento de riscos;
- Comunicação de risco – Através do preenchimento do formulário de incidentes;
- Análise dos riscos – Realizada através dos desenhos dos fatores causais;
- Investigação das possíveis falhas – Uso da ferramenta da qualidade Diagrama de Ishikawa;
- Tratativa do risco – O que foi realizado que evitou o incidente de acontecer;
- Elaboração de planos de ação – Utilizando a ferramenta da qualidade 5W2H.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Luana da Mata Correa	Nycolas Kunzler Alcorta	Guilherme Machado Costa
Cargo/Setor:	Enfermeira da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Médico

POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Código: POL.DIR.0001	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 05/04/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 05/04/2024	Página: 4 de 7
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

A definição de segurança reforça que seu objeto vai desde o risco, passa pela segurança e alcança a qualidade dos serviços de saúde, ou seja, gestão de risco → promoção da segurança → alcance da qualidade. Para o alcance da qualidade, a Comissão de Gestão de Risco do Hospital São Francisco utiliza o ciclo PDCA com objetivo de promover a melhoria contínua.

Gestão de riscos e as metas internacionais

Na tentativa de garantir a implementação da segurança do paciente, a JCI elaborou junto à OMS seis metas internacionais de segurança que devem ser seguidas pelas instituições que pretendem ser acreditadas. As metas internacionais agrupadas nortearam o mapeamento de risco e são utilizadas como base para gestão de risco do Hospital São Francisco:

- Identificação correta do paciente

Objetivo: Identificar corretamente o paciente, principalmente antes da realização de procedimentos com algum grau de risco.

Prevenção de risco: Evitar que procedimentos sejam realizados no paciente errado.

Gestão de risco: O protocolo de identificação correta do paciente se aplica a todos os setores assistenciais do Hospital São Francisco na Providência de Deus. É um documento que orienta o uso de pulseira de identificação, contendo três identificadores padronizados (nome do paciente, data de nascimento e número do prontuário), bem como as identificações do leito, para que seja possível confirmar o paciente a quem se destina o cuidado: administração de medicamentos, dietas e administração de hemocomponentes, procedimentos invasivos e não invasivos, realização de exames de imagem e laboratoriais, transferências internas e externas, etc.

- Comunicação efetiva entre os profissionais da saúde:

Objetivo: Garantir que as informações sobre um paciente sejam adequadamente comunicadas entre os membros da equipe profissional.

Prevenção de risco: Evitar fragmentação do cuidado, perdas de informações importantes do paciente, passagem de relatos equivocadas e ruídos na comunicação.

Gestão de risco: O protocolo de comunicação efetiva e segura engloba alguns processos críticos da assistência à saúde em que a comunicação deve ser estimulada e padronizada, são elas: processos de transição do cuidado como passagens de plantão, transferência do paciente entre unidades, internas ou externas, situações de emergência, registro em prontuário, contatos telefônicos.

- Medicação segura

Objetivo: Garantir que os medicamentos sejam prescritos, administrados pela via correta, na dose certa, para o paciente correto.

Prevenção de risco: Administração inadequada do medicamento (via de administração errada e paciente errado), reações alérgicas sabidamente relatadas, lesões causadas por medicações vesicantes, omissão de dose, doses incorretas, medicamentos com nomes parecidos (fenitoína-fenobarbital-fentanil), troca de medicamentos de alta vigilância (cloreto de sódio 20% em vez de cloreto de sódio 0,9%), etc.

Gestão de risco: O protocolo de segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos tem como finalidade promover práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos, minimizando as ocorrências de incidentes e eventos adversos em todas essas fases da assistência no Hospital São Francisco na Providência de Deus. O protocolo orienta práticas seguras na prescrição, dispensação e administração das medicações, bem como também disponibiliza a lista de medicações de alta vigilância.

- Cirurgia segura

Objetivo: Utilizar os *checklists* para garantir que a cirurgia seja feita no paciente, no órgão, na região corporal corretos, checando os recursos e procedimentos.

Prevenção de risco: Cirurgia em paciente e local errado, perda de instrumental ou gases dentro das incisões, prevenção de infecção de sítio cirúrgico e intracavitárias, etc.

Gestão de risco: O protocolo de cirurgia segura tem como objetivo garantir que os procedimentos cirúrgicos e anestésicos do Hospital São Francisco na Providência de Deus sejam realizados de maneira segura, visando diminuir eventos adversos e morbidade das intervenções cirúrgicas, utilizando uma ferramenta de verificação de critérios primordiais para o procedimento ser realizado com maior segurança. Além de garantir os dez objetivos recomendados pela OMS, o protocolo também orienta quanto o cumprimento da lista de verificação cirúrgica cujo objetivo é nortear as equipes, promovendo práticas seguras, melhorar a

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Luana da Mata Correa	Nycolas Kunzler Alcorta	Guilherme Machado Costa
Cargo/Setor:	Enfermeira da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Médico

POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Código: POL.DIR.0001	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 05/04/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 05/04/2024	Página: 5 de 7
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

comunicação entre os profissionais e o trabalho em equipe, resultando na redução da ocorrência de danos ao paciente.

- Reduzir riscos de infecção relacionada à assistência à saúde

Objetivo: Instituir a correta higienização das mãos.

Prevenção de riscos: Evitar a ocorrência de infecção relacionada à assistência a saúde (IRAS): infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), infecção de trato urinário relacionada à CVD (ITU-CVD), infecção de sítio cirúrgico (ISC).

Gestão de risco: Em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital São Francisco na Providência de Deus, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) recomenda a adequada higiene das mãos em todas as etapas do cuidado, através do protocolo implementado pela CCIH, que orienta as técnicas corretas, os produtos padronizados, além dos momentos oportunos para lavagem das mãos. Compete à CCIH a elaboração de protocolos e rotinas de prevenção às IRAS, a vigilância de processos e a elaboração de planos de ação para a prevenção e o controle de infecção. Compete às unidades assistências o seguimento dos protocolos instituídos pela CCIH, o seu monitoramento e a elaboração de planos de ação setoriais para o alcance das metas estabelecidas.

- Reduzir o risco de quedas

Objetivo: Orientar profissionais, utilizar recursos estruturais, otimizar práticas ambientais, além de envolver o paciente e acompanhante no cuidado.

Prevenção de riscos: Prevenir danos decorrentes de queda (escoriações, lesões e traumas físicos), que podem acarretar em aumento do tempo de internação e necessidade de outros tratamentos, além de danos psicológicos.

Gestão de risco: O protocolo de prevenção de quedas objetiva a redução das ocorrências de queda, minimizar os danos resultantes desses incidentes e orientar os profissionais, quanto às medidas preventivas que deverão ser realizadas durante a prestação da assistência. O protocolo também orienta o uso da escala de Morse para avaliar o risco de queda dos pacientes.

- Reduzir o risco de lesão por pressão

Objetivo: Aplicar práticas de prevenção de lesão por pressão.

Prevenção de risco: Prevenir danos localizados na pele geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada, que aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos do paciente.

Gestão de risco: Em conjunto com a Comissão de Cuidados com a Pele (CCP) do Hospital São Francisco na Providência de Deus, o NSP, através do protocolo de prevenção e tratamento de lesão por pressão objetiva identificar e classificar os clientes com risco para o desenvolvimento de Lesões por Pressão através da Escala de Braden, implementar ações para a prevenção bem como identificar precocemente lesões em estágios iniciais e tratar as instaladas. Compete às unidades assistenciais a avaliação inicial (na admissão do paciente) e diária para o risco de lesão por pressão, evidenciando a avaliação no prontuário do paciente.

6. RESPONSÁVEIS

Gestão de Riscos/ Qualidade: Em atendimento a Portaria/MS N°529/2013, Estabelecer o Programa de Segurança do paciente, de acordo com esta política, implantar ações de segurança, monitorar a adesão às medidas instituídas, orientar e capacitar as equipes assistenciais, promover e estimular a notificação de eventos de segurança do paciente, investigar as ocorrências notificadas, classificá-las de acordo com a taxonomia do Ministério da Saúde e notificar aos órgãos fiscalizadores.

Núcleo de Segurança do Paciente: Discutir os eventos ocorridos, buscando compreender os fatores que contribuíram para que o evento ocorresse. Elaborar, junto à Qualidade, planos de ação pró-ativos para minimizar os riscos assistenciais, bem como planos corretivos. Contribuir para a disseminação da cultura de segurança do paciente.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): Promover ações de prevenção às infecções relacionadas à assistência à paciente, a partir do Programa de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS), conforme a Portaria/MS 2.616/1998; Elaborar protocolos e rotinas de prevenção e controle de infecção; Monitorar a adesão às medidas instituídas; Realizar vigilância epidemiológica de infecções, doenças infectocontagiosas e a ocorrência de microrganismos multirresistentes; Monitorar o uso de antimicrobianos; Orientar e capacitar as equipes; Analisar criticamente os indicadores e estabelecer planos de ação em conjunto com as unidades assistenciais para o alcance das

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Luana da Mata Correa	Nycolas Kunzler Alcorta	Guilherme Machado Costa
Cargo/Setor:	Enfermeira da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Médico

POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Código: POL.DIR.0001	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 05/04/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 05/04/2024	Página: 6 de 7
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

metas estabelecidas. Realizar as notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Notificar a incidência de IRAS e de microrganismos multirresistentes aos órgãos fiscalizadores.

Unidades Assistenciais: Cumprir as medidas instituídas para a promoção de uma assistência focada na segurança dos pacientes atendidos no Hospital São Francisco na Providência de Deus, independente da natureza do atendimento e do grau de complexidade do paciente. Notificar a ocorrência de eventos adversos, quase erros e falhas de processo assistenciais. Compete às lideranças das unidades assistenciais, contribuir para a investigação dos eventos e para a elaboração de planos de ação pró-ativos e corretivos para a mitigação e minimização de incidentes. Promover, em seus setores, a cultura justa, educativa e não punitiva. Identificar oportunidades de melhoria na estrutura e contactar as respectivas áreas de apoio.

Áreas de Apoio: Garantir os recursos adequados à assistência segura.

Áreas Administrativas: Compreender as necessidades das áreas assistenciais em relação à segurança do paciente, buscado em conjunto, estratégias que possibilitem uma assistência segura e custo efetiva.

7. ANEXOS

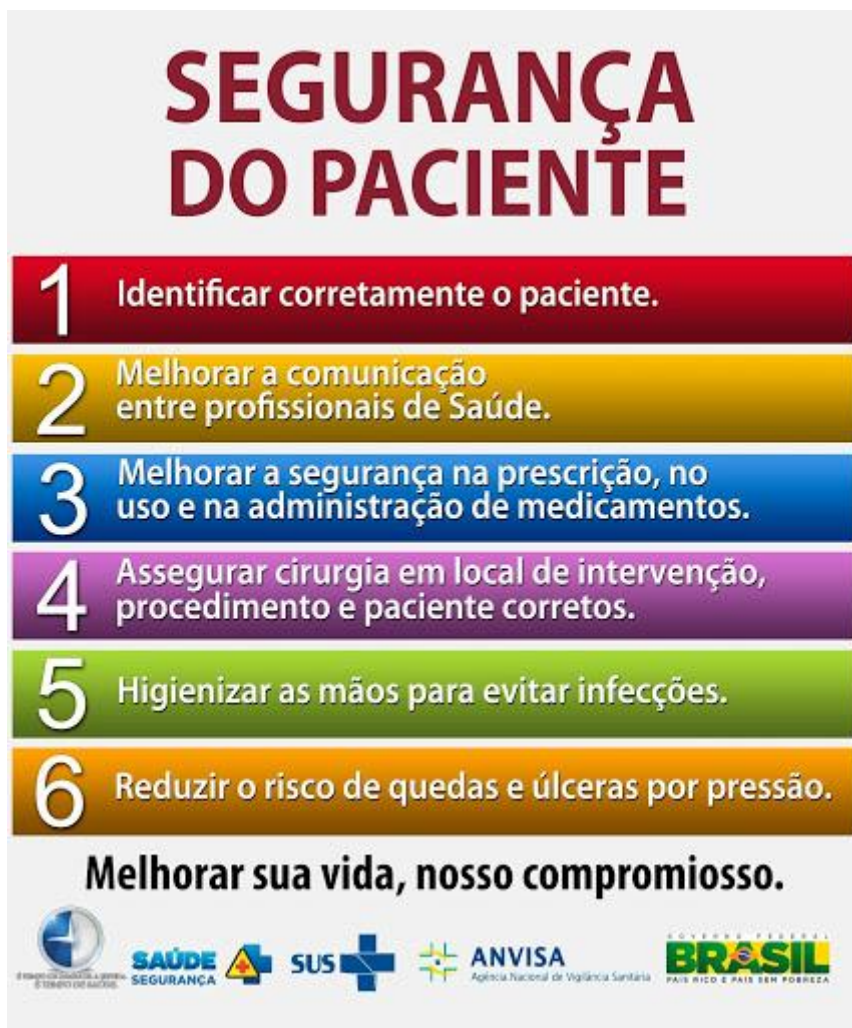


Imagem 1: Informativo sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, elaborado pelo Ministério da Saúde.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Luana da Mata Correa	Nycolas Kunzler Alcorta	Guilherme Machado Costa
Cargo/Setor:	Enfermeira da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Médico

POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Código: POL.DIR.0001	Setor: Qualidade	Data da elaboração: 05/04/2024	Validade: 2 anos	Revisão Nº: 0	Última revisão: 05/04/2024	Página: 7 de 7
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2.616, de 12 de maio de 1998. Considerando as determinações da Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>. Acesso em: 08 abr. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 08 abr. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 08 abr. 2024.

JCI, Joint Commission International. International Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace: 2006. Disponível em: <

<https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>> Acesso em 08 abr. 2024.

ISO, International Organization for Standardization. ISO 31000:2018 gestão de Riscos – Diretrizes, 2ed. Rio de Janeiro:

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2018. Disponível em: <

https://dintegcgcin.saude.gov.br/attachments/download/23/2018%20-%20Diretrizes%20-%20Gest%C3%A3o%20de%20Riscos_ABNT%20NBR%20ISO%2031000.pdf>. Acesso em: 08 abr.2024.

OMS, Organização Mundial da Saúde. World Alliance for Safety Patient. Genebra, 2004. Disponível em: <

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>>. Acesso em

08 abr. 2024.

	ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Nome:	Luana da Mata Correa	Nycolas Kunzler Alcorta	Guilherme Machado Costa
Cargo/Setor:	Enfermeira da Qualidade	Coordenador da Qualidade	Diretor Médico