www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/b27zqb33

Relato de experiência: criação de projeto para implementação de um núcleo de segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento

Experience report: development of a project to implement a patient safety unit in an emergency care facility

Brenda Helena Ribeiro Mendonça
Leandro Teixeira Ghilardi (orientador)
Andressa Pereira Beltrame (orientadora)

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência vivenciada na criação de projeto para implementação de um Núcleo de Segurança do Paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento no litoral norte catarinense, durante o estágio obrigatório de enfermagem do 8º período. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, de caráter descritivo, desenvolvida de março a junho de 2026. A intervenção foi orientada pelas ferramentas de gestão PDCA, Matriz SWOT, Diagrama de Ishikawa e 5W2H, com participação da equipe assistencial, da coordenação da UPA e da enfermeira preceptora. **Resultados:** A unidade, que não possuía estrutura formal de segurança do paciente, passou a contar com projeto do NSP, sete protocolos elaborados e abordados em capacitações, e canal de notificação de incidentes por QR Code. As mudanças foram percebidas pela observação da rotina, sem indicadores formais. **Considerações finais:** A experiência evidenciou a viabilidade de estruturar um NSP durante o estágio, com apoio da gestão, encaminhando o atendimento à RDC nº 36/2013 e demonstrando compromisso com a qualidade do cuidado. A continuidade das ações educativas e o monitoramento por indicadores são necessários para a sustentabilidade do que foi implantado.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Educação em Saúde; Cultura de Segurança; Núcleo de Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of developing a project to implement a Patient Safety Unit in an Emergency Care Facility (UPA) on the northern coast of Santa Catarina, Brazil, during the mandatory nursing internship of the 8th semester. **Method:** Qualitative, descriptive experience report, carried out from March to June 2026. The intervention was guided by the management tools PDCA, SWOT Matrix, Ishikawa Diagram and 5W2H, with the participation of the care team, the UPA coordination and the preceptor nurse. **Results:** The facility, which had no formal patient safety structure, came to have a Patient Safety Unit project, seven protocols developed and addressed in training sessions, and an incident reporting channel via QR Code. The changes were perceived through routine observation, without formal indicators. **Final considerations:** The experience showed the feasibility of structuring a Patient Safety Unit during the internship, with management support, moving the service toward compliance with RDC No. 36/2013 and demonstrating commitment to quality of care. Continuing educational actions and monitoring through indicators are necessary for the sustainability of what was implemented.

Keywords: Patient Safety; Health Education; Safety Culture; Patient Safety Unit.

1. INTRODUÇÃO

A Segurança do paciente constitui uma preocupação mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 1 a cada 10 pacientes sofre danos durante a assistência à saúde, e aproximadamente 3 milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência do cuidado inseguro, sendo mais de 50% desses danos evitáveis. Os danos aos pacientes reduzem potencialmente o crescimento econômico global em 0,7% ao ano (Organização Mundial da Saúde, 2023). Esses dados reforçam que a segurança do paciente deve ser tratada como prioridade global.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é um grupo dentro do serviço de saúde criado para promover e apoiar ações voltadas à segurança do paciente, a fim de diminuir os riscos voltados à assistência de saúde de acordo com o art. 3° da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36, de julho de 2013 (Brasil, 2013). Nesse sentido, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) destaca que cabe ao NSP promover a articulação entre os processos de trabalho e as informações que possam impactar os riscos ao paciente, bem como integrar as diferentes áreas intra hospitalares que atuam na gestão de riscos da instituição de saúde, tendo o paciente como sujeito e objetivo final do cuidado. Independentemente da linha de cuidado a que esteja submetido, a segurança do paciente deve ser garantida (ANVISA, 2025). A segurança do paciente constitui um dos pilares fundamentais da qualidade no serviço de saúde, ganhando destaque no Brasil com a publicação da Portaria GM/MS n° 529, de 1° de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e da RDC n° 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde e estabeleceu a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços abrangidos pela normativa. (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

A padronização dos processos dentro das instituições de saúde é essencial para garantir uma assistência mais organizada e segura, evitando falhas. A utilização de protocolos padronizados permite que os profissionais atuem seguindo os mesmos processos e padrões de atendimento, reduzindo riscos ao paciente. Nesse contexto, o Ministério da Saúde estabelece seis protocolos básicos de segurança do paciente: Cirurgia segura; Identificação do paciente; Prevenção de úlcera por pressão; Higienização das mãos; Prevenção de quedas; Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (Brasil, 2013b).

Segundo Mascarello et al. (2021), incidente é definido como um acontecimento que não possui relação com a doença do paciente. Quando esse incidente causa danos ao paciente, é classificado como evento adverso; quando atinge o paciente sem causar dano, é classificado como incidente sem danos. A notificação de incidentes e eventos adversos deve ser realizada pelo NSP, a fim de identificar falhas e prevenir novos danos.

Durante minha experiência acadêmica no estágio obrigatório do 8º período, surgiu a necessidade de uma intervenção de gestão para a criação de um núcleo de segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento. A unidade foi inaugurada oficialmente em 4 de junho de 2024 e conta com gestão terceirizada. Por se tratar de uma unidade inaugurada recentemente, ainda não possuía um NSP estruturado, nem metas e protocolos institucionais relacionados à segurança do paciente. Essa lacuna constituía um desafio significativo para a qualidade da assistência, uma vez que a ausência de padronização nos processos de trabalho pode favorecer a ocorrência de eventos adversos, dificultar a comunicação entre profissionais e aumentar os riscos à segurança dos pacientes.

A motivação para o presente trabalho partiu da necessidade de preencher as lacunas estruturais e processuais identificadas, e de promover a cultura de segurança do paciente, fortalecendo a qualidade e a segurança da assistência prestada na unidade. Desta forma, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa que norteou este manuscrito: Como ocorreu a experiência acadêmica no processo de criação de um projeto para a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento do litoral norte de Santa Catarina?

2. OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência acadêmica no desenvolvimento e implementação de ações para estruturação de um Núcleo de Segurança do Paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento.

3. MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como um manuscrito de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, com caráter descritivo, sobre o desenvolvimento de um projeto de implementação de um Núcleo de Segurança do Paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento no litoral norte catarinense. O relato de experiência é uma narrativa que relata vivências, um tipo de produção cuja característica principal é descrever a intervenção com embasamento científico e reflexão crítica (Mussi et al., 2021).

Esse relato foi desenvolvido em uma unidade de pronto atendimento 24 horas

voltada para casos de urgência e emergência de baixa e média complexidade, localizada no litoral norte de Santa Catarina. A intervenção foi desenvolvida durante o estágio obrigatório do 8º período, no semestre de março a junho de 2026, com participação dos profissionais da equipe de enfermagem, incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem, e demais trabalhadores envolvidos na gestão e na assistência ao paciente, como farmacêuticos, equipe de higienização, recepção e técnico de segurança do trabalho.

O projeto desenvolvido seguiu oito etapas desde a definição inicial da temática até a implementação após aprovação pela gestão do serviço junto aos colaboradores da unidade (Quadro 1).

Quadro 1 — Etapas de desenvolvimento da intervenção do projeto de implementação do Núcleo de Segurança do Paciente

Etapa	Período	Descrição
Diagnóstico situacional	Março	A Matriz SWOT foi utilizada para identificação de fatores internos e externos relacionados à implantação do NSP; o Diagrama de Ishikawa foi empregado para organização das possíveis causas relacionadas à ausência do núcleo; o ciclo PDCA orientou o planejamento e acompanhamento das ações; e o 5W2H foi utilizado para detalhamento das ações propostas.
Estudo das normas	Março	Levantamento das normas vigentes sobre segurança do paciente, com destaque para a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, e Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que fundamentaram as etapas da implementação.
Definição dos membros do núcleo	Março	O Núcleo foi composto por profissionais do próprio serviço de saúde, de caráter multiprofissional, com constituição formalizada por ato da direção da instituição (BRASIL, 2013b). Definiu-se a seguinte composição: coordenador, médico, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 2 farmacêuticos, 1 representante administrativo, 1 representante da higienização e 1 técnico de segurança do trabalho.
Elaboração do regimento interno	Abril	Construído a partir de busca bibliográfica, com validação da preceptora de estágio e aprovação da coordenação da UPA, abordando composição, atribuições, reuniões e registros.

Construção do plano de segurança do paciente	Abril	Constitui o instrumento de planejamento e gestão do NSP, contendo estratégias de gestão de riscos voltadas à segurança do paciente, com cronograma das ações prioritárias, dentre elas: capacitação da equipe, implantação do QR Code e organização dos medicamentos de alta vigilância.
Elaboração dos protocolos	Abril	Foram desenvolvidos sete protocolos de segurança do paciente, adaptados à realidade da UPA, com base nas Portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013, são eles: Identificação correta do paciente; Higiene das mãos; Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; Prevenção de quedas; Prevenção de lesão por pressão; Comunicação efetiva e registro seguro; Identificação e manejo de alergias.
Implementação do QR Code	Maio	Foi criado um QR Code para ser fixado na parede da unidade para facilitar a notificação de eventos adversos, podendo o mesmo ser de forma anônima.
Capacitação dos profissionais	Maio - Junho	Durante três semanas foi aplicado treinamentos aos profissionais, cada treinamento sobre um protocolo desenvolvido. Com boa adesão e engajamento dos profissionais.

Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

A etapa inicial, denominada “diagnóstico situacional”, ocorreu em março, logo após o início do estágio obrigatório do 8° semestre. O diagnóstico situacional da unidade se deu a partir de conversas com a equipe assistencial e da observação da rotina de trabalho, evidenciando a ausência de protocolos formalizados e de uma rotina voltada à segurança do paciente. A aplicação da matriz SWOT revelou uma equipe comprometida e com apoio da coordenação, mas marcada por resistência à mudança cultural e organizacional. Já o Diagrama de Ishikawa permitiu identificar a problemática central: a ausência de um NSP, associada à inexistência de protocolos e fluxos definidos.

Já na segunda etapa, intitulado “estudo das normas”, foi realizado levantamento documental das legislações e normativas vigentes relacionadas à segurança do paciente, com destaque para as portarias que instituíram o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a obrigatoriedade de criação de um NSP. Esse levantamento orientou a definição das metas de segurança do paciente a serem seguidas, a exigência de composição multiprofissional do núcleo e a forma como as notificações de eventos adversos devem ser tratadas.

A etapa de “definição dos membros” consistiu na escolha dos cargos que integrariam o núcleo, ficando a cargo da coordenação indicar os profissionais para cada função. A composição foi definida com base na própria realidade assistencial da unidade, considerando a necessidade de representatividade multiprofissional e a distribuição em dois plantões para melhor mapeamento dos riscos ao paciente. A partir de uma busca bibliográfica, iniciou-se em abril a etapa “elaboração do regimento interno”, definindo a composição dos membros do núcleo, as atribuições do núcleo e do coordenador responsável, a periodicidade das reuniões (mensais) e os registros das atas e ações do núcleo.

O documento foi elaborado de acordo com a realidade e a rotina assistencial da UPA, com posterior aprovação da coordenadora. Com os membros já definidos, iniciou-se a etapa “construção do plano de segurança do paciente”, instrumento de planejamento e gestão do NSP, contemplando ações de gestão de risco voltadas à segurança do paciente. O plano possui cronograma para as ações planejadas, como 45 dias para implementar a notificação via QR Code e 60 dias para realizar a capacitação da equipe.

A 6° etapa foi a “elaboração dos protocolos”, sendo desenvolvidos sete protocolos de segurança do paciente, considerando os riscos identificados durante o diagnóstico situacional e as características do processo de trabalho da unidade, com base nas Portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013, apresentados na tabela acima. Foi realizado visita técnica a uma UPA do município vizinho que possui um núcleo estruturado, com o objetivo de conhecer sua organização, documentos e práticas relacionadas à segurança do paciente. As observações realizadas foram utilizadas como referência complementar para a elaboração dos documentos e protocolos.

Na 7° etapa, foi implementada uma ferramenta eletrônica para facilitar a notificação de incidentes e eventos adversos. Para isso, foi disponibilizado um QR Code, fixado na parede da ilha de enfermagem, em local de fácil acesso aos profissionais. Ao realizar a leitura do código, o profissional é direcionado a um formulário eletrônico elaborado no Google Forms, no qual são solicitadas informações relacionadas à ocorrência, incluindo descrição do ocorrido, presença ou ausência de dano ao paciente, data e setor em que o incidente ocorreu. O

preenchimento pode ser realizado de forma anônima, não sendo obrigatória a identificação do profissional notificante. Após o envio, as informações são encaminhadas para o e-mail da coordenadora da unidade.

Na última etapa, a capacitação dos profissionais ocorreu ao longo de três semanas, com participação espontânea e envolvimento da equipe nas atividades propostas. Para cada protocolo, foi utilizado um método específico: ensinou-se a técnica correta de higiene das mãos associada a uma dinâmica com luz UV, permitindo visualizar a sujidade nas mãos; foram relembrados os 13 certos da administração de medicamentos, com entrega de uma caneta permanente para facilitar o registro dos medicamentos administrados; e foi ensinado o uso correto das escalas de Morse e de Braden, da ferramenta SBAR e como identificar corretamente alergias.

Por se tratar de um relato de experiência acadêmica, não houve necessidade de aprovação do comitê de ética, uma vez que os participantes foram preservados quanto ao sigilo, sem pesquisa direta com participantes ou uso de dados identificáveis.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões estão organizados em quatro eixos: cenário inicial e estrutura de gestão, mudanças percebidas após os protocolos e as capacitações, notificação de eventos adversos e a resposta da equipe às capacitações, seguidos de limitações e implicações para a prática. Cada um é discutido em acordo com as normativas e a literatura.

4.1. Eixo 1: Cenário inicial da Segurança do Paciente e Estrutura de gestão da Unidade de Pronto Atendimento

O diagnóstico situacional evidenciou uma unidade sem NSP, sem metas e sem protocolos de segurança do paciente, cujo problema central era a ausência de fluxos definidos. A Matriz SWOT mostrou uma equipe comprometida e apoiada pela coordenação, mas resistente à mudança, o que é compreensível em um serviço inaugurado há pouco tempo, no qual a prioridade inicial é abrir a assistência. Situação semelhante é descrita em um estudo realizado em uma UPA da Região Sul

do Brasil, no qual os profissionais não conseguiam definir com clareza o que é segurança do paciente e as práticas de identificação, higiene das mãos e preparo de medicamentos eram inadequadas (Franzmann et al., 2023). A mesma lacuna aparece na atenção primária de três capitais da Região Sul, onde o grau de implantação da segurança do paciente foi classificado como parcial, com índices entre 46,6% e 62,5%, sem nenhum componente avaliado com implantação satisfatória (Macedo; Calvo, 2025).

Quanto ao impacto da implantação do NSP, a estruturação do núcleo em uma UPA 24h favoreceu o engajamento da equipe, a padronização de condutas e comunicação entre os profissionais (Doria, 2025). Resultado parecido foi observado em outra Unidade de Pronto Atendimento, onde uma intervenção educativa alcançou 63,9% da equipe elegível e ampliou a sensibilização sobre identificação, medicação, higiene das mãos e prevenção de quedas, mesmo com sobrecarga de trabalho (Camponêz et al., 2026). Ao final do estágio a unidade passou a contar com o projeto do núcleo, regimento interno e plano de segurança com ações priorizadas, aprovados pela coordenação, o que encaminha o atendimento ao que a RDC n° 36/2013 exige (Brasil, 2013b). A formalização do núcleo junto aos sistemas da Anvisa é atribuição da coordenação e não foi concluída durante o estágio.

4.2. Eixo 2: Mudanças percebidas após a elaboração dos protocolos e capacitações

Os sete protocolos foram elaborados a partir dos riscos identificados no diagnóstico e das características do processo de trabalho, com base nas Portarias GM/MS n° 1377/2013 e n° 2095/2013 (Brasil, 2013a; Brasil,2013b). Os protocolos de comunicação efetiva e de identificação de alergias vão além dos seis básicos do Ministério da Saúde e foram incluídos por necessidades da unidade.

Antes dos protocolos e das dinâmicas relacionados à identificação correta do paciente, prevenção de lesão por pressão, prevenção de quedas, segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamento, comunicação e registro seguro e higienização das mãos, observou-se que a recepção não conferia a pulseira de identificação, a passagem de plantão perdia informações, os registros em prontuário eram escassos avaliações e a escala de Morse e Braden não era

aplicadas e higiene das mãos não era frequente. Falhas semelhantes são descritas em um estudo desenvolvido em uma UPA do estado de Goiás, onde a identificação do paciente falhou em 95,5% das aplicações observadas e a verificação de alergia em 86,5% (Lima; Valente; Souza, 2022). Após os treinamentos, a recepção passou a conferir a identificação, e o prontuário passou a ser mais bem registrado e evoluído. Na UPA onde este relato teve sua ação desenvolvida, nos procedimentos de medicação, os medicamentos e soros não eram identificados e a higiene das mãos era precária. Fator semelhante encontrado na UPA de Goiás supracitada, onde os resultados mostraram que a checagem foi incorreta em 29,0% das doses e a higienização das mãos foi omitida em 99,9% dos preparos (Lima; Valente; Souza, 2022).

Na unidade local, os medicamentos após as capacitações para a futura implementação do NSP passaram a ser conferidos e anotados. O mesmo movimento acompanha o observado em um estudo realizado em uma UTI, em que a padronização com capacitação elevou a conformidade no preparo de medicação de 46% para 80% (Barcellos *et al.,* 2024).

Quanto ao risco de queda e de lesão por pressão, nenhuma escala era aplicada e, muitas vezes, nem a grade do leito era levantada. Sem avaliação de risco, o paciente vulnerável não era adequadamente identificado e as medidas preventivas não eram acionadas. Após os treinamentos, e então tomado conhecido da ferramenta de gestão da Escala de Morse, observou-se que a equipe na unidade passou a dar mais atenção ao risco de quedas, ainda sem métrica por indicador. Resultado semelhante foi relatado em uma maternidade, em que treinamento e monitoramento elevaram a adesão à escala de Morse de 2% para 61,12% (Ebserh, 2024).

Outro cuidado de segurança que não havia na unidade de modo controlado era o risco de lesão por pressão, após o treinamento, este cuidado foi evidenciado por meio de observação direta, mesmo que ainda sem protocolo definido como um cuidado com maior aderência e preocupação pela equipe. Este dado semelhante foi encontrado em um estudo de UTI onde a capacitação aumentou a conformidade na avaliação de risco pela escala de Braden (Sichieri *et al*., 2024).

Embora esses estudos tenham sido realizados em contextos distintos da UPA,

mostram que a capacitação associada a monitoramento melhora a adesão a protocolos e consequentemente a qualidade do cuidado prestado ao paciente. O conjunto dialoga com os protocolos básicos do Ministério da Saúde (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b), exceto cirurgia segura, que não se aplica ao perfil da unidade.

4.3. Eixo 3: Notificação de Eventos Adversos relacionados à Segurança do Paciente

Até o fim do estágio, não havia notificações registradas na unidade. O canal de notificação por QR Code, anônimo e de acesso imediato, tende a reduzir as barreiras ao registro, já que o medo de punição e de exposição é apontado como causa de subnotificação. A notificação é o que permite ao NSP identificar falhas e prevenir novos danos (Mascarello *et al*., 2021).

Esse cenário é compatível com o observado em um Pronto Atendimento de um hospital de ensino, no qual 70% dos profissionais de enfermagem não preencheram nenhum relatório de evento adverso nos 12 meses anteriores, principalmente por desconhecerem a importância da notificação ou como realizá-la (24,7%) e por sobrecarga de trabalho (24,7%), sendo o medo de repreensão apontada por 12,3% (Lopes *et al*., 2023).

Na UPA deste relato as informações chegam ao e-mail da coordenadora, a quem cabe o encaminhamento aos sistemas da Anvisa, etapa que permanece pendente.

4.4. Eixo 4: Feedback da equipe à capacitação de Segurança do Paciente

Os treinamentos tiveram participação espontânea e boa adesão. Entre as dinâmicas realizadas, a dinâmica com luz UV foi a que mais impactou os profissionais, ao tornar visível a falha na técnica de higiene de mãos, o que converge com a literatura, em que uma intervenção educativa gamificada reduziu de 55,6% para 2,3% os profissionais que não seguiam todas as etapas da técnica (Costa *et al*., 2026).

A resistência pontual de um ou dois colaboradores mostra que a cultura de segurança se constrói de forma gradual. Em um hospital universitário de Goiás,

mesmo com as ações de educação permanente oferecidas durante o turno de trabalho e em horários flexibilizados, nenhum dos 218 profissionais de enfermagem participou de todas as ações do ano (Cabral *et al*., 2022). Uma revisão integrativa sobre educação permanente em hospitais também apontou, entre as principais dificuldades, a sobrecarga de trabalho, o cansaço após o plantão, a conciliação dos horários com os turnos, a liberação dos profissionais pelas unidades e o desinteresse de parte da equipe (Rodrigues *et al*., 2025). Assim, mudanças de comportamento exigem repetição e acompanhamento, e não apenas um treinamento.

4.5. Limitação e implicações para a prática de segurança do paciente

As mudanças foram percebidas pela observação da rotina, sem indicadores como taxa de notificação, adesão à higiene das mãos ou auditoria de prontuários. O período do estágio também não permite avaliar a sustentabilidade do núcleo. Ainda assim, a experiência mostra que uma intervenção de gestão conduzida por uma acadêmica, com apoio da coordenação e da preceptora, pode estruturar as bases de um NSP. Além disso, a oficialização do NSP nos sites da Anvisa, atribuição da coordenação, não foi concluída no período, o que limita a notificação formal de eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência acadêmica no desenvolvimento e implementação de ações para estruturação de um Núcleo de Segurança do Paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento. A padronização de protocolos, a orientação dos profissionais e o incentivo à notificação de incidentes favorecem a identificação de fragilidades e a adoção de medidas corretivas, o que é especialmente relevante em um ambiente de urgência.

A nomeação de uma equipe multiprofissional, com representação dos diferentes plantões, tende a fortalecer a responsabilidade compartilhada pela qualidade do cuidado. Observou-se participação nas atividades propostas, embora a resistência pontual de alguns profissionais indique a necessidade de sensibilização contínua.

Como limitação, o relato abrange a fase inicial de implantação, sem tempo suficiente para mensurar a redução de incidentes. Recomenda-se acompanhar os indicadores de notificação e a adesão dos profissionais ao longo do tempo. Conclui-se que o NSP, alinhado à RDC nº 36/2013, é um processo contínuo, que exige apoio da gestão, participação dos profissionais e monitoramento para consolidar a cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Caderno 6**. 3. ed. Brasília, DF: Anvisa, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/copy_of_infecc_qualidade_cad_6_completo_web_20250915_final_v2.pdf/@@display-file/file. Acesso em: 23 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njc3OA%2C%2C. Acesso em: 23 ago. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/UrlPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&num_ato=00000036&sgl_tipo=RDC&sgl_orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&vlr_ano=2013&seq_ato=000&cod_modulo=134&cod_menu=1696. Acesso em: 23 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt

br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/protocolos-de-seguranca-do-paciente. Acesso em: 23 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no2-095-de-24-de-setembro-de-2013/. Acesso em: 27 ago. 2026.

CABRAL, Karynne Borges; BORGES, Karielly de Castro; SOUZA, Thiago dos Santos; ARAÚJO, Reila Campos Guimarães de; PAULINO, Valquíria Coelho Pina. Participação da equipe de enfermagem em atividades de educação permanente em saúde em hospital universitário. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 7, p. 9-19, 2022. DOI: https://doi.org/10.47879/ed.ep.2022465p9

CAMPONÊZ, P. S. P. et al. Promoção da cultura de segurança do paciente em Unidade de Pronto Atendimento: relato de experiência de uma intervenção educativa conduzida por acadêmicos de enfermagem. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 12, n. 8, p. 1-17, 2026. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v12i8.29318.

COSTA, Maiara Luci Silva et al. Efetividade de intervenção educativa gamificada na higienização das mãos entre profissionais de enfermagem: estudo quase experimental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 34, e4892, 2026. DOI: 10.1590/1518-8345.8067.4892.

DE ALMEIDA BARCELLOS, Ruy; KLAGENBERG SILVA, Cindy; WEGNER, Wiliam; DE OLIVEIRA AZZOLIN, Karina; BREHM SANTANA, Luísa; ZOLNER DOS SANTOS, Mirella. Implementação do preparo de medicação à beira-leito em terapia intensiva: auditorias clínicas pós-ciclo de melhoria. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre**, v. 45, 2024. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/141840. Acesso em: 15 out. 2026.

DORIA, Kelly Cristina Freire. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em UPA 24h utilizando o planejamento Hoshin Kanri**. 2025. 111 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2025. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/40747. Acesso em: 15 out. 2026.

FRANZMANN, S. P. et al. Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento municipal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 5, e12435, 2023. DOI: https://doi.org/10.25248/REAS.e12435.2023.

LIMA, Edmila Lucas de; VALENTE, Francilisi Brito Guimarães; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e. Ocorrência de erros no preparo e na administração de medicamentos em unidade de pronto atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia**, v. 24, e68956, 2022. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v24.68956

LOPES, B. de A. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, e86111, 2023. DOI:10.1590/ce.v28i0.86111.

MACEDO, T. R.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação da segurança do paciente na atenção primária à saúde de três capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública, 2025**. DOI: 10.1590/0102-311XPT014824.

MASCARELLO, A.; MASSAROLI, A.; PITILIN, E. B.; ARAÚJO, J. S.; RODRIGUES, M. E.; SOUZA, J. B. Incidentes e eventos adversos notificados em âmbito hospitalar. **Revista Rene**, v. 22, e60001, 2021. Disponível em: https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=8082179. Acesso em: 26 ago. 2026.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Vitória da Conquista, BA: **Revista Práxis Educacional**, 2021. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/6954/695474075004/695474075004.pdf. Acesso em:

26 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact sheets/detail/patient-safety. Acesso em: 15 set. 2026.

RODRIGUES, J. S.; CONTERNO, S. F. R.; REIS, A. C. E.; RODRIGUES, R. M. Política Nacional de Educação Permanente: educação permanente em hospitais. **Revista Foco**, v. 18, n. 1, e7385, p. 1-26, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n1-006.

SICHIERI, Karina et al. Prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: implementação de melhores práticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre**, v. 45, n. spe1, e20240166, 2024. DOI: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/jhfPZ5w9cg4ZvHm6vHLXbwM/?format=pdf&lang=pt