

Segurança do paciente: Avaliação do protocolo em um serviço hospitalar de emergência do distrito federal

The vision of the population in street situation about the access to health care

La visión de la población en situación callejera sobre el acceso a la atención médica

RESUMO

Objetivo: Verificar a implementação do protocolo de identificação do paciente em um serviço adulto de urgência e emergência de um estabelecimento público de saúde do Distrito Federal. Método: Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, de abordagem quantitativa e procedimento documental, desenvolvido no Pronto Socorro Adulto de um hospital público do DF referente ao ano de 2019. Resultados: 417 patients were audited, 61 in the PSA BOX and 356 in the PSA ward. In the BOX, the use of an identification wristband ranged from 11% to 100%, and the use of a bed identification plate had 100% adherence. On the other hand, in the ward, the use of wristbands varied from 63% to 100% and the use of a plate between 81% to 100%. Conclusão: Conclui-se que a adesão à identificação do paciente no hospital ainda é deficitária. A correta identificação do paciente e dos dispositivos está diretamente relacionada com o comprometimento das equipes envolvidas nas ações, mas também com a qualificação dos profissionais por meio da educação permanente e com o estabelecimento de rotinas institucionais.

DESCRIPTORIOS: Segurança do paciente; Sistemas de identificação pacientes; Serviços médicos emergência; Qualidade da assistência Saúde.

ABSTRACT

Objective: To verify the implementation of the patient identification protocol in an urgent and emergency adult service of a public health establishment in the Federal District. Method: This is a descriptive, retrospective research, with a quantitative approach and documental procedure, developed in the Adult Emergency Room of a public hospital in the DF for the year 2019. Results: 417 patients were audited, 61 in the PSA BOX and 356 in the PSA ward. In the ward, accesses were identified in 50% of cases in February and 90% of cases in August, serum/medication labels 56% in March to 85% in July. Conclusion: It is concluded that adherence to patient identification in the hospital is still deficient. The correct identification of the patient and the devices is directly related to the commitment of the teams involved in the actions, but also to the qualification of professionals through permanent education and the establishment of institutional routines.

DESCRIPTORS: Patient safety; Patient identification systems; emergency medical services; Quality of Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la implementación del protocolo de identificación de pacientes en un servicio de urgencias y emergencias de adultos del establecimiento de salud público del Distrito Federal. Método: Se trata de una investigación descriptiva, retrospectiva, con enfoque cuantitativo y procedimiento documental, desarrollada en la Sala de Emergencias de Adultos de un hospital público del DF para el año 2019. Resultados: Se auditaron 417 pacientes, 61 en el BOX de PSA y 356 en sala de PSA. En el BOX, el uso de pulsera de identificación varió de 11% a 100%, y el uso de placa de identificación de cama tuvo 100% de adherencia. Por otro lado, en la sala, el uso de muñequeras varió del 63% al 100% y el uso de placa entre el 81% al 100%. Conclusión: Se concluye que la adherencia a la identificación del paciente en el hospital es deficiente. La correcta identificación del paciente y de los dispositivos está directamente relacionada con el compromiso de los equipos involucrados en las acciones, pero también con la calificación de los profesionales a través de la educación permanente y el establecimiento de rutinas institucionales.

DESCRIPTORES: Seguridad Del paciente; Sistemas de identificación de pacientes; servicios médicos de emergencia; Calidad de la Atención Sanitaria.

RECEBIDO EM: 07/10/2022 APROVADO EM: 07/11/2022

Iasmin Samya Aires de Sousa

Enfermeira vinculada ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
ORCID: 0000-0002-3193-7846

Ronaldo Carneiro Ferreira Junior

Enfermeiro. Residência concluída pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e atual residente pelo Programa Multiprofissional em Nefrologia também da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).
ORCID: 0000-0003-1402-2799

Rauan Sousa da Hora

Enfermeiro. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).
ORCID: 0000-0002-8392-756X

Kamila Sales Vidão Alves

Enfermeira. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).
ORCID: 0000-0001-9160-7956

Taynara Bispo Conceição

Enfermeira. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).
ORCID: 0000-0002-6453-762X

Samara Silva de Queiroz

Enfermeira. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).
ORCID: 0000-0001-6874-6202

Dayanne Gomes Santos do Carmo

Enfermeira vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e foi preceptora pelo mesmo. IGESDF
ORCID: 0000-0003-3586-8726

Moisés Wesley

Enfermeiro vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília (UnB). Preceptor pelo Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Docente do curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
ORCID: 0000-0002-8666-5702

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, os estabelecimentos que prestam serviço na área da saúde passaram por mudanças que resultaram na inovação da gestão e reorganização dos serviços, priorizando a avaliação da qualidade da assistência, a fim de melhorar a produtividade e a Segurança do Paciente (SP). A excelência na prestação da assistência existente nos serviços de saúde, que era tida como desejável, passou a ser um atributo de qualidade dos serviços de saúde, além de ser um elemento diferenciador⁽¹⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS), indica que a SP significa reduzir um mínimo aceitável risco de dano associado ao cuidado em saúde⁽²⁾.

Em 2013 o Ministério Da Saúde (MS), instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, buscando

qualificar o cuidado ofertado em todas as instituições que prestam assistência em saúde no país. Ademais, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 2013 estabeleceu as ações para a SP nos estabelecimentos de saúde^{(3) (4) (5)}.

Tendo em vista o cenário mundial de melhoria na qualidade e segurança do cuidado em saúde, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), aprovou o protocolo de identificação do usuário, que deve ser cumprido diante da realização de consultas, prescrição e administração de medicamentos, realização de cirurgia, transfusões de sangue e hemoderivados, preconizando a dupla identificação através de pulseira e placa de identificação no leito⁽⁶⁾.

Diante desse contexto, o Serviço Hospitalar De Emergência (SHE) merece destaque em virtude do protagonismo que assume como forma de acesso aos serviços de saúde. Segundo a porta-

ria nº 354 de 2014, o SHE destina-se ao atendimento dos agravos de saúde que necessitam de tratamento ou assistência imediata⁽⁷⁾.

OSHE, no Brasil e no mundo, vivencia o fenômeno da superlotação de forma contínua e rotineira. Segundo Sousa e Mendes⁽⁸⁾, a superlotação está associada à ocorrência de eventos adversos, tais como: o atraso ou inadequação na administração de antibióticos e analgésicos, a insatisfação do paciente, entre outros. Por sua vez, Oliveira et al⁽⁹⁾ caracterizam a superlotação como a ocupação integral dos leitos, internação dos pacientes em corredores, tempo prolongado de espera, exaustão física e mental dos profissionais, resultando em baixa qualidade assistencial do sistema de saúde.

Os atendimentos em ambientes de emergência são mais propensos a ocorrer, uma vez que diante da superlotação,

os profissionais podem não ter tempo para realizar a assistência e a vigilância adequada, o que favorece a falta de continuidade dos cuidados⁽¹⁰⁾.

Considerando a importância do processo correto de identificação dos pacientes, sua relação com a ocorrência de erros provenientes da ausência dessa prática e que uma assistência segura deve ser meta dos profissionais, assim emerge o seguinte questionamento: de que maneira ocorre a implementação do protocolo de identificação do paciente no serviço de urgência e emergência?

O presente estudo teve como objetivo verificar a implementação do protocolo de identificação do paciente em um serviço de urgência e emergência de um estabelecimento público de saúde do Distrito Federal, uma vez que a identificação adequada é um aspecto importante para a cultura de segurança do paciente.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, de abordagem quantitativa procedimental, que foi desenvolvido em um serviço hospitalar de emergência do distrito federal, utilizando dados referentes ao ano 2019, nesse período foram auditados 417 pacientes, 61 no BOX e 356 na enfermaria. Critério de inclusão: pacientes com dados levantados pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) de pacientes internados no Pronto Socorro Adulto (PSA); critérios de exclusão: pacientes com dados incompletos e pacientes internados em outros setores do hospital. A pesquisa seguiu a resolução 510/16 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), CAAE 29786120.7.0000.0023 parecer nº 4.133.743. A abordagem quantitativa baseia-se na coleta e análise de variáveis, possibilitando retrato real dos sujeitos, relações e estrutura dinâmica⁽¹¹⁾. Por sua vez, o procedimento documental é

aquele em que os dados ainda não receberam análise, ou seja, não foram sistematizados⁽¹²⁾.

A Pesquisa foi desenvolvida no Pronto Socorro Adulto (PSA) de um Hospital Público Regional, localizado no Distrito Federal, que oferta atendimento de urgência e emergência, contendo 51 leitos de internação e atendendo as especialidades de Clínica Médica Cardiologia, acerca da implantação de protocolo de identificação de pacientes internados.

A referida unidade conta também com um box de emergência (BOX do PSA), para atender emergências clínicas e cardiológicas, esse possui leitos para observação e continuidade do cuidado com os pacientes.

Instrumentos utilizados

Verificou-se quantitativos pacientes em conformidade e não conformidade com o protocolo de identificação do paciente, considerando a existência de pulseira branca de identificação e placa de identificação; a presença de dois descritores na pulseira, tais como o nome completo e a data de nascimento; e a localização correta da pulseira. Em adultos, recomenda-se posicioná-la no membro superior direito. Vale ressaltar que pulseiras com dados ilegíveis, incorretos e letras apagadas foram consideradas pelo núcleo como paciente não identificado. Esses dados estavam presentes no registro de controle do NQSP.

Destaca-se também que o NQSP inclui os processos de identificação dos acessos venosos (data, número e tipo do dispositivo), os rótulos de soro/medicação (nome do paciente) e sonda vesical de demora ou sonda nasoenteral como integrantes do processo de identificação do paciente.

Os dados foram organizados em planilha planejada para essa finalidade, usando programa Microsoft Office Excel 2013[®], os resultados estão apresentados em estatística descritiva em percentual, indicando frequências relativa e abso-

luta sob a perspectiva da segurança do paciente, sendo os resultados representados por meio de tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Nesse período houve 12 visitas, sendo 3 na enfermaria no mês de julho e uma no BOX do PSA no mês de julho. Não houve visitas nos meses de janeiro, setembro e novembro, em virtude do reduzido quantitativo de recursos humanos do NQSP. Nesse período foram auditados 417 pacientes, 61 no BOX do PSA e 356 na enfermaria do PSA.

No BOX do PSA (gráfico 1), o percentual de identificação de pacientes com pulseira placa mostrou uma flutuação na adesão ao longo do ano (11% em julho e 100% em fevereiro e outubro), destaca-se a adesão de 100% da placa de identificação no decorrer do ano. Assim, em fevereiro e outubro houve adesão total dos elementos identificadores do paciente. Na Enfermaria do PSA (gráfico 2), verificou-se adesão de 100% da placa em fevereiro, março, abril, junho, em duas visitas de julho e em agosto, em contrapartida com uma taxa de 81% em uma visita de julho, já o uso da pulseira teve uma adesão de 55% em uma visita em julho e 100% em agosto. Assim no mês de agosto houve adesão dos elementos identificadores, as três visitas realizadas em datas distintas em julho mostram também a flutuação da adesão ao longo do mês.

Em Relação à identificação Acessos Venosos Periféricos (AVP) Acessos Venosos Centrais (AVC), rótulos de soro ou medicações e identificação de Sonda Nasoentérica (SNE) e/ou Sonda Vesical de Demora (SVD) no BOX do PSA, os acessos (gráfico 3) tiveram uma adesão variou 29% de abril a 80% em fevereiro. Em Relação Identificação Soros/medicação, houve uma taxa de 67% em março, junho agosto 100% em fevereiro e maio, por sua vez, quando presentes as SVD (tabela 1) tiveram uma variação de 33,3% em março e julho a 100% em junho, em relação às SNE (tabela 1)

foram identificadas no mês de abril a 100% nos demais meses.

Na enfermaria, os acessos (gráfico 4) foram identificados em 50% dos casos em fevereiro e 90% dos casos em agosto, os rótulos de soro/medicações 56% em março a 85% em julho, as CVD (tabela 2) de 28,6% em abril a 100% em julho, outubro novembro, e as SNE, quando presentes, foram 100% identificadas.

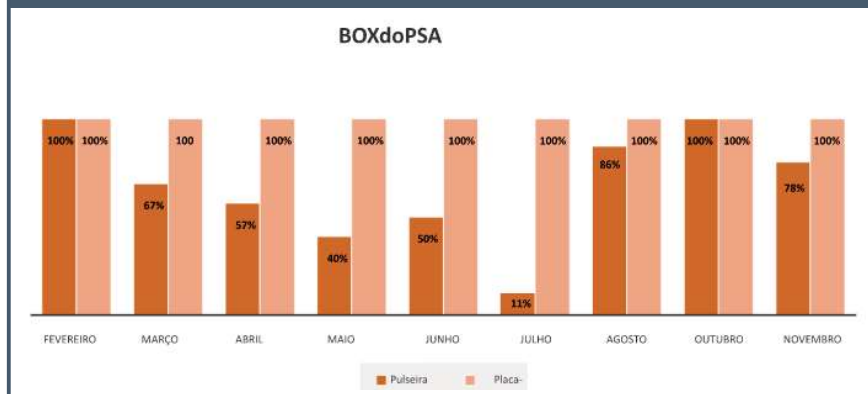
DISCUSSÃO

Diante dos percentuais apresentados nos resultados, é possível perceber a prevalência de identificação dos pacientes apenas com placa, e redução do número de pacientes identificados na enfermaria, fato que pode estar relacionado a um número elevado de pacientes internados. Para Silva et al.⁽¹³⁾, a sobrecarga e a superlotação são danosas para assistência prestada ao paciente, uma vez que expõe os pacientes riscos relacionados à assistência.

Acerca da identificação do paciente, um estudo realizado no Rio de Janeiro, no qual, foram observadas 30 identificações de pacientes em um período de 60 dias alternados, apontou que 23 apresentavam identificação por pulseiras, 20 por placas, 16 possuíam dupla identificação, 7 somente pulseiras, 4 somente por placas e 3 não apresentavam nenhum tipo de identificação expondo os mesmos riscos relacionados assistência⁽¹⁴⁾.

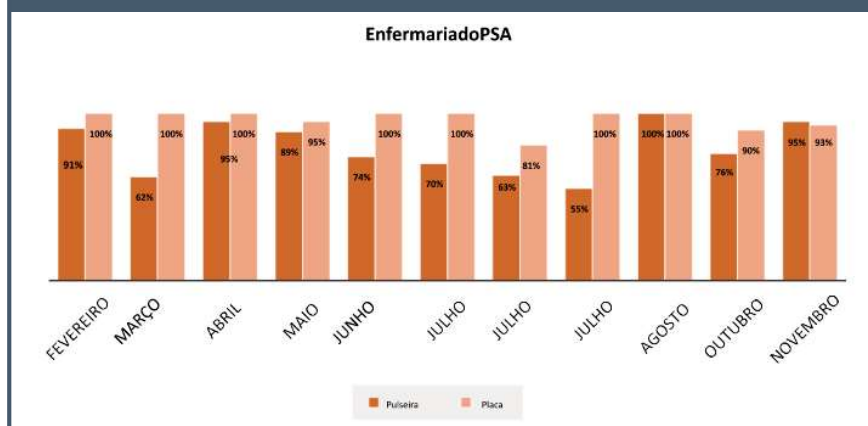
Tendo em vista que a equipe de enfermagem é responsável pela manutenção e implementação de medidas de prevenção e controle de infecções do AVP, como a troca do curativo, é fundamental a correta manipulação para prevenir e diminuir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência à saúde⁽¹⁵⁾. Dentre os cuidados de enfermagem preconizados, destaca-se a troca do cateter em pacientes adultos e crianças. Segundo determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os cateteres periféricos não devem ser trocados rotineiramente

Gráfico 1- Percentual de identificação do paciente no BOX do PSA. Brasília, Distrito Federal, fev.-nov., 2019.



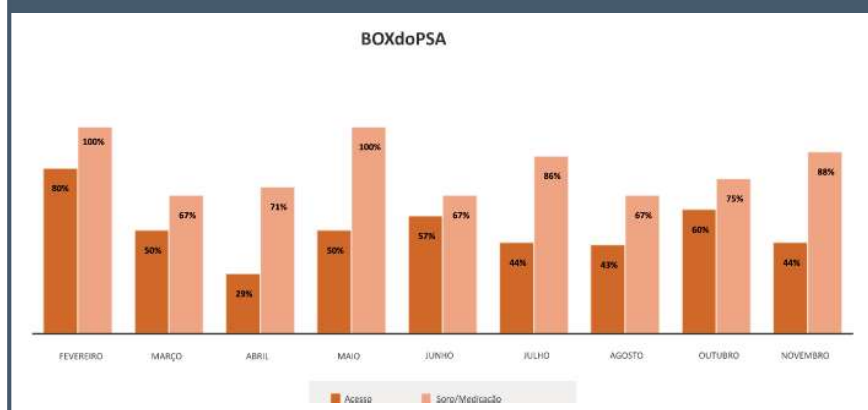
Fonte: banco de dados QSP, 2019.

Gráfico 2- Percentual de identificação do paciente na Enfermaria do PSA. Brasília, Distrito Federal, fev.-nov., 2019.



Fonte: banco de dados QSP, 2019.

Gráfico 3- Percentual de Identificação E Rótulos de soro/medicação dispositivo BOX PSA. Brasília, Distrito Federal, fev.-nov., 2019.



Fonte: banco de dados QSP, 2019.

em um período inferior a 96 horas⁽¹⁶⁾. Assim, a identificação correta e precisa do AVP possibilita com precisão o tempo de permanência do cateter, que está diretamente associado ocorrência de flebite, infiltração, extravasamento, desconexão e deslocamento do dispositivo, colocando em risco a segurança do paciente e a qualidade da assistência⁽¹⁷⁾.

Sobre a prática de identificação dos acessos, no BOX do PSA houve uma variação na adesão de 29% a 80%, em contrapartida, na enfermaria houve uma variação de 50% a 90%. Semelhante aos achados de um estudo realizado em duas unidades hospitalares na cidade de Belo Horizonte- MG, que analisou pacientes que portavam cateter curto de punção periférica. Participaram 104 Pacientes, sendo avaliados 354 dispositivos e 604 registros, os quais apontaram que o componente “data da punção do AVP” apresentou 496 (82,1%) conformes e 108 (17,9%) não conformes⁽¹⁸⁾.

Em relação aos AVC/CVC e o tempo de permanência, a ANVISA recomenda que não deve ser realizado trocas pré-programadas, ou seja, os cateteres não devem ser substituídos exclusivamente em virtude do tempo de permanência⁽¹⁶⁾. Um estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e pediátrica de um Hospital Público de alta complexidade de Minas Gerais, com pacientes portadores de CVC no qual foram avaliadas 15 trocas de curativos realizadas por 6 enfermeiros, concluiu que de todos os curativos, nenhum possuía a data de punção do CVC descrita e 5 (33,3%) não possuíam a data de realização do curativo anterior⁽¹⁵⁾.

No tocante à identificação dos rótulos de soro, devem ser realizadas corretamente e de forma completa com a finalidade de se prevenir as iatrogenias, como: omissão de doses; administração em concentração incorreta; aplicação em horários e vias impróprias; administração de medicamentos em pacientes trocados; ou ainda, administração errônea de fármacos⁽¹⁷⁾. Os frascos desordem possuem rótulo de identificação com

Gráfico 4- Percentual Identificação E rótulo De Soro/medicação-dispositivo enfermaria PSA. Brasília, Distrito Federal, fev.-nov., 2019.



Fonte: banco de dados QSP, 2019.

Tabela 1- Percentual de identificação da sonda vesical de demora (SVD) e sonda nasoentérica (SNE) no BOX do PSA, Distrito Federal, fev. -- nov., 2019.

Meses	Total	N(%)	
		Identificadas	Não Identificadas
Sonda Vesical de Demora(SVD)			
Fevereiro	4	2 (50,0%)	2 (50,0%)
Março	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Abril	3	0(0,0%)	3(100,0%)
Mai	2	0(0,0%)	2(100,0%)
Junho	2	2(100%)	0(0,0%)
Julho	6	2 (33,3%)	4 (66,7%)
Agosto	5	3 (60,0%)	2 (40,0%)
Outubro	4	3 (75,0%)	1 (25,0%)
Novembro	5	4 (80,0%)	1 (20,0%)
Sonda Nasoentérica(SNE)			
Fevereiro	2	2(100%)	0(0,0%)
Março	4	4(100%)	0(0,0%)
Abril	3	0(0,0%)	3(100,0%)
Mai	-----	-----	-----
Junho	-----	-----	-----
Julho	-----	-----	-----
Agosto	2	2(100%)	0(0,0%)
Outubro	1	1(100%)	0(0,0%)
Novembro	4	4(100%)	0(0,0%)

Fonte: banco de dados QSP, 2019.

nome do paciente, leito e enfermaria, medicação, volume, hora da medicação e assinatura do profissional responsá-

vel. Assim, em relação à identificação dos soros/ medicação, no BOX do PSA houve uma variação entre 67 % e 100%,



contudo, na enfermaria a taxa foi de 56% a 85%. Em relação à identificação dos frascos de soro, uma pesquisa desenvolvida no interior do Paraná, apresentou resultados preocupantes, visto que seu cálculo determinou um indicador de apenas 2,2% de conformidade⁽¹⁹⁾.

A não identificação das medicações preparadas é tida como um fator de risco à assistência, uma vez que a falha ou ausência de identificações favorecem a ocorrência de erros. Uma pesquisa realizada em Sergipe concluiu que 49,5% (104) dos profissionais não rotularam a medicação a ser administrada⁽²⁰⁾.

A documentação da atividade é amparo legal do profissional, refletindo a qualidade do trabalho, permitindo a comunicação entre os profissionais, garantindo a continuidade da assistência a integralidade das informações do paciente, dessa maneira possibilita o rastreamento de informações acerca do procedimento⁽²¹⁾. Um estudo realizado em um município do interior do estado de São Paulo com nove hospitais apontou que os profissionais de enfermagem de 3 hospitais realizam identificação do dispositivo em bolsa coletora, apenas em 2 hospitais há registro em prontuário e apenas em 1 hospital existe a dupla identificação. As anotações devem conter dados temporais, dos profissionais envolvidos, motivos da cateterização, materiais utilizados, procedimentos realizados, resposta do paciente e possíveis intercorrências, com reforço destes na bolsa coletora⁽²²⁾.

Em relação à nutrição enteral, a resolução - RDC nº 63, de 6 de julho de 2000 estabelece que toda nutrição enteral preparada deve apresentar rótulo com as seguintes informações: nome do paciente, número do leito, registro hospitalar, composição qualitativa e quantitativa de todos os componentes, volume total, velocidade de administração, via de acesso, data e hora da manipulação, prazo de validade, número sequencial de controle e condições de temperatura para conservação, nome número do conselho profissional respectivo res-

Tabela 2 - Percentual de identificação das sonda vesical de demora (SVD) e sonda nasoentérica (SNE) na enfermaria do PSA, Distrito Federal, fev.– nov., 2019.

Meses	Total	N(%)	
		Identificadas	Não Identificadas
Sonda Vesical de Demora(SVD)			
Fevereiro	2	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Março	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Abril	7	2 (28,6%)	1 (71,4%)
Maiο	5	4 (80,0%)	1 (20,0%)
Junho	-	-----	-----
Julho	1	1(100%)	0(0,0%)
Agosto	-	-----	-----
Outubro	2	2(100%)	0(0,0%)
Novembro	1	1(100%)	0(0,0%)
Sonda Nasoentérica(SNE)			
Fevereiro	2	2(100%)	0(0,0%)
Março	4	4(100%)	0(0,0%)
Abril	-----	-----	-----
Maiο	-----	-----	-----
Junho	-----	-----	-----
Julho	-----	-----	-----
Agosto	2	2(100%)	0(0,0%)
Outubro	4	4(100%)	0(0,0%)
Novembro	-----	-----	-----

Fonte: banco de dados QSP, 2019.

ponsável técnico pelo processo⁽²³⁾.

Santos et al (2022), realizaram estudo com o objetivo de analisar os indicadores de qualidade da assistência em saúde a partir da implantação do núcleo de segurança do paciente em um hospital de ensino. Após coleta e análise dos dados, verificou melhora significativa dos indicadores de saúde, refletindo diretamente na garantia do processo de segurança do paciente, conforme constatado também no presente trabalho⁽²⁴⁾.

CONCLUSÃO

Os achados revelam que a completa adesão ao protocolo ainda não é uma realidade. O BOX de emergência apresentou adesão total ao uso da placa de identificação, com flutuação na adesão da pulseira. A enfermaria apresentou

taxas mais satisfatórias de adesão à pulseira identificadora em comparação ao BOX, porém não teve adesão total ao uso da placa ao longo do ano. Em relação à identificação dos acessos venosos, da rotulagem de medicações e da identificação de SVD é preciso alcançar maiores taxas de identificação. Assine apresentou identificação satisfatória nos dois cenários.

A identificação do paciente é um processo de educação permanente requerendo mudanças no comportamento profissional por meio de protocolos institucionais. A correta identificação do paciente dos dispositivos está diretamente relacionada com comprometimento das equipes envolvidas nas ações, com a qualificação dos profissionais e com o estabelecimento de rotinas institucionais. Para uma cultura que pro-

movam a qualidade da assistência e a segurança do paciente, é fundamental que as instituições de saúde estimulem o envolvimento dos profissionais com esses processos de trabalho com o propósito

de melhorar habilidades as competências voltadas para o cuidado do paciente.

A assistência de enfermagem é fundamental para melhoria da segurança do paciente durante o cuidado em saú-

de, ademais é preciso envolvimento do paciente dos acompanhantes no processo de vigilância das ações.

REFERÊNCIAS

1. Bouças E. et. al. Acreditação no âmbito da assistência farmacêutica hospitalar: uma abordagem qualitativa de seus impactos. *Rev. Physis. Rio de Janeiro*, v. 28, n.3, dez.2018.
2. Brasil. 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.
3. _____. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
4. _____. 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 de outros providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
5. Caldana G. et. al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, v. 24, n.3, p. 906-11, Jul-Set. 2015.
6. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Segurança do Paciente: identificação do usuário. Brasília: SES-DF, 2019.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
8. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.
9. Oliveira GS. et al. Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Aracaju*. v. 4, n. 2, p. 115-126, Out., 2017.
10. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019.
11. Esperón JMT. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. *Esc Anna Nery*. v.21, n. 1. 2017.
12. Kripka RML, Scheller M, Bonotto D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceito e caracterização. *Revista de Investiga-*
13. ciones UNAD Bogotá-Colombia. v.14. n.2, julio-diciembre. 2015.
14. Silva AT. et al. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. *Rev. enferm UFPE online*. Recife. v. 12, n. 6, p. 1532-8, Jun., 2018.
15. Lemos CS, Cunha KCS. O uso da identificação de pacientes em uma unidade hospitalar. *Rev enferm UFPE online*. Recife. v.11, n.1, p. 130-9, jan. 2017
16. Sousa FC. et al. Avaliação dos cuidados de enfermagem com o cateter venoso central em uma unidade de terapia intensiva de adulto e pediátrica. *Rev. Adm. Saúde*. v. 18, n.70, jan.–mar. 2018.
17. Ministério da Saúde-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
18. Murasaki ACY. et. al. Avaliação de cuidados de terapia intravenosa. *Esc Anna Nery (impr.)*. v. 17, n 1, p. 11– 16. jan–mar. 2013.
19. Gonçalves KPO. et. al. Avaliação dos cuidados de manutenção de cateteres venosos periféricos por meio de indicadores. *Rev Min Enferm*. v. 23, e-1251. 2019.
20. Souza VS. de, et. al. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem de terapia intravenosa periférica. *Rev enferm UFPE online*, n.11, maio, 2017.
21. Lapa REO. et. al. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. *Rev Gaúcha Enferm*. v.38, n.4. 2017.
22. Azevedo OA. et. al. Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. v..53. 2019.
23. Mazza A., et. al. Cateterismo urinário de demora: prática clínica. *Revista eletrônica trimestral de enfermagem-Enfermería Global*. nº38, abril de 2015.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada-RDC N° 63, de 6 de julho de 2000. Aprovar o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
25. Santos LRO et al. Indicadores de assistência após implantação de núcleo de segurança do paciente em hospital de ensino. *Saud-Coletiv (Barueri)*;12(74):9874-85, 2022