

Avaliação da prática segura do uso e administração dos medicamentos em um hospital público: sob o enfoque da auditoria

Assessment of the safe practice of use and administration of medicines in a hospital: under the audit approach

Evaluación de la práctica segura de uso y administración de medicamentos en un hospital público: desde la perspectiva de la auditoría

RESUMO

Objetivo: Apresentar possíveis inconformidades pesquisadas e analisadas nos registros das prescrições médicas e registros de enfermagem dos pacientes internados na UTI, quanto o uso, prescrição e administração dos medicamentos. **Métodos:** foram analisados as prescrições médicas e registros de enfermagem sobre o uso, prescrição e administração seguras dos medicamentos, com base em um dos eixos da Política Nacional de Segurança do Paciente e Indicadores do Instituto para as Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, utilizando-se de instrumentos para a coleta de dados durante o período de 13 de novembro a 12 de dezembro de 2019, após apresentação e aceitação do TCLE, após ser submetida e aprovada do comitê de ética de pesquisa. **Resultados:** Foram obtidas 67, sendo identificar inconformidades em alguns itens analisados mediante a auditoria realizada e comparação com a legislação específica. **Conclusão:** foi possível concluir que com base na auditoria é possível visualizar erros relacionados à assistência médica e de enfermagem, mesmo considerando o ambiente do estudo se caracterizar por uma UTI.

DESCRIPTORIOS: Registros médicos, Auditoria Clínica, Qualidade da assistência à saúde, Registro de enfermagem, Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To present possible nonconformities researched and analyzed in the records of medical prescriptions and nursing records of patients admitted to the ICU, regarding the use, prescription, and administration of medicines. **Methods:** medical prescriptions and nursing records on the safe use, prescription, and administration of medicines were analyzed, based on one of the axes of the National Patient Safety Policy and Indicators of the Institute for Safe Practices in the Use of Medicines, using instruments for data collection during the period from November 13 to December 12, 2019, after submission and acceptance of the informed consent, after being submitted and approved by the research ethics committee. **Results:** 67 were obtained, being to identify nonconformities in some items analyzed through the audit carried out and comparison with the specific legislation. **Conclusion:** it was possible to conclude that, based on the audit, it is possible to visualize errors related to medical and nursing care, even considering that the study environment is characterized by an ICU.

DESCRIPTORS: Medical records, Clinical Audit, Quality of health care, Nursing record, Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: Presentar posibles no conformidades investigadas y analizadas en los registros de prescripciones médicas y registros de enfermería de pacientes ingresados en la UCI, sobre el uso, prescripción y administración de medicamentos. **Método:** Se analizaron las prescripciones médicas y los registros de enfermería sobre el uso, prescripción y administración segura de medicamentos, con base en uno de los ejes de la Política Nacional de Seguridad del Paciente e Indicadores del Instituto de Prácticas Seguras en el Uso de Medicamentos, utilizando instrumentos para la recolección de datos durante el período comprendido entre el 13 de noviembre y el 12 de diciembre de 2019, previa presentación y aceptación del ICF, después de ser sometido y aprobado por el comité de ética de la investigación. **Resultados:** se obtuvieron 67, identificando no conformidades en algunos ítems analizados a través de la auditoría realizada y comparación con la legislación específica. **Conclusión:** fue posible concluir que a partir de la auditoría es posible visualizar errores relacionados a los cuidados médicos y de enfermería, incluso considerando el ambiente de estudio caracterizado por una UCI.

DESCRIPTORIOS: Historias clínicas, Auditoría clínica, Calidad de la asistencia sanitaria, Historia clínica de enfermería, Seguridad del paciente.

RECEBIDO EM: 12/04/2023 APROVADO EM: 12/05/2023

Ana Quitéria Fernandes Ferreira

Enfermeira. Graduada em Enfermagem (Estácio-RN), Especialização em Saúde da Família (Estácio-RN), Especialização em Auditoria em Saúde (UFRN) e Enfermagem em UTI (Don Alberto).
ORCID: 0000-0002-9242-0285

Artigo Original

Ana Q. F. Ferreira, Luciene L. Silva, Talita C. S. Silva, Andrea G. R. Brito, Rita C. S. B. Araújo, Juliana P. G. Ramalho, Edilma M. de Sousa, Tatiana M. N. Elias
Avaliação da prática segura do uso e administração dos medicamentos em um hospital público: sob o enfoque da auditoria

Luciene Lima Silva

Enfermeira. Pós-Graduada em Urgência e Emergência. Pós-Graduada em Unidade Terapia Intensiva. Pós-Graduada em Saúde Pública com Ênfase em saúde da família
ORCID: 0000-0002-4347-6063.

Talita Costa Soares Silva

Enfermeira. Pós-graduanda em obstetrícia e ginecologia. Faculdade Mauricio de Nassau.
ORCID: 0000-0002-3573-9361.

Andrea Gomes da Rocha Brito

Enfermeira. Residência Multiprofissional em Cardiologia. Rio Grande do Norte, Brasil.
ORCID: 0000-0001-7954-1851.

Rita de Cássia da Silva Bezerra Araújo

Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva.
ORCID: 0009-0007-3469-381X

Juliana Paiva Góes Ramalho

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Especialista em Naturologia e Saúde Coletiva.
ORCID: 0000-0002-1298-249X

Edilma Magda de Sousa

Enfermeira, formada pela UEPB. Especialização em Gerontologia pela Escola de Enfermagem da USP. Saúde da Mulher no Clima-tério pela Universidade Saúde Pública da USP. Preceptoría em saúde pela Escola de Saúde UFRN.

Tatiana Maria Nóbrega Elias

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. UFRN/HUOL.
ORCID: 0000-0001-9104-3716.

INTRODUÇÃO

Uma vez que os serviços de saúde vêm considerando a qualificação e a padronização na assistência à saúde na tentativa de reduzir ao máximo possíveis danos ou incidentes que possam comprometer a saúde do paciente ou levá-lo à morte¹. O planejamento do cuidado é realizado a partir de referências mediadas por pesquisas científicas que garantem a eficácia e comprovação de métodos específicos, somado a padronização da assistência nos serviços de saúde. A atenção ao paciente necessita da busca constante da realização de boas práticas, baseadas em evidências, para a qualificação e o aperfeiçoamento contínuo da atenção e assistência ao indivíduo hospitalizado².

Com a finalidade de atingir a prevenção de eventos que podem agravar ou comprometer a vida do paciente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria N° 529, de 01 de abril de 2013, foi criado para assegurar as condições adequadas para a prestação dos serviços de saúde³. A análise e a verificação de determinadas atividades na saúde, considerando a

vigilância e a avaliação na prestação dos serviços, sendo feitas de forma pontual ou contínua, podem ser consideradas para a avaliação na atenção à saúde do paciente.

As auditorias são formas de instrumentalizar a fiscalização e monitorização dos serviços de atenção à saúde, utilizada como meio estimulador para a garantia da qualidade e efetividade na prestação dos serviços, com o intuito de apresentar e analisar dados que facilitem a efetivação da redução de indicadores negativos sobre os agravos relacionados à prescrição e administração dos medicamentos em instituições hospitalares, por exemplo⁴.

A problemática é justificada quando existe uma necessidade de intervir na qualidade da prestação dos serviços de assistência em saúde, considerando a prática de administração dos medicamentos, uma ação que requer atenção, além entendimento técnico e prático dos profissionais envolvidos⁵.

Mediante o exposto, pode-se gerar a teoria de que toda atividade relacionada à assistência à saúde, necessita de padronização, objetivando a eficácia e a qualidade da assistência prestada ao indivíduo sadio ou

não, independentemente de sua instância e convênio para a prestação de seus serviços. Neste embasamento hipotético, pode-se tentar elucidar quais evidências ou inconformidades podem ser encontradas na auditoria dos prontuários dos pacientes hospitalizados na UTI de um Hospital público, localizado no Município de Natal/RN, quando relacionados aos registros sobre a prática segura no uso de medicamentos? O objetivo deste estudo é apresentar possíveis inconformidades pesquisadas e analisadas nos registros dos prontuários dos pacientes internados em um Hospital público, no Município de Natal, no Estado do Rio Grande do Norte, verificando o uso, a prescrição e a administração dos medicamentos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa de campo, análoga a realização de uma Auditoria Operacional, descritiva e quantitativa, que conforme o Ministério da Saúde⁶, define que um de seus objetivos é avaliar a eficiência, eficácia e efetividade dos

sistemas de saúde.

Para tanto, foi necessário o levantamento das informações relevantes sobre a instituição escolhida, assim conseguindo estimar população e tipo de amostra esperada, profissionais envolvidos, serviços ofertados e disponibilidades de leitos. Além das referências e legislações que regem as atividades da assistência. Possibilitando a conclusão parcial da fase analítica da auditoria, configurando-se como uma descrição das necessidades a serem auditadas.

Posteriormente, foi efetuada a fase operativa, realizada in loco na própria unidade hospitalar, inserindo-se conforme os métodos descritos no escopo deste projeto. Por sua vez, a fase operativa se caracteriza como um estudo descritivo exploratório, de caráter quantitativo onde utilizou-se da análise documental formatada sob auditoria dos prontuários dos pacientes admitidos e internados na UTI do Hospital escolhido, mediante a coleta de informações referentes à prescrição médica e administração das medicações realizadas e registradas pela equipe de enfermagem, conforme a rotina diária do setor.

Para coleta das informações, foi utilizado um instrumento, elaborado conforme recomendações de um dos eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e de acordo com o protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos, lançado pelo Ministério da Saúde. Assim como os Indicadores para a avaliação sobre a temática, elaborado pelo Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP).

Foi possível a realização da conferência dos quesitos citados no instrumento, comparando-as com as prescrições médicas e registros e anotações de enfermagem, conforme a rotina diária do setor, contidas no prontuário do paciente da instituição escolhida.

O instrumento utilizado foi elaborado com quesitos pertinentes para a avaliação da prescrição, uso e administração seguros dos medicamentos, possibilitando respostas claras e objetivas, com marcações tipo check list, contendo respostas de “sim” ou “não”, com base nas indagações estabelecidas, para a possibilidade da quantificação e apuração dos resultados e análise dos dados.

Vale salientar que previamente a utilização do instrumento, foi realizado a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pacientes conscientes ou responsáveis (representados durante o turno diurno na instituição selecionada, durante os horários das visitas previamente estabelecidas pela instituição. Possibilitando o esclarecimento dos detalhes da pesquisa, assim como orientação sobre proteção e garantia dos direitos dos participantes.

Sendo assim, após internação dos pacientes na UTI, foi efetuada a abordagem das pesquisadoras aos seus responsáveis, para apresentação da proposta do estudo e obtenção da assinatura do TCLE. Guiado pela relação do censo diário de internação hospitalar, para controle e conferência da permanência dos pacientes na UTI e correlaciona-la com os seus respectivos registros.

Cada instrumento foi enumerado referenciando uma amostra, especificada pela prescrição e registros de enfermagem diários. Não foi considerado o quantitativo de pacientes internados e sim os registros dos profissionais, que proporcionou uma variação amostral durante o período de coleta destes dados. Também foi adicionado um número a amostra, com base em cada data do registro realizado.

Foram incluídos prontuários dos pacientes submetidos à internação na UTI durante o período em que se decorreu a pesquisa. Os pacientes submetidos aos cuidados intensivos foram selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Estes como critérios de inclusão, ter no mínimo dezoito anos, independentemente de seu diagnóstico admissional e estarem de acordo com os termos esclarecidos no TCLE.

Dentre os critérios de exclusão, incluiu-se a permanência inferior a 48 horas em casos de óbitos ou alta do setor, pacientes menores que 18 anos, ou os que recusaram participar da pesquisa ou que não aceitaram assinar o TCLE. O preenchimento do check list foi realizado na própria instituição hospitalar, em local apropriado, ressaltando coleta um dia posterior à produção dos registros, visto não interromper a rotina das atividades da assistência.

A coleta foi realizada pelas pesquisadoras autoras do estudo, durante o período entre

13 de novembro a 12 de dezembro de 2019. Após submissão e aprovação pelo comitê de ética, substanciado e aprovado com CAAE: 19348319.9.0000.5537, subsidiando aspectos éticos legais do envolvimento de seres humanos em pesquisas científicas.

A instituição escolhida, possui suas atividades com funcionamento para atendimento ambulatorial e hospitalar de alta e média complexidade. Com serviços de internação clínica e intensiva, regulação, de urgência, Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e vigilância em saúde, todos conveniados pelo SUS, atendendo a população por demanda espontânea. Além de possuir serviços de apoio com farmácia própria classificada como farmácia hospitalar e Serviço de Prontuário do Paciente (SPP). A análise baseou-se meramente pelo reconhecimento estatístico, com a somatização das respostas, mediante as inconformidades. Sendo possível elucidar por meio das referências pesquisadas e estudadas, associando o emparelhamento entre os dados apresentados e a teoria que rege a temática.

Ao mesmo tempo, os dados quantitativos foram depositados, analisados, armazenados e tabulados com o auxílio do Microsoft Excel 2010. Tanto para a avaliação e apresentação das amostras colhidas e disponibilizadas, quanto para a identificação dos indicadores, sobre conformidade ou inconformidade com a legislação pertinente ao estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ressalta-se que durante os dias destinados para a coleta dos dados, no período entre 13 de novembro a 12 de dezembro de 2019. Observou-se uma redução da incidência de internações no setor. Notou-se também, um número reduzido de leitos ocupados, justificado pelo número insuficiente de recursos humanos e insumos para monitorização do paciente.

Assim, a diminuição da vacância dos leitos, aliou-se à paralisação dos médicos e equipe de enfermagem, reduzindo ao número mínimo de 30% do efetivo, após o início da greve na instituição escolhida. A greve estendeu-se durante os dias de 02 a 20 de dezembro, e conseqüentemente aumentou para três, o número de leitos bloqueados na UTI.

Evidentemente, o número amostral foi afetado conforme os critérios de inclusão e exclusão apresentados anteriormente. O quantitativo da amostra totalizou em 67 prescrições e 67 registros de enfermagem analisados. Cada registro configurou uma amostra única, visto a utilização do instrumento que contemplava quesitos de ambos. Dentre os indicadores e etapas de análise, foram observados os seguintes achados.

4.1 Achados nas prescrições médicas

Para fins de análise, foi possível observar os itens conformes e não conformes, inseridos nas prescrições médicas dos pacientes internados na UTI do hospital onde se deu o estudo. Do total da amostra, 65 (97,0%) prescrições analisadas foram feitas de forma digitalizada, sendo acrescentadas de alguns itens redigidos à mão, quando necessário, pelo médico plantonista, diarista ou especialista/parecerista. Apenas 02 (2,99%) prescrições foram feitas de forma totalmente manuscrita.

Não há controvérsias quanto a utilização da prescrição sendo redigidas a mão, no entanto, é necessário que exista uma fácil compreensão na leitura, para a segurança da administração dos medicamentos e facilitar a comunicação entre a equipe multidisciplinar. Sendo um dever do prescritor realizar qualquer alteração ou acréscimo sobre a prescrição medicamentosa do paciente de forma legível. O número de 42 (64,6%) prescrições, apresentaram acréscimos manuscritos. Dessas, apenas 03 (7,14%) não apresentaram legibilidade na leitura. Sendo considerado uma inconformidade segundo o Código de Ética do profissional médico^{6,7,8}.

A instituição de saúde deve orientar seus profissionais sobre a conscientização e responsabilização quanto às produções sobre seus registros. Nesse caso, quando o prescritor identificar problemas quanto à sua caligrafia, a orientação deve ser feita a preferir meios digitais para reduzir erros demasiados^{6,7,8}.

Nos achados sobre a identificação do paciente na prescrição, foram observadas apenas o número de 07 (10,4%) prescrições com os nomes completos dos internados, dentre as 67 prescrições analisadas. As demais, apresentavam abreviações com iniciais ou ausên-

cia de algum sobrenome. A completude do nome do paciente é considerada importante para diferenciar um indivíduo e outro que apresente nome ou sobrenome iguais ou semelhantes. Sendo sua principal forma de identificação social e mais um meio de distinguir os pacientes com nomes semelhantes^{6,7,8}.

Quanto ao item relacionado sobre a inserção de identificação da data de nascimento do paciente, apenas 03 (4,48%) prescrições, apresentaram esse registro. Observa-se a necessidade de instituir como diferencial a data de nascimento, quando necessitar de mais um item para distinção individual e evitar erros de identificação do paciente^{6,7,8}.

A ausência da identificação do paciente é considerada uma inconformidade visto as boas práticas instituídas na PNSP, norteando os eixos da identificação correta do paciente e uso, prescrição e administração seguros de medicação^{6,7,8}. Sobre a identificação do prescritor, foi possível levantar o número de 65 (97,02%) das prescrições que apresentaram carimbo do médico prescritor. Dessas, 02 (3,08%) estavam com o registro do carimbo de forma ilegível, com presença de falhas.

Do total das amostras, apenas 02 (2,99%) prescrições não tinham validação com o carimbo ou assinatura do médico. Contradizendo a recomendação do Conselho Federal de Medicina, e apresentando-se como um dado não conforme, quando permanece a orientação para validação da prescrição com o registro do profissional prescritor. Prescrição sem assinatura ou carimbo, pode ser considerada como não revisada na data de sua origem ou invalidada^{6,7,8}.

Analisando a prescrição medicamentosa, com o total das 67 prescrições avaliadas, apenas 03 (4,48%) não apresentaram a quantificação de ampolas, comprimidos e frascos ou forma farmacêutica a serem administradas. Considerando um ponto positivo, visto ser um número reduzido de prescrições com essa inconformidade.

Sobre o uso e recomendação de diluentes, 06 (8,96%) das prescrições apresentaram algumas medicações sem sua descrição. Também foram observadas 05 (7,46%) prescrições com ausência do volume de seus diluentes. Essas, ficando a critério da equipe de enfermagem, o volume/quantidade que será

diluída a medicação, assim como, o tipo de diluente a ser utilizado. Assim possibilitando riscos quando diluição errada, interação medicamentosa entre diluente e princípio ativo ou até mesmo instabilidade medicamentosa, inativando sua funcionalidade. Bem como a contraindicação ao diluente desejado e não descrito, mediante a comorbidade apresentada pelo paciente.

4.2 Achados nos registros de enfermagem

Em 67 prescrições médicas avaliadas, foram observadas que em 08 prescrições, havia a presença do carimbo e a assinatura dos enfermeiros, deduzindo que uma revisão da prescrição foi feita para a abertura dos horários das medicações pelo próprio profissional. Assim, configurando-se como o responsável pela dupla conferência da prescrição e medicações a serem administradas. Salienta-se que as demais 59 prescrições, apresentaram apenas a abertura do horário, sem qualquer identificação do responsável pelo ato^{9,10,11,12}.

A abertura dos horários das medicações, devem ser validadas pelo profissional enfermeiro que a fez, com uso de carimbo ou assinatura de forma a ser padronizado no setor ou na instituição, visto facilitar revisão de dúvidas quanto ao horário a ser administrado ou se necessário corrigido, mediante modificações na prescrição, entre outros motivos^{9,10,11,12}.

Das prescrições avaliadas, 58 amostras foram totalmente checadas pelos profissionais de enfermagem. Em 09 das prescrições apresentadas, foi possível observar alguns achados sobre a rotina das checagens no setor, incluindo a inespecificidade da presença ou ausência do ato.

Durante a coleta dos dados, foi observado que dentre essas 09 prescrições, alguns horários não haviam registros algum sobre a administração das medicações. Assim, permanecendo o horário em branco, sem o registro sobre falta do medicamento na instituição ou qualquer outra justificativa nos registros e anotações de enfermagem. Resultando na dúvida da efetividade do registro ou ato de administrar a droga, prevalecendo como a medicação do horário não administrada,

configurando uma quebra na continuidade da assistência ao paciente ou risco sobre a superdosagens, quando existe a possibilidade de a medicação ser feita novamente^{9,10,11,12}.

Sobre as informações de medicações não checadas, não administradas ou boladas nos registros de enfermagem. Destas, apenas 03 amostras dos que estavam sinalizadas na prescrição, foram informados nos registros de enfermagem como "medicamento em falta na farmácia da instituição". Considerado como uma justificativa válida, visto ter algum relato sobre a não administração do medicamento com horário "bolado".

Todas as checagens das medicações realizadas, foram feitas apenas com um traço na vertical, sem identificação do profissional que as administrou, tanto na própria prescrição médica, nos horários predeterminados, quanto no registro das anotações de enfermagem. Visto que, em nenhuma das prescrições, apresentou qualquer informação do administrador da medicação. O Novo Código de Ética do profissional de enfermagem⁹, apresentado pela Resolução nº 564, de 06 de novembro de 2017, sugere o comportamento ético do profissional de enfermagem, citando como deve-

res relacionados aos registros de enfermagem, os artigos números 35, 36, 38, 46.

CONCLUSÃO

A auditoria evidenciou que apesar de serem obtidos números relativamente reduzidos quanto a amostra esperada, possibilitou a observância que, em que mesmo em uma unidade de terapia intensiva, onde requer o máximo de cuidado prestado ao paciente, pode-se apresentar dados e números de inconformidades importantes, tanto nas prescrições médicas quanto nos registros de enfermagem.

Além de gerar indicadores que subsidiem a visualização de possíveis erros assistenciais. Proporcionam dados que possibilitam arquetizar estratégias mediante a problemática existente para a formulação de melhorias quanto à assistência prestada e gerenciamento de riscos.

O objetivo do estudo foi alcançado quando os resultados apresentados demonstram incoerentes quanto ao uso, prescrição e administração de medicamentos referenciados por meio de protocolos sobre a conduta medicamentosa na segurança do paciente.

Certifica que auditoria de qualidade proporciona um meio avaliador e fiscalizador na assistência à saúde. Assim como foi possível certificar a ideia hipotética para a existência da normatização e padronização das prescrições médicas e registros de enfermagem, poderá confirmar e garantir a continuidade da assistência segura, qualidade de comunicação, respaldo profissional e redução de custos, garantindo a eficiência, eficácia e efetividade, no controle da assistência de saúde e benefícios para o paciente. Garantindo a comunicação na transição dos cuidados em toda unidade hospitalar, possibilitando a garantia de boas práticas quanto os registros dos profissionais sobre a utilização de medicamentos na UTI.

Sendo assim, também proporcionar evidências de dados clínicos para mudanças na atitude e aperfeiçoamento profissional, normatização da atividade assistencial, permeando a visão autocrítica e ética sobre suas obrigações que regem cada categoria profissional gerando autoanálise acerca do objeto auditado, para fins de elaborar novos planos e indicadores sobre a assistência prestada na unidade hospitalar estudada.

REFERÊNCIAS

- Magalhães AMM et. al. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. Rev. Esc. Enferm. USP. n.49, p. 43-50. 2015.
- Franco, A. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde no ambiente hospitalar. Revista visão Hospitalar, FBH. Ano 7, ed. 23, abril 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.
- Brasil. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de novembro de 2011.
- Cassiani, SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. v. 58, n.01, p.95-99, jan./fev. 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO Nº 2.217, DE 27 DE SETEMBRO DE 2018. Diário Oficial da União Publicado em 01/11/2018. Ed. 211, Seção 1, p.
- COFEN. Código de Ética de Enfermagem. RESOLUÇÃO Nº 564, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- ANVISA. Orientações para a auto avaliação das práticas de segurança do paciente. 29 de julho de 2017. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2017.
- COFEN. Guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente e em outros documentos de enfermagem. Câmara Técnica de Legislação e Normas – CTLN Portaria nº. 523/2015
- de Souza, Caroline Correia, Érica Santos de Jesus, and Geane Martins Nogueira Barreto. "Auditoria de Enfermagem e sua Importância para Gestão de Qualidade no Serviço de Saúde." E-pitaya E-books 1.1 (2022): 153-165.
- Dias, Jannayne Lúcia Câmara. "Erros no processo da administração de medicamentos e estratégias para minimização em um hospital de Minas Gerais." (2021).