

# TÓPICOS ATUAIS EM SAÚDE

VANESSA GUBERT  
(ORGANIZADORA)



# TÓPICOS ATUAIS EM SAÚDE

VANESSA GUBERT  
(ORGANIZADORA)



**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



**Diagramação:** Bruno Oliveira  
**Correção:** Yaidy Paola Martinez  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadora:** Vanessa Gubert

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

P959 Tópicos atuais em saúde / Organizadora Vanessa Gubert. -  
Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0429-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.293220509>

1. Saúde. I. Gubert, Vanessa (Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

contato@atenaeditora.com.br



## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## APRESENTAÇÃO

Trata-se de um livro de divulgação científica, composto por artigos de diversos autores, com edição da Atena Editora.

A idéia deste livro veio como oportunidade para pesquisadores iniciantes publicarem os resultados de trabalhos acadêmicos em geral.

Por este motivo, o livro aborda desde metodologia de ensino, triagem de doenças importantes, caracterização do uso de medicamentos, adesão a vacinação, eficácia e controle de qualidade de produtos de tratamento, reabilitação de pacientes e implantação de serviços.

Espero que gostem.

Um abraço,

Vanessa Gubert  
@vanessa\_gubert

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **APRENDENDO A SER NOS PROCESSOS EDUCACIONAIS NA SAÚDE**

Analice Cristhian Flavio Quintanilha  
Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso  
Leonardo Guirão Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205091>

### **CAPÍTULO 2..... 10**

#### **SEGURANÇA DO PACIENTE: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Analice Cristhian Flavio Quintanilha  
Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso  
Antônio Tadeu Fernandes  
Thalita Gomes do Carmo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205092>

### **CAPÍTULO 3..... 22**

#### **PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Letícia Lemes de Souza  
Davi Campos La Gatta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205093>

### **CAPÍTULO 4..... 51**

#### **CONDIÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA**

Juliana Fernandes  
Louise Suzy Mendes Matricardi  
Matheus Rodrigues Ramirez da Silva  
Anniélly de Arruda Scherer  
Ariel Marcos da Silva  
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal  
Aline Regina Hellmann Carollo  
Jesus Rafael Rodriguez Amado  
Nájla Mohamad Kassab  
Maria Angélica Marcheti  
Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso  
Teófilo Fernando Mazon Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205094>

### **CAPÍTULO 5..... 68**

#### **TRIAGEM PARA DIABETES EM INDIVÍDUOS ASSISTIDOS PELA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Denise Caroline Luiz Soares Basilio  
Rafael Precoma Gomes  
Camila Guimarães Polisel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205095>

**CAPÍTULO 6..... 83**

**ADESÃO DA VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO EM ADOLESCENTES NO BRASIL**

Priscila Torres França  
Mayra Duarte Martello  
Rosemary Matias  
Larissa Zatorre Almeida Lugo  
Amanda Rodrigues Ganassin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205096>

**CAPÍTULO 7..... 99**

**A ATUAÇÃO DA VITAMINA D E SEUS ANÁLOGOS NO CARCINOMA ESPINOCELULAR ORAL**

Melquisedeque Monteiro  
Lais Sousa Nascimento  
Larissa Zatorre Almeida Lugo  
Rosemary Matias  
Amanda Rodrigues Ganassin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205097>

**CAPÍTULO 8..... 111**

**REABILITAÇÃO FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À ATROPLASTIA TOTAL DE JOELHO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Mariana Bogoni Budib  
Kamylla Krsthine da Rocha Menezes  
Karina Ayumi Martins Utida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205098>

**CAPÍTULO 9..... 121**

**BENEFÍCIOS DA HIDROGINÁSTICA PARA OS IDOSOS**

Juliana Cardoso Lopes  
Adriana Valadão  
Elisangela Azambuja L. Voigtlander

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205099>

**CAPÍTULO 10..... 131**

**PERFIL FARMACOEPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS RESIDENTES NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Amanda Lopes Barbosa  
Ingrid De Souza Amorim  
Karla De Toledo Candido Muller  
Marla Ribeiro Arima Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050910>

**CAPÍTULO 11..... 142**

PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS PELO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE EM HUMANIDADES MÉDICAS DE UNIVERSIDADE PARTICULAR DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE- MS

Bruna Rayane Meireles da Silva

Laura Beatriz Bottaro

Karla de Toledo Candido Muller

Marla Ribeiro Arima Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050911>

**CAPÍTULO 12..... 154**

SÍFILIS CONGÊNITA: A EPIDEMIA DO BRASIL

Elisaine Viana Recalde

Mariane dos Santos Oliveira

Larissa Zatorre Almeida Lugo

Rosemary Matias

Amanda Rodrigues Ganassin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050912>

**CAPÍTULO 13..... 177**

DENGUE: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DE UMA EPIDEMIA

Analice Cristhian Flavio Quintanilha

Ellen Cristina Gaetti Jardim

Marcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro

Marisa Dias Rolan Loureiro

Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050913>

**CAPÍTULO 14..... 184**

O USO DE BIOESTIMULADORES DE COLÁGENO NO REJUVENESCIMENTO FACIAL

Ana Carolina Fedatto

Larissa Zatorre Almeida Lugo

Rosemary Matias

Amanda Rodrigues Ganassin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050914>

**CAPÍTULO 15..... 202**

USO DE PARABENOS EM COSMÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DE MAMA

Felipe Rodrigues de Miranda Sales

Mayra Duarte Martello

Larissa Zatorre Almeida Lugo

Amanda Rodrigues Ganassin

Rosemary Matias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050915>

**CAPÍTULO 16.....217**

**CONTROLE DE QUALIDADE FÍSICO-QUÍMICO DE INSUMO FARMACÊUTICO ATIVO  
PROVENIENTE DE FARMÁCIA MAGISTRAL**

Alexandre Santos Maia  
Rubia Adrieli Sversut  
Nájla Mohamad Kassab  
Aline Regina Hellmann Carollo  
Teófilo Fernando Mazon Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050916>

**CAPÍTULO 17.....248**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE FÍSICO-QUÍMICA DA MATÉRIA-PRIMA E DE  
COMPRIMIDOS DE IVERMECTINA**

Alicia Victória Costa Torales  
Aparecida Barbosa De Araujo Da Cruz  
Gleyce Arantes Franco  
Karla de Toledo C. Muller  
Marla Ribeiro Arima Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050917>

**ANEXOS .....262**

**SOBRE A ORGANIZADORA.....264**

# CAPÍTULO 2

## SEGURANÇA DO PACIENTE: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data de aceite: 01/04/2022

### **Analice Cristhian Flavio Quintanilha**

Doutorado e Mestrado pelo Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Pós Graduada pelo Hospital Sírio Libanês em: Preceptoría para o SUS e em Processos Educacionais na Saúde. Atualmente é Enfermeira no setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian HUMAP/EBSERH/UFMS, comprometida com a pesquisa e extensão e renovação dos conhecimentos pessoais.

### **Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso**

Doutorado em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Atualmente é professora Adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem e Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico, Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS.

### **Antônio Tadeu Fernandes**

Mestrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP. Atualmente é coordenador dos cursos de pós graduação MBA gestão em saúde e controle de infecção e MBA gestão em centro de material e esterilização da Faculdade INESP.

### **Thalita Gomes do Carmo**

Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense, MBA em Controle e Gestão de Infecção Hospitalar pelo Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa de São Paulo. Mestre em Ciências do Cuidado e Saúde (MACCS) pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF. Pós-Graduando em Enfermagem em Cirurgia Robótica - Instituição Israelita Albert Einstein. Atualmente é professora adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense e docente permanente do Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense.

**RESUMO:** A temática da segurança do paciente tem sido foco de inúmeras discussões na última década no mundo todo. Uma estratégia adotada para conferir segurança e qualidade aos serviços prestados ao paciente é na correta identificação dos pacientes. O uso de pulseiras de identificação, assim como as identificações da unidade do paciente através de placas de identificação nos leitos, medidas essas imprescindíveis para que se possa garantir um cuidado seguro. Dessa maneira, o presente estudo teve como objetivo geral auxiliar o Núcleo de Segurança do Paciente a implantar a identificação dos pacientes no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Por ser uma instituição prestadora de assistência à saúde que possui características especiais, foi elaborado este estudo observacional

descritivo, no formato de projeto de intervenção, no período de abril de 2014 à junho de 2015, utilizando-se da adoção de medidas restritivas ao erro na identificação, com a adoção de protocolos a serem seguidos para identificação adequada, com vistas a oferecer a máxima segurança no processo do cuidar desde a admissão a alta. Observa-se que a segurança do paciente é uma tendência mundial e que a identificação do paciente, permeie a organização de todos os serviços de uma instituição de saúde, e para que funcione de forma adequada se faz necessário a avaliação do processo de implantação iniciado a partir desse estudo, para que as falhas encontradas sejam dirimidas pela instituição com reforço no cotidiano de trabalho das equipes que estão em contato com os pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Identificação de pacientes; Segurança do paciente; Gestão de risco.

## INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo pessoas notórias discutiam o erro relacionado à assistência a saúde, temos como registro mais antigo a frase do considerado o pai da medicina Hipócrates, *Primum non nocere* (primeiro não cause danos) de 460 a 370 d.c.<sup>1</sup>.

Semmelweis em 15 de maio de 1847 instituiu a lavagem das mãos aos estudantes de medicina, antes do contato com os pacientes cirúrgicos<sup>2</sup>. Em 1855, Florence Nightingale, propôs mudanças organizacionais e na higiene dos hospitais das tropas britânicas que resultou em diminuição de mortalidade<sup>3</sup>, Ernest Codman, em 1917, propôs o conjunto de ações em cirurgias que denominou “padrões mínimos”, todos com um único objetivo não causar danos<sup>4</sup>.

O tema qualidade do cuidado e Segurança do Paciente (SP) tem sido amplamente discutido no âmbito nacional e internacional, este novo campo de estudo vem sendo constituído em importante fonte de recursos literários buscando relevância no desenvolvimento de programas e projetos institucionais, objetivando tornar a assistência ao paciente, mais segura em serviços de saúde<sup>5</sup>.

Sabe-se que na prática o atendimento ao paciente contém um grau de risco intrínseco, o que torna o erro um problema global de saúde pública em países em todos os níveis de desenvolvimento<sup>5</sup>, que o incorporou o tema SP as agendas de organizações internacionais, governamentais e não governamentais e gerou debates públicos sobre o assunto<sup>6</sup>.

No século XX, as obras “Errar é humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro”<sup>7</sup> e “Erros em Medicina”<sup>8</sup> (destacaram a questão do erro no cuidado de saúde, reconheceram a falibilidade humana, a importância do sistema para a prevenção de erros, e, indicaram estratégias para tornar o cuidado de saúde mais seguro para os pacientes<sup>9</sup>. A partir desse estudo o tema tomou dimensão global e foi incorporado às agendas de organizações internacionais e governamentais com debates públicos sobre o tema SP<sup>5</sup>.

Para Silva<sup>10</sup>, os erros e danos causados aos pacientes durante o atendimento médico-hospitalar têm sido descritos e estudados por mais de um século. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que esses erros que causam danos a SP, ocorram em

dezenas de milhares de pessoas todos os anos em diversos países. Dados do Instituto de Medicina/EUA indicam que erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 disfunções a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos<sup>11</sup>.

Na Europa, os estudos realizados sobre a Qualidade da Atenção Hospitalar mostraram que um a cada dez pacientes nos hospitais europeus sofrem danos evitáveis e eventos adversos ocasionados durante à assistência recebida. Segundo Gallotti<sup>12</sup>, 50 a 60% dos eventos são evitáveis.

Para a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (AMSP) os erros são considerados eventos adversos (EA) evitáveis, resultado de várias questões em diferentes níveis da assistência à saúde<sup>13</sup>, eventos esses conceituados e distribuídos em 3 classes: 1) *Near miss* (quase erros): antes mesmo que ocorra o erro o mesmo é detectado; 2) *eventos evitáveis*: ocorrem em decorrência de negligência profissional; 3) *eventos não evitáveis*: ocorrem em decorrência de efeitos nocivos advindo do seu tratamento na ausência de qualquer risco<sup>14</sup>.

Portanto, o erro pode acontecer nas diversas práticas na instituição de saúde, e devido ao aumento da ocorrência de erros, tem sido vinculado nos meios de comunicação, tornado a SP um assunto frequente, demonstrando a falta de segurança nos cuidados ao paciente nas instituições<sup>11,15</sup>, resultando no crescimento dos ajuizamentos, às leis contratuais e às suas consequências na área penal e cível<sup>16</sup>.

Para que essa melhoria ocorra, é necessário reduzir as barreiras estruturais, melhorar a liderança, envolver os profissionais e praticar uma avaliação sem culpa, visando à aprendizagem através da identificação de problemas, criação de estratégias para evitá-los, desenvolvimento de competência de aprendizado a partir de erros, aceitação da necessidade de mudar e incentivos aos meios necessários para a reorganização<sup>17</sup>.

Existem poucos dados sobre a frequência de EA em países em desenvolvimento e em fase de transição. No Brasil, Mendes e colaboradores<sup>18</sup> avaliaram em 7,6% a incidência de EA em hospitais, dos quais 67% eram evitáveis, e justificaram a proporção de EA evitáveis no Brasil ser mais elevada sugerindo que o problema seja mais frequente em países em desenvolvimento ou transição, quando comparado a países desenvolvidos, porém o mesmo autor declara que faltam estudos brasileiros que antevêm a magnitude desse problema.

Especialistas discutem que a inexistência de um sistema nacional robusto para monitorar dados sobre a SP, é uma das maiores barreiras para a implementação de melhorias nesta área<sup>19</sup>.

O principal objetivo das ações de SP é reduzir os índices nacionais de infecção hospitalares, em 30%, em um prazo de três anos. Estima-se que, no Brasil, a taxa de infecções hospitalares diminua ao nível de 14% das internações<sup>20</sup>.

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) e a ANVISA, através da portaria nº 529, institui Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com instituição dos protocolos de

prevenção de eventos adversos associado à assistência à saúde: 1) higienização das mãos; 2) cirurgia segura; 3) prevenção de úlcera por pressão; 4) identificação do paciente; 5) prevenção de quedas; 6) e prescrição, uso e administração de medicamentos<sup>21</sup>.

A criação e publicação da PNSP abrange diversas áreas da organização de serviços hospitalar e tem como meta prioritária a Identificação do Paciente (IP) como prática indispensável para moção de melhorias relativas à SP, com foco na prevenção e redução da incidência de eventos adversos no atendimento e durante a internação<sup>21</sup>.

Durante a internação os cidadãos, muitas vezes, sentem-se despersonalizados, e por vezes, passam a representar apenas um corpo portador de uma determinada doença e que ocupa um leito hospitalar, sendo comum entre os profissionais, a referência aos pacientes pelo número do leito ou pela doença que o trouxe ao serviço<sup>22</sup>.

Vale ressaltar que, processos falhos de IP estão dentre as causas mais comuns de eventos adversos na administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos e na entrega de recém-nascido<sup>23</sup>, portanto, cabe a cada instituição pensar, elaborar, propor e validar projetos, protocolos, guias e manuais voltados à SP em diferentes áreas no âmbito hospitalar.

A IP é prática indispensável para garantir a SP em qualquer ambiente de cuidado à saúde, incluindo, unidades de pronto atendimento, coleta de exames laboratoriais, atendimento domiciliar e em ambulatórios, e segundo Wachter<sup>24</sup> requer esforço interdisciplinar.

Para que essas falhas sejam minimizadas o Ministério da Saúde faz algumas recomendações quanto a IP que deve ser feita por meio de pulseira de identificação com código de barras, prontuário, etiquetas, solicitações de exames, com a participação ativa do paciente e familiares, durante a dupla checagem ou confirmação da sua identidade, que reduzem consideravelmente a ocorrência de erros<sup>25</sup>.

No entanto, os sistemas de IP por serem operados por pessoas, são passíveis de violações no processo, omissão de etapas, não adesão à seqüência de passos recomendados ou realização de ações não autorizadas como, por exemplo, o desligamento de sistemas de alarme de equipamentos destinados à confirmação dos dados de identificação do paciente<sup>26</sup>.

Falhas no atendimento podem ocorrer em virtude de ausência ou duplicidade de informações, ou mesmo de imprecisões nos dados de cadastro do paciente. Estas situações podem repercutir, na prática, em erros associados ao uso de medicamentos, erros na transfusão sanguínea, erros na realização de procedimentos cirúrgicos e exames diagnósticos e, até mesmo, na troca de bebês em maternidades<sup>27</sup>.

A IP pode ser feita por diversos meios, mas sempre é necessário considerar e minimizar a ocorrência de falhas, independente da forma utilizada. O uso de pulseiras de identificação do paciente, é um sistema bastante difundido que apresenta limitações, principalmente nas variáveis que devem ser impressas na mesma<sup>28</sup>.

Muitas instituições fazem uso das Pulseiras de Identificação do Paciente (PIP). Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as conseqüências de uma identificação incorreta. Segundo os autores, cerca de 84% dos pacientes consideravam que o hospital deveria utilizar as pulseiras e 90% afirmaram que concordariam em utilizá-las<sup>29</sup>.

Estudos sobre o processo de IP com a utilização de PIP demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos<sup>30</sup>.

Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de IP<sup>31</sup>.

Esta pesquisa intervencionista teve como necessidade premente a implantação de uma metodologia de IP, para atender a Portaria nº 529, de Abril de 2013 (ANEXO 03)<sup>21</sup>, e a Resolução Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANEXO 04)<sup>32</sup> que versa sobre a instituição dos NSP nos serviços de saúde públicos ou privados. Desta forma o principal objetivo desta pesquisa de intervenção foi de Apoiar o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP/EBSERH), na implantação das práticas de Identificação do Paciente.

A IP foi o item levantado em reunião do NSP como o pilar que permeia e inicia a organização de todos os outros, minimizando erros e conseqüentemente os danos ao paciente, e, portanto, o primeiro dos 6 pilares a ser desenvolvidos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, a partir de um projeto de intervenção desenvolvido no âmbito do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), filial Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), no período de Abril de 2014, à Junho de 2015, como uma das metas do projeto de estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente do referido hospital.

O HUMAP/EBSERH é referência no atendimento de alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, com serviços constituídos nas áreas de doenças infecto parasitárias, terapia renal substitutiva, cirurgia cardiovascular, neurologia clínica, gestação de alto risco, urologia e exames laboratoriais e diagnósticos. A instituição é cadastrada no ministério da educação como instituição de ensino, conta com

250 leitos ativos, cerca de 1000 funcionários, entre os quais 560 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com dois regimes de trabalho vigentes o estatutário e o celetista.

Em Abril de 2014, ocorreu a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a partir da qual foi criado um grupo de trabalho, para a estruturação de projeto de implantação do serviço denominado “Segurança do paciente: Uma experiência de implantação”, que teve como uma de suas metas formação de subgrupos os quais elaboraram projetos intervencionistas em cada uma das subáreas previstas na portaria nº 529.

Este estudo é baseado no projeto de intervenção sob responsabilidade do subgrupo de Identificação do Paciente. Foram realizadas reuniões com os membros para organização de metas e também alocação de problemas a serem trabalhados pelo grupo. Desta forma foram elencadas no total oito problemas e metas a serem trabalhados para a correta identificação dos pacientes no âmbito institucional.

*Problemas elencados nas reuniões e metas a serem efetuadas:*

- Problema 01: Necessidade de revisão documental pelos membros do SIP, junto aos órgãos de monitoramento e vigilância em saúde, mundiais e brasileiros, documentos internos do hospital.
- Problema 02: Verificar *in loco* junto aos setores da instituição o procedimento utilizado para IP.
- Problema 03: Identificar a necessidade de compra por processo de licitação para materiais de consumo e equipamentos para implantar metas previstas no Protocolo de identificação do Paciente.
- Problema 04: Falta de padronização das variáveis constantes na PIP e na IUP.
- Problema 05: Falta de informação do recurso humano da instituição sobre IP, PIP e IUP.
- Problema 06: Falta de orientação ao paciente, acompanhante, familiar e cuidador quanto a necessidade da utilização da PIP e fixação da IUP na parede relacionado a dupla checagem antes do cuidado.
- Problema 07: Nenhuma informação divulgada aos recursos humanos da instituição sobre o projeto e suas ações no âmbito do hospital.
- Problema 08: Sistemas de informação e gerenciais da instituição não se comunicam.

## RESULTADOS

Inicialmente foram realizadas reuniões semanais do SIP, e posteriormente quinzenais para estudo de artigos e trabalhos de outras instituições a partir do qual foram aplicados *brainstorming* previsto nos encontros MC1, 2 e 3 e reuniões setoriais e SIP para padronização dos saberes, através da leitura de artigos, portarias, publicações, para que a

partir do aprendizado fosse realizada uma análise situacional da instituição com previsão das metas para implantação da IP.

Foi verificado que havia dois tipos de IP a PIP e a IUP e em alguns lugares nenhuma IP. Para padronizar as ações no âmbito da instituição quanto a IP, houve a necessidade de manter os dois tipos de ações já utilizadas até que houvesse tempo hábil para compra de materiais e equipamentos, com vistas a implementação da IP conforme previstos pelo SIP.

Sendo assim foi verificado junto ao setor de internação da instituição que o número de internações mensais nesse período era em torno de 700 pacientes/mês. Houve a análise junto ao setor do almoxarifado da quantidade em estoque de PIP de plástico padronizadas na instituição (4000 pulseiras). Assim, devido ao estoque baixo, não conseguiria prover a necessidade do serviço de internação durante a implantação da IP e nos meses de espera da compra dos materiais de consumos e equipamentos para correta implantação da IP. Foi verificado no setor de compras que o processo de licitação requer um tempo de tramitação de 06 meses a um ano, e que com isso haveria a necessidade de manter e melhorar os procedimentos de IP até que chegassem os materiais pedidos para correta IP.

Para tanto, foi requisitado que o almoxarifado aumentasse em 20% o pedido de compra anual para manter em andamento a implementação da IP nos próximos 12 meses, subsequentes. Houve também a necessidade de apoio para realizar a descrição e montagem do processo de licitação para requisitar a compra ou terceirização das impressoras automatizadas para com código de barras, para identificação do paciente, prontuários, exames laboratoriais, complementares, sangue e medicamentos.

Foi realizada a descrição, previsão do número de impressoras e seus insumos, documento requisitando a abertura de um processo de licitação, para compra e fornecimento aos setores de internação do hospital e ambulatório, com vistas a proporcionar a dupla checagem durante a identificação do paciente, dispensação e administração de medicações, exames laboratoriais e diagnósticos, e nas unidades de centro cirúrgico e centro, para tanto:

Houve o levantamento da necessidade de leitores de código de barra para complementar o trabalho das impressoras em todos os setores do hospital e ambulatório, através da dupla checagem, nos setores de:

- I. Almoxarifado da farmácia e farmácia de distribuição de doses para a identificação unitária das ampolas, comprimidos etc, para que quando os mesmos fossem dispensados seria direcionado o leitor de código de barras ao numero de prontuário do paciente específico que estaria utilizando à medicação, assim como a medicação, minimizando assim a dispensado de medicamentos errados, ou para pacientes errados, dosagens superiores ou inferiores as prescritas, além de auxiliar no controle de estoque e faturamento individualizado.
- II. Laboratório: para que todos os tubos de ensaio fossem identificados com código de barra e que esse código fosse checado junto ao pedido de exame

(identificação do paciente e nome dos exames) e tubo de ensaio, para que fossem realizados os exames laboratoriais certos nos pacientes certos e não fossem realizadas duas coletas de exames do mesmo tipo no mesmo dia sem a notificação prévia do sistema a quem estivesse realizando a coleta, assim minimizando gastos desnecessários a instituição.

- III. Exames complementares, para realização de dupla checagem junto ao pedido de exame e PIP, evitando exposição desnecessária do paciente a radiação ou outros elementos, e exames aos quais não foram prescritos para o mesmo, além de evitar gastos desnecessários.
- IV. Unidade Renal, para correta realização da terapia renal substitutiva no paciente certo com a prescrição correta, através da dupla checagem PIP e prescrição médica.
- V. Unidades de internação e Pronto Atendimento médico, para checagem do recebimento da medicação da farmácia para o paciente internado em sua unidade, e verificação da medicação prescrita, assim como sua dosagem, além da dupla checagem junto ao paciente para administração do medicamento correto, no paciente correto, evitando eventos adversos.
- VI. Banco de sangue, para dispensado da bolsa de sangue certa e testada, para o paciente certo, através da checagem interna no banco de sangue e a dupla checagem a beira do leito.
- VII. Almoarifado de materiais de consumo, para dispensado de material para as unidades, interligado ao seu sistema de baixa no estoque, auxiliando a auditoria e contagem de material, assim como no disparo de compras por baixa no estoque.
- VIII. Sistema informatizado que permitisse a integração de todos os serviços incluindo compras, almoarifados da farmácia e de materiais de consumo, unidades de internação, ambulatórios, setor de exames complementares, laboratório, banco de sangue, para que, qualquer setor tenha acesso aos arquivos de seu interesse, ao prontuário eletrônico, exames laboratoriais e complementares dos pacientes internados em sua unidade.

Foi verificada a necessidade de compra de placas acrílicas para IUP, que possibilitasse a correta IP como a higienização com álcool 70%. Em alguns setores do hospital a IP era por PIP de plástico, porém não utilizavam IUP; em outras áreas era utilizado a IUP e não PIP de plástico, não tendo homogeneidade quanto a forma de utilização dos dispositivos para IP.

Houve a padronização das variáveis que deveriam constar nas PIP em forma de Procedimento Operacional Padrão, de acordo com o Protocolo de identificação do paciente do Ministério da Saúde. Observa-se que a padronização da IUP também foi elaborada em forma de POP, dados a serem contidos na placa de identificação na unidade do paciente.

Em decorrência do material necessário estar em fase licitatória para compra o SIP realizou reunião com o NSP e juntos resolveram que inicialmente seria realizada a IUP em papel A4, o qual seria fixado na parede à cabeceira da cama do paciente, para troca em

caso sujidade, sendo este um processo disparador inicial da cultura de identificação do paciente junto aos funcionários, pacientes e acompanhantes.

Foi verificado que não seria produtivo que fossem lançados os POP's de PIP e IUP, sem que houvesse treinamento dos recursos humanos institucionais, que estariam envolvidos nas ações. Sendo assim foi requisitado à chefia dos servidores da internação, enfermeiros e técnicos de enfermagem treinamento quanto a pulseiras de identificação do paciente, e IUP, para que os mesmos agendassem a melhor data e horário junto aos servidores.

Houve o treinamento com 18 funcionários dos setores de internação, os quais se tornaram multiplicadores do treinamento, tendo como material de apoio o POP de PIP, com abertura aos participantes para sugestões de possíveis alterações, o que foi válido, houveram sugestões querentes por parte dos mesmos, as quais foram acatadas por parte do SIP, o qual gerou alterações benéficas no POP.

Os funcionários que não compareceram ao treinamento foram treinados posteriormente por seus pares, que repassaram o conhecimento aos colegas sobre a importância e como fazer a identificação por meio de PIP, o que funcionou de forma efetiva.

Posteriormente foi agendado treinamento com os enfermeiros, onde tivemos como material de apoio o POP de PIP e de IUP. Os enfermeiros entenderam a necessidade do procedimento e questionaram a necessidade de ser o enfermeiro utilizar o modelo previsto em POP da IUP e imprimi-lo a cada paciente que fosse admitido em sua unidade, porém o enfermeiro estará supervisionando de segunda a sexta-feira o funcionário administrativo do setor que fornecerá o papel de IUP ao técnico de enfermagem, que fará a fixação na cabeceira do leito.

Após esclarecimentos ficou acordado que os mesmos incorporariam essa atividade e ainda estariam repassando o conhecimento sobre o POP de IUP aos funcionários administrativos dos setores em que são responsáveis.

Houve a sugestão da organização de cartilhas sobre identificação do paciente a serem impressos, com base em normas e referenciais existentes, com o intuito de informar, esclarecer e orientar sobre relevantes aspectos deste processo de implantação, demonstrando a importância de todos para sustentar a assistência ao paciente em princípios e fundamentos que promovam a segurança do paciente, material este a ser distribuído para todos os setores do HUMAP/EBSERH, e que se encontra em fase de elaboração.

Além de ser importante a elaboração e implantação de pequenas rodas de conversa a efetuadas durante a espera do acompanhante e visitante, para entrada no horário de visitas em cada setor, meta não cumprida por falta do material impresso e de recursos humanos.

Foi verificada a necessidade de divulgação do Projeto de Identificação do Paciente, e para tanto houve a solicitação do auxílio da assessoria de imprensa e divisão de tecnologia da informação, através de planos de fundo nos computadores da instituição, folders

informativos, assim como a divulgação na página de abertura institucional, com intuito de incentivar a todos os servidores em participar e apoiar o projeto, porém a divulgação do projeto ainda não foi efetivada.

A sugestão quanto à unificação do registro do laboratório e do AGHU para dirimir possíveis erros de laudos de exames laboratoriais, não foi efetivada, pois depende de alterações e comunicação entre sistemas de computador a serem desenvolvidos.

## CONCLUSÃO

Esse projeto de intervenção visou à implantação da meta de IP do NSP do HUMAP/EBSERH em Campo Grande – MS.

Posteriormente, através de discussões foram levantados os problemas iminentes que levaram a implantação das metas de IP, sendo essas: previsão, descrição e pedido de compras de materiais de consumo e equipamentos, através de processo de licitação, elaboração de POP's referentes à PIP e IUP, treinamento dos recursos humanos a respeito das novas rotinas, elaboração de resumos para eventos científicos, relatando experiências vivenciadas durante o processo de organização e implantação, com intuito de auxiliar outras instituições que ainda não iniciaram o processo de implantação do NSP e IP.

Existem limitações neste estudo pela pequena quantidade de recursos humanos envolvidos no processo os quais dispõe de tempo restrito para dedicação ao IP, o que pode ter ocasionado possíveis atrasos no processo de implantação.

Sugere-se que a equipe exclusiva para o NSP que abranja os subgrupos para melhoria da IP condição necessária, para que seja mantido o padrão de atendimento em consonância com as legislações do País, para reduzir os erros induzem a falha na SP.

Para que a SP seja uma tendência mundial e que o pilar de IP permeie a organização de todos os serviços de uma instituição de saúde, e para que funcione de forma adequada e necessário que seja realizado uma avaliação do processo de implantação da PIP e IUP, sendo que falhas encontradas deva ser um ponto a ser revisto pela instituição, e reforçado no cotidiano de trabalho das equipes que estão em contato com os pacientes, com os pacientes e seus acompanhantes.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005, 8(4): 393.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: uma Reflexão Teórica. Aplicada à Prática. 1ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
3. Neuhauser D. Florence Nightingale gests no respect: as a statician that is. Quality Safety Health Care. Australian. 2003. 12: 317.

4. Roberts J, Coale J, Redman R. A history of the Joint Commission for accreditation of hospitals. *JAMA Internal Medicine*. California. 1987. 258(7): 936-40.
5. OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación em Seguridad del paciente: Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra, Suiza: OMS; 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2014.
7. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991. 324-377.
8. Leape LL. Errors in medicine. *Clínica Chimica Acta*. Atlanta. 2009. 404(2): 5.
9. Saturno PJ. Evaluación de los protocolos o guías de práctica clínica. Manual del Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. 2ª Ed. Murcia: Universidad de Murcia, 2008.
10. Silva LD, Segurança do paciente no contexto hospitalar. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2012 Jul/set; 20 (3): 291-7.
11. Kohn L; Corrigan J; Donaldson M. To error is human: building a safer health system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine:National Academy Press, 2000. 120.
12. Gallotti RMDG. Eventos Adversos – o que são? *Rev Assoc Med Bras*. 2004. 50 (2);109-26.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE JOINT COMMISSION, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Geneva. Aide Memoire. Patient Safety Solutions. 2007 may; 11(2).
14. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Artmed Editora. São Paulo. 2010. 1: 463.
15. Santos AE, Padilha KG. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Rev Bras Enf*. Brasília. 2005. 58(4): 429.
16. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? *Revista Associação Medica Brasileira*. 2003. São Paulo. 49(3): 335-341.
17. AHRQ - Agency for Health Care Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2011. User. Comparative Database Report. Disponível em:<  
[www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/](http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/)>. Acesso em: 28 Out. 2014.
18. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**. Oxford. 2009. 21: 279-84.
19. PROQUALIS - Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Coordenação Ana Maria Malik. Desenvolvido pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.2010.Disponível em:<<http://proqualis.net/>>

segurança-do-paciente>, acesso em: 10 nov. 2014.

20. PAHO - Organização Panamericana de Saúde. Coordenação de Joaquín Molina. Desenvolvido pela Organização pan-americana de saúde. 2010. disponível em:<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1106](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1106)>, acesso em: 11 nov. 2010.

21. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria N 529, de 1º de Abril de 2013b.

22. Oliveira EMAC. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: A tecnologia de grupo como estratégia para cuidado de enfermagem. [Tese]. Goiânia: Convênio Rede Centro-Oeste (UnB / UFG / UFM's); 2006. 110. Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde Ciências da Saúde.

23. CONSEJERÍA DE SALUD. Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA.Procedimento General De Identificación De Pacientes (Anexo 1). **Comité Operativo para la Seguridad del Paciente**. Andalucía, 2009.

25. Watcher RM. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução por Carolina Buss, Camila Philbert Lajolo Schrotberger, Andre Anjos da Silva; Revisão técnica: Guilherme Brauner Barcelos, Porto Alegre: AMGH, 2013.

26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety 2013**. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em 25 jan 2014.

27. Knobel E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo. 2010. Editora Atheneu.

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Geneva: WHO; 2009. Disponível em [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.p df](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf). Acesso em: 20 jan. 2014.

29. Emergency Care Research Institute (ECRI); Institute for Safe Medication Practice (ISMP). Use of color-coded patient wristbands creates unnecessary risk. Patient Safety Advisory. 2005 Dec 14 [acesso em 2013 Mar 15];2 Suppl, 2:4p. Disponível em: [http://www.psa.state.pa.us/psa/lib/psa/advisories/v2\\_s2\\_sup\\_\\_advisory\\_dec\\_14\\_2005.pdf](http://www.psa.state.pa.us/psa/lib/psa/advisories/v2_s2_sup__advisory_dec_14_2005.pdf)

30. SOUTH AUSTRALIA. DEPARTMENT FOR HEALTH AND AGEING. Policy Guideline - Patient Identification Guideline, 2011.

31. WALES. NATIONAL HEALTH SERVICE. 1000 Lives Plus. Tools for improvement: Reducing patient identification errors. 2012. 32.

32. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance For Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005 – 2006. **Clean Care Is Safer Care**. Geneva:Who, 2005.

33. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC No 36, de 25 de Julho de 2013c.

# TÓPICOS ATUAIS EM SAÚDE

🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
📷 @atenaeditora  
📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)



# TÓPICOS ATUAIS EM SAÚDE

🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
📷 @atenaeditora  
📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

