

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO / FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Michele da Rosa Paz

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E A SEGURANÇA DO PACIENTE:
ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA BDTD DE 2000 ATÉ 2021**

Porto Alegre
2022

Michele da Rosa Paz

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E A SEGURANÇA DO PACIENTE:
ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA BDTD DE 2000 ATÉ 2021

Projeto de Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes
Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
Escola de Administração da UFRGS

CIP - Catalogação na Publicação

Paz, Michele da Rosa
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E A SEGURANÇA DO
PACIENTE: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA BDTD DE 2000 ATÉ
2021 / Michele da Rosa Paz. -- 2022.
46 f.
Orientador: Ronaldo Bordin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Identificação do paciente. 2. Segurança do
paciente. 3. Gestão em saúde. I. Bordin, Ronaldo,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

Michele da Rosa Paz

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E A SEGURANÇA DO PACIENTE:
ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA BDTD DE 2000 ATÉ 2021**

Projeto de Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

___ de novembro de 2022

Banca Examinadora

Examinador:

Examinador:

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

RESUMO

Este estudo trata da produção científica sobre identificação do paciente, relacionado à segurança do paciente. A quantificação e análise da produção científica retratam o nível de desenvolvimento sobre determinado conhecimento. Por meio da bibliometria, este estudo investiga a publicação de pesquisas de pós-graduação na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações sobre identificação do paciente, relacionado à segurança do paciente. Como fundamentação teórica, discutiu a evolução no tema segurança do paciente e a inserção de protocolo de identificação do paciente no Brasil. Foram localizados 31 documentos entre os anos de 2000 a 2021. Com a bibliometria foram identificadas as variáveis científicas como instituição de ensino e pesquisa, orientação, ano, região geográfica, tipo de estudo de pós-graduação, área do conhecimento e metodologias utilizadas nas pesquisas. Os resultados apontam a maior frequência de publicações no acervo no ano de 2016, a região Sul com maior número de estudos, a região Sudeste com o maior número de doutorado e nenhum estudo realizado por instituição de ensino localizada na região Norte do país. A produção científica localizada acompanha a evolução das diretrizes na segurança do paciente, apesar da ocorrência de decréscimo nas publicações sobre o tema a partir do ano de 2016.

Palavras-chaves: Identificação do paciente. Segurança do paciente. Gestão em saúde.

ABSTRACT

This study deals with the scientific production on patient identification, related to patient safety. The quantification and analysis of scientific production portray the level of development on certain knowledge. Through bibliometrics, this study investigates the publication of graduate research in the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations on patient identification, related to patient safety. As a theoretical basis, it discussed the evolution in patient safety and the insertion of a patient identification protocol in Brazil. 31 documents were located between the years 2000 and 2021. With bibliometrics, scientific variables were identified such as teaching and research institution, orientation, year, geographic region, type of postgraduate study, area of knowledge and methodologies used in research . The results point to the highest frequency of publications in the collection in 2016, the South region with the highest number of studies, the Southeast region with the highest number of doctorates and no study carried out by an educational institution located in the North region of the country. Localized scientific production follows the evolution of patient safety guidelines, despite the decrease in publications on the subject from 2016 onwards.

Keywords: Patient identification. Patient safety. Health management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pesquisa na BDTD – termo de pesquisa	27
Figura 2 – Pesquisa na BDTD – seleção do período	27
Figura 3 – Frequência anual das publicações na BDTD sobre identificação do paciente no período de 2000 a 2021	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões da qualidade	16
Quadro 2 – Classificação internacional de segurança do paciente	17
Quadro 3 – Metas internacionais de segurança do paciente	19
Quadro 4 – Estratégia adotada.....	26
Quadro 5 – Descrição da produção científica conforme título, autores e ano.....	30
Quadro 6 – Descrição da produção científica conforme ambiente, instituição de ensino e região brasileira	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência absoluta dos estudos sobre identificação do paciente por tipo de curso e região brasileira no período de 2000 a 2021.....	32
Tabela 2 – Frequência absoluta das publicações por instituição de ensino e pesquisa, região brasileira e estados no período de 2000 a 2021	33
Tabela 3 – Quantitativo da autoria por sexo na BDTD sobre identificação do paciente no período de 2000 a 2021.....	34

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BA	Bahia
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CE	Ceará
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CQH	Controle de Qualidade Hospitalar
DF	Distrito Federal
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GO	Goiás
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
ID	Código identificador
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência de Enfermagem
JCI	<i>Joint Commisssion International</i>
MG	Minas Gerais
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PR	Paraná
PUC/GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo
UEM	Universidade Estadual de Maringá

UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFN	Universidade Franciscana
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNB	Universidade de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	14
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	14
2.2 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	20
3 OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GERAL.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	26
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

A identificação do paciente é a primeira etapa do processo seguro da assistência à saúde. Por meio do registro inicial do paciente, é gerado um documento importante à evolução clínica e à gestão do serviço de saúde. No entanto, as falhas de identificação do paciente podem ocasionar danos leves, moderados ou graves e até óbito.

As falhas evidenciam a fragilidade na identificação do paciente, que inclusive é um dos itens abordados pelas autoridades mundiais no tema de segurança do paciente. O marco da preocupação mundial com a segurança do paciente ocorreu com a publicação do relatório “Errar é Humano” em 1995, no qual evidenciou-se a falta de segurança ao revelar que cerca de 100 mil pessoas morriam anualmente nos Estados Unidos da América por eventos adversos. No Brasil, em 2013, o tema de segurança do paciente foi promovido com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529 do Ministério da Saúde, que orienta os serviços de saúde para contribuir na qualificação do cuidado em saúde por meio da criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) (BRASIL, 2013). Nesse mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu ações à segurança do paciente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, ao orientar estratégias e ações na gestão de risco assistencial, inclusive na identificação do paciente (BRASIL, 2014).

Os incidentes diagnosticados pelo NSP são encaminhados à Anvisa, que recebe as notificações dessas instituições de saúde e elabora anualmente os Boletins de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Em 2018 foram recebidas 103.275 notificações, sendo 70.887 com algum tipo de dano ao paciente (leve, moderado, grave) e 492 óbitos. Consequentemente revelando a necessidade de atenção à segurança do paciente nas organizações de saúde (ANVISA, 2019).

No entanto, mesmo com ações e estratégias em prol da segurança do paciente, ainda há falhas graves na assistência à saúde, conforme os Boletins de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. De forma a chamar a atenção do público, a mídia divulga casos com danos graves relacionados às falhas na assistência à saúde. Consequências graves, como o caso divulgado no ano de 2021 no qual houve falha na identificação do paciente que necessitava de transplante. A instituição chamou outro paciente com nome parecido para cirurgia de transplante, e durante a cirurgia o paciente que não precisava de transplante veio a óbito. Registrada a denúncia do ocorrido, o paciente que necessita de transplante soube pela

polícia que havia sido chamado outro paciente por engano e que ele voltou para lista de espera de um novo órgão (G1, 2021).

Ao percorrer a linha do tempo sobre segurança do paciente, é possível identificar relatórios e estudos que marcaram mudanças nos processos em saúde, conseqüentemente evidenciam a importância das pesquisas relacionadas à segurança do paciente. Neste contexto, é questionado se a identificação do paciente relacionada à segurança do paciente é objeto de pesquisa na produção científica no Brasil conforme as últimas décadas de evolução nas diretrizes do cuidado.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A frase “Medicina é a ciência da incerteza e a arte da probabilidade” foi declarada pelo criador do primeiro programa de residência para formação de médicos, estimado como o pai da medicina moderna, o médico William Osler (1849-1919). Este médico considerava a variabilidade e a complexidade como resultantes imprevisíveis na assistência médica, consequentemente fenômenos biológicos (doenças e tratamentos terapêuticos) e a imprevisibilidade do comportamento humano são elementos que envolvem o cuidado à saúde. Nesse contexto, as organizações de saúde são promovidas para uma baixa fiabilidade e confiabilidade e, consequentemente, apresentam um elevado potencial para geração de erros dos quais podem ocasionar danos leves a fatais ao paciente (SOUSA, 2019).

Outros profissionais no século XIX também consideravam a imprevisibilidade na assistência à saúde e destacavam a eliminação de fatores que não colaboram para recuperação do paciente, além da implementação de hábitos para promover o bem-estar do paciente. Na década de 1840, o médico obstetra Ignaz Semmelweis descobriu como reduzir a ocorrência de Febre Puerperal por meio da higienização das mãos. Após mais de cem anos esse tema ainda é atual e foi elencado como a primeira ação do Programa Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, em 2005, no Desafio Global para a segurança do paciente centrado na prevenção e redução das Infecções Relacionadas à Assistência de Enfermagem (IRAS). Na sequência, a Anvisa, por meio da RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010, ordena a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos aos serviços de saúde do país (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

A segurança no cuidado assistencial com fatores que colaboram com a recuperação do paciente também esteve na atenção de Florence Nightingale (1810-1920). Florence, enfermeira inglesa, foi chamada para auxiliar no tratamento dos soldados da Guerra da Criméia (1853-1856), mas observou a assistência precária que os pacientes recebiam. Logo modificou as condições ambientais como higienização, iluminação e centrou o cuidado no paciente, somado ao repouso e à alimentação, e obteve resultados positivos na recuperação dos enfermos (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Em 1910 foi publicado o Relatório Flexner, que revelou a precariedade do ensino médico e proporcionou a reforma do sistema de educação em medicina nos Estados Unidos da América. Com esse movimento, Ernest Codman (1869-1940), cirurgião do Hospital Geral de

Massachusetts (EUA), propôs o monitoramento do cuidado considerando o ambiente hospitalar com condições mínimas de assistência. Posteriormente ficaria conhecido como “padrões mínimos da acreditação”. Atualmente diversos países adotam a prática da acreditação, sendo um processo que avalia a qualidade e estimula a melhoria contínua nos serviços de saúde (ANVISA, 2017).

A preocupação com a qualidade acompanhava a evolução do pensamento administrativo, principalmente no ramo industrial, mas também refletia na qualidade assistencial à saúde. Por conseguinte, ocasionou o surgimento de organizações como a *Joint Commission of Accreditation of Hospitals*, em 1951, e em 1987 foi nomeada como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*. Esse fato era o começo da evolução dos processos seguros em saúde em diversos países, pois em 1960, por exemplo, foram instituídos cinco itens que deveriam ser verificados antes de administração de medicamentos. Posteriormente foi modificado para os “nove acertos na administração de medicamentos”, que servem para garantir um processo seguro em razão de falhas no processo. Entre os itens de verificação estão: medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa e monitoramento certo (TOMASICH, 2020).

A preocupação com qualidade na saúde ganhava mais notoriedade e foi tema nos estudos do médico libanês Avedis Donabedian (1919-2000), considerado pai da qualidade na saúde. Sua abordagem sobre avaliação de serviços de saúde se concentra na estrutura sistêmica considerando a tríade: estrutura, processo e resultado. Para o autor, a estrutura compõe a padronização de procedimentos, fluxos, protocolos, sistemas de informação, profissional qualificado, equipamentos, política institucional, bem como os recursos físicos e humanos. O item descrito como processos compreende a atuação dos profissionais do cuidado através da assistência ao diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente. Já o item resultado é a entrega da prestação de serviço, o produto final da assistência com as mudanças no estado de saúde do paciente. Portanto, a estrutura ampara a execução do processo e o processo gera o resultado (DONABEDIAN, 1980).

Para Donabedian, a qualidade é maximizar o bem-estar do paciente e, dessa forma, ele dimensionou a qualidade na saúde em sete pilares fundamentais: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990), conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Dimensões da qualidade

Eficácia	A produção de bem-estar e melhorias na saúde do paciente por meio da medicina
Efetividade	A concreta melhoria na saúde do indivíduo
Eficiência	A obtenção do resultado com o menor custo
Otimização	O equilíbrio relativo entre custo e benefício
Aceitabilidade	A adequação do cuidado às condições de acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente
Legitimidade	A conformidade do serviço do cuidado como satisfatório no bem-estar individual ou coletivo
Equidade	A justa e adequada distribuição dos serviços para todas as pessoas ou sociedade

Fonte: Adaptado de Donabedian (1990).

A preocupação na qualidade em saúde proporcionou a atenção no cuidado ao paciente e evoluiu para padrões na assistência, como o lançamento do Manual de Acreditação pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) em 1987. Nesse documento são apresentados os fatores necessários à acreditação de um hospital. Consequentemente, outras iniciativas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde começaram a surgir. Na década de 1990 foram criados o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) e o modelo brasileiro de acreditação, que ficou conhecido como Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Por conseguinte, surgiu a Organização Nacional de Acreditação (ONA), para definir padrões de qualidade, organizar avaliações e capacitar avaliadores no país.

Em 1995 houve uma elevada divulgação na mídia sobre erros assistenciais nos serviços de saúde, mas foi em 1999 que houve um marco com a publicação do relatório “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is human: building a safer health system*) pelo *Institute of Medicine (IOM)* (atual *National Academy of Medicine*). Nesse documento foi apresentado o estudo sobre a falta de segurança no cuidado ao paciente, ao revelar que cerca de 100 mil pessoas morriam anualmente nos EUA por eventos adversos. Esse estudo também chamou a atenção de profissionais de saúde e de autoridades à segurança do paciente. Na sequência, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2002, elencou o tema “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, em prol de

minimizar as falhas nos serviços prestados por meio do conhecimento dos principais pontos críticos na atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Já em 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) desenvolvendo programas, pesquisas, ferramentas e campanhas voltadas à consolidação da segurança do paciente. Ainda no mesmo ano, durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, foram definidos internacionalmente os conceitos de: Segurança do Paciente, Dano, Risco, Incidente, Circunstância Notificável, *Near Miss*, Incidente sem lesão e Evento Adverso, conforme o quadro a seguir (BRASIL, 2014).

Quadro 2 - Classificação internacional de segurança do paciente

Classificação	Definição
Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near Miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

A OMS promove ações que buscam reduzir erros e prevenir os eventos adversos dos fatores mais evidentes em falhas assistenciais. Entre as iniciativas da organização está a criação do Desafio Global da Segurança do Paciente, mecanismo para priorizar ações e o compromisso político diante dos principais ofensores à assistência segura. Conforme Anvisa (2017), até o ano de 2021 foram priorizados três Desafios Globais:

- a) “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, lançado no biênio 2005-2006, em atenção às IRAS;
- b) “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” em 2007-2008, com foco na promoção da segurança dos pacientes na cirurgia e

- c) “Medicamentos Sem Danos” em 2017, com o objetivo de reduzir o nível de danos graves e evitáveis relacionados à medicação.

O movimento da Aliança Mundial para Segurança do Paciente permite envolver diversos atores sociais como governantes, sociedade e setores da saúde em prol do desenvolvimento de políticas e ações que garantam maior segurança ao paciente. No Brasil, seguindo as orientações da OMS e com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. No documento são apresentados os objetivos (BRASIL, 2013):

- a) Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos NSP nos estabelecimentos de saúde;
- b) Envolver os pacientes e os familiares nesse processo;
- c) Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- d) Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e,
- e) Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da saúde.

Para atingir esses objetivos, o PNSP foi dividido em quatro eixos estratégicos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2014). Essas estratégias permeiam promover a cultura de segurança do paciente que é também definida na resolução da Anvisa na RDC nº 36 de 2013, em seu artigo 3º, como:

Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2014, texto digital).

Na temática sobre cultura na saúde, a redação da RDC nº 36 salienta a “cultura da culpabilidade”, que atribui ao profissional de saúde à responsabilidade do erro e impede a identificação dos reais causadores do incidente. Essa cultura julga o bom profissional como quem não erra e o mau profissional como quem erra e ainda o pune. Entretanto, conforme diz o título do relatório publicado em 1999, “Errar é Humano”, e devido à complexidade inerente aos serviços de saúde, o risco de falhas está presente durante o processo do cuidado. Nesse contexto, ao enxergar o erro de maneira individual e punir quem erra, conseqüentemente, o

serviço descarta a aprendizagem organizacional e a mudança de cultura na segurança do paciente (SOUSA, 2019).

Com a preocupação mundial sobre esse e outros temas que fragilizam a assistência segura à saúde, em 2011 a *Joint Commission International* (JCI), em conjunto com a OMS, desenvolveu seis metas internacionais para sensibilizar e mobilizar a sociedade política e em geral, as instituições e os profissionais de saúde em prol de estratégias das quais permitam um atendimento seguro. As seis metas elencadas têm o objetivo de modificar padrões culturais e minimizar ou eliminar os riscos de danos desnecessários na assistência à saúde, conforme o Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 - Metas internacionais de segurança do paciente

Meta 1	Identificar o paciente corretamente
Meta 2	Melhorar a eficácia da comunicação
Meta 3	Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância
Meta 4	Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto
Meta 5	Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde
Meta 6	Reduzir o risco de danos ao paciente resultantes de quedas

Fonte: Adaptado de Sousa (2019).

Essas seis metas internacionais buscam promover uma cultura de prevenção ao erro e incentivam ao planejamento dos processos assistenciais seguros, uma vez que a OMS define o erro como a “falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”. Uma teoria que corrobora essa definição de erro e ainda atribui um mecanismo para evitar a falha é o Queijo Suíço, do psicólogo e pesquisador James Reason. Para o autor, o erro é o alinhamento de falhas ativas e condições latentes das quais podem ocasionar dano ao paciente e, na teoria, os buracos do Queijo Suíço simbolizam os riscos dos quais se alinhados podem ocasionar o evento adverso. Para evitar as falhas nos processos assistenciais, é recomendada a inserção de barreiras que são simbolizadas pelas fatias do Queijo Suíço (BRASIL, 2014).

A noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justifica o modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente. Os erros ativos são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema. Erros latentes são atos ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão. Um erro ativo pode

ser, por exemplo, uma troca de medicamento no momento da administração, e um erro latente, a falta de medicamento no hospital (BRASIL, 2014, texto digital).

A intersecção das melhores práticas na assistência à saúde, a experiência que os pacientes desejam obter no serviço, o gerenciamento do risco de erro e a criação de barreiras eleva a probabilidade de processos seguros. Nesse contexto, o IOM declara que a qualidade na saúde é aumentar a probabilidade do resultado desejado nos serviços de saúde com nível de conhecimento científico que se tem, corroborando os conceitos de Donabedian. Portanto, a segurança do paciente é a prevenção e a redução de ocorrência de incidentes nos serviços de saúde que podem resultar em dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2014).

2.2 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A identificação do paciente em todas as etapas do cuidado é fundamental à segurança do paciente. Em virtude disso, os serviços de saúde buscam a excelência no cuidado por meio de redução de risco associados à assistência à saúde, elevação da qualidade e, ao mesmo tempo, buscam o equilíbrio financeiro em prol da sustentabilidade da instituição. Nos serviços de saúde são gerados diversos registros que auxiliam ao atendimento assistencial e à gestão da organização. Esses registros são classificados como registro gerencial, registro assistencial e registro administrativo.

O registro administrativo é caracterizado como os cadastros e agendamentos de pacientes (consulta médica, exames, procedimentos, atendimento de urgência) dos quais são inseridos os dados de identificação pessoal como nome do paciente, data de nascimento do paciente, nome da mãe do paciente, contato telefônico, endereço residencial, endereço eletrônico e observações especiais sobre condição epidemiológica (diabético, criança, idoso, gestante, deficiente). Por sua vez, o registro gerencial orienta as ações dos profissionais e certifica o estabelecimento de saúde com escalas de trabalho, manual de normas e rotinas, regimentos, procedimento operacional padrão, certidão de responsabilidade técnica e relatórios para estratégias organizacionais, por exemplo.

Já o registro assistencial é um documento fundamental ao paciente, pois são registradas informações como a evolução de enfermagem, continuidade na assistência, anotações de enfermagem, comunicação com paciente, entrega de orientações ao paciente, entre outras informações clínicas. Logo o registro administrativo é a primeira etapa que identifica o registro

assistencial e, a partir disso, serão inseridas as ações e as definições do cuidado desde a entrada até a alta do paciente no serviço. Além disso, o registro assistencial contém o histórico clínico que permite a rastreabilidade em todo o processo e a evolução clínica do paciente.

A rastreabilidade é um dos itens básicos da qualidade que advém do ramo industrial, pois garante a breve localização de informações, processos e profissionais que prestaram cuidado ao paciente. No entanto, para o correto registro assistencial, é necessário observar a qualidade do primeiro contato do paciente ao serviço de saúde, que é através do registro administrativo – a identificação do paciente. Dessa forma, a correta identificação do paciente proporciona segurança nas próximas etapas do cuidado e contribui à qualidade do serviço e à segurança do paciente.

Se por um lado a correta identificação do paciente é fundamental para segurança nas etapas subsequentes ao cuidado, por outro lado é de suma importância para gestão do serviço de saúde manter uma base de dados fidedignos. O destaque está no planejamento de estratégias organizacionais e até jurídicas, uma vez que há garantia constitucional à proteção e ao acesso às informações do cidadão. Conforme o artigo 5º inciso X e XIV da Constituição Federal de 1988 revela em seu inciso X que “[...] são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” e ainda no inciso XIV assegura “[...] a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional” (BRASIL, 1988, texto digital). E no Código de Defesa do Consumidor (CDC) de 1990, no artigo 43 apresenta o direito do cidadão ao acesso de suas informações em registros, cadastros, entre outros, conforme a seguir:

Art. 43. O consumidor, sem prejuízo do disposto no art. 86, terá acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele, bem como sobre as suas respectivas fontes (BRASIL, 1990, texto digital).

A importância sobre o registro e informações do paciente é revelada em diversas categorias profissionais da saúde com resoluções dos conselhos profissionais de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia, Serviço social e Odontologia, entre outros (SANTOS, 2020). Entre as autoridades de saúde que também abordam esse tema, estão a Anvisa com a publicação da RDC 36 em 2013 e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que em 2009 aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, apresentando princípios aos serviços de saúde pública e privada.

A preocupação com a informação registrada também está no PNSP, uma vez que o Brasil, membro da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, desdobrou as metas internacionais da OMS. O resultado foi o Documento de Referência Nacional para o Programa Nacional de Segurança do Paciente elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em conjunto com a Anvisa. Esse documento surge a partir da Portaria nº 529 do Ministério da Saúde que instituiu o PNSP no país e resgata estudos sobre segurança do paciente (BRASIL, 2014). A fim de garantir o processo padronizado de forma a prevenir e reduzir a ocorrência de eventos adversos. Nesse documento são apresentados seis protocolos referentes às metas internacionais de segurança do paciente, conforme a seguir:

- a) Protocolo de Identificação do Paciente;
- b) Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão;
- c) Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso, e Administração de Medicamentos;
- d) Protocolo para Cirurgia Segura;
- e) Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde e
- f) Protocolo de Prevenção de Quedas.

A primeira meta internacional é a identificação do paciente, que aborda como ponto fundamental o início do cuidado seguro e direciona a pessoa correta para sequência do atendimento que ela necessita. É a primeira etapa de um processo que envolve inúmeras variáveis na assistência à saúde, logo se houver uma falha na identificação do paciente fragiliza-se todo processo assistencial. Conseqüentemente pode ocasionar um efeito cascata, uma vez que poderão ocorrer erros em qualquer etapa do cuidado, seja na admissão, no diagnóstico, no tratamento, atrasos na execução de procedimentos e até cirurgias incorretas (ARMOND, 2016).

Desde o ano 2000 há discussão sobre a necessidade da correta identificação do paciente e, entre estudos e programas, foram analisados fatores que constroem o cuidado seguro e ações para melhorar esse processo fundamental na assistência à saúde. Conforme o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, alguns fatores relacionados ao paciente, ao ambiente e ao profissional de saúde podem contribuir às falhas na identificação. Nos casos de pacientes, o estado de consciência alterado, mudança de leito, passagem de plantão entre equipes, curto espaço de tempo ao atendimento, redução de custos, superlotação de serviços de saúde são exemplos dos fatores apresentados. Quanto aos profissionais de saúde, estes podem estar diretamente suscetíveis às falhas e outras causas que proporcionam a incidência de eventos adversos como o esgotamento profissional (*Burnout*), a dependência de álcool, o uso de drogas ilícitas e a depressão (BRASIL, 2014).

No Protocolo de Identificação do Paciente são apresentados estudos relacionados à incorreta identificação do paciente e suas consequências, como o óbito por erros durante o processo de atendimento. O objetivo do documento é evidenciar os principais ofensores na assistência à saúde e orientar soluções simples que possam minimizar os erros assistenciais. Entre outras estratégias apresentadas está a utilização de pulseiras de identificação para pacientes internados ou atendidos em serviços ambulatoriais ou emergências. Essa estratégia é corroborada por meio de pesquisas, as quais revelam a aceitação do uso de pulseiras pelos pacientes e seus resultados positivos, como a redução de erros após a implementação desse mecanismo de identificação (BRASIL, 2014).

A abrangência do Protocolo de Identificação do Paciente percorre em todos os serviços destinados ao cuidado em saúde e orienta o uso de pulseiras com a identificação do paciente com no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente e número de prontuário do paciente. Esses identificadores poderão ser manuscritos ou impressos digitalmente, no entanto é destacado que esses identificadores sejam de fácil acesso à leitura pelos profissionais de saúde, e ainda ressaltando-se que o material a receber a informação deverá ser durável, impermeável, confortável, seguro e inviolável. O tamanho da pulseira deverá ser de acordo com o perfil do paciente e ser fixada na região do punho no adulto e no recém-nascido no membro inferior. Caso não seja possível fixar a pulseira no membro superior no paciente adulto, é orientado fixar no membro inferior a fim de padronizar em todos os serviços de saúde no país. Portanto, corroborando com as ações do cuidado seguro à pessoa para a qual se destina (BRASIL, 2014).

A descrição acima sobre a recomendação do uso de no mínimo dois identificadores (nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente e/ou número de prontuário do paciente) está associada à “Dupla Checagem”. A dupla checagem é um processo de confirmação dos identificadores do paciente pelo profissional de saúde e o envolvimento do paciente na certificação de seus dados. Essa confirmação ocorre de maneira visual pelo profissional de saúde e, na sequência, deverá questionar sempre que possível o paciente (ou familiar ou acompanhante) os identificadores pessoais como o nome completo e data de nascimento do paciente (dupla checagem). O Protocolo de Identificação do Paciente orienta que esse fluxo deve ser seguido a cada procedimento durante a permanência do paciente no serviço, e ressalta o processo de dupla checagem ao salientar os pontos de atenção na confirmação do paciente antes da administração de medicamentos, administração

do sangue, administração de hemoderivados, coleta de material para exame, entrega da dieta e realização de procedimentos invasivos (BRASIL, 2014).

O Protocolo de Identificação do Paciente apresenta estudos sobre o tema e valida às orientações em prol da segurança do paciente. Além disso, outras ações que envolvam o paciente e sua segurança também poderão ser associadas ao processo, como a confirmação de procedimento a ser realizado, local do procedimento e certificação de dados pessoais em outros documentos. Neste cenário, as pesquisas em segurança do paciente contribuem para uma evolução em segurança na assistência à saúde por meio de outras ações.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a produção científica do tema “identificação do paciente relacionada à segurança do paciente”, disponível na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), no período do ano 2000 até 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Quantificar os estudos sobre identificação do paciente relacionados à segurança do paciente no período do ano 2000 até 2021 publicados na BDTD;
- b) Identificar em quais regiões brasileiras e instituições de ensino e pesquisa os estudos foram realizados;
- c) Sistematizar o perfil do serviço de saúde onde ocorreu a pesquisa, se serviço de saúde pública ou privada,
- d) Analisar se os objetivos das pesquisas foram atingidos.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo se caracteriza como uma análise bibliométrica da produção científica brasileira no tema identificação do paciente, relacionada à segurança do paciente, registrada entre os anos de 2000 a 2021. A bibliometria é a análise quantitativa da pesquisa científica e dos dados bibliográficos como ano de publicação, local, autores, entre outros. Essas análises permitem estimar a contribuição do conhecimento científico sobre determinado tema. Os resultados dos estudos bibliométricos contribuem para planejamento e ações na área investigada, além de contribuir à comunidade científica (RAO *et al.*, 1986).

Para coleta dos dados de produção científica no país foi selecionada a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), no período do ano 2000 a 2021. Considerada uma das maiores iniciativas do mundo em termos de disseminação e visibilidade de teses e dissertações, a BDTD foi lançada em 2002 pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia como uma base nacional de teses e dissertações das instituições brasileiras de ensino e pesquisa. O acesso à produção científica é livre e, conseqüentemente, contribui para a visibilidade da produção científica brasileira. O acervo digital recebe estudos de 130 instituições brasileiras de ensino e pesquisa, conta com mais de 766 mil registros entre dissertações e teses, recebe em média 51.128 documentos ao ano, e entre as principais instituições com os maiores números de documentos publicados estão USP, UNICAMP e UFRGS (BDTD, 2022).

A coleta dos dados ocorreu em outubro de 2022 e utilizou as seguintes estratégias:

Quadro 4 – Estratégia adotada

1ª etapa	Definição do termo: “identificação do paciente”
2ª etapa	Definição do período: 2000 a 2021
3ª etapa	Exportação dos dados para o gerenciamento bibliográfico
4ª etapa	Exclusão das teses e/ou dissertações duplicadas
5ª etapa	Seleção dos artigos conforme o tema da pesquisa
6ª etapa	Análise quantitativa e qualitativa dos resultados obtidos

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A seguir o detalhamento das etapas da coleta dos dados da produção científica na BDTD.

1ª etapa: Busca pelo termo “identificação do paciente” nos campos título, assunto e resumo do qual retornaram 243 resultados.

Figura 1 - Pesquisa na BDTD – termo de pesquisa



Fonte: BDTD (2022).

2ª etapa: Escolha do período do ano de 2000 a 2021 em razão do nascimento e evolução do tema referente à segurança do paciente no mundo e no Brasil. O resultado proporcionou 234 documentos entre teses e dissertações.

Figura 2 - Pesquisa na BDTD – seleção do período



Fonte: BDTD (2022).

3ª etapa: Exportação dos resultados para o software de gerenciamento bibliográfico.

4ª etapa: Exclusão teses ou dissertações duplicadas.

5ª etapa: Seleção dos artigos pelo critério de inclusão conforme o tema relacionado à segurança do paciente com foco na identificação do paciente e em estudos realizados no território brasileiro. Nessa etapa foi reduzido o quantitativo para 31 documentos.

6ª etapa: Quantificar os dados bibliográficos e analisar os documentos selecionados.

Para seleção e análise dos documentos foi realizada a leitura dos títulos, palavras-chave, resumo, objetivos, métodos e resultados encontrados nas dissertações e teses.

Com a relação dos documentos foram compilados os dados para análise quantitativa e qualitativa a fim de identificar o local dos estudos (se hospital, clínica médica, laboratório, por exemplo, e ainda se saúde pública ou privada), região brasileira do estudo, instituição de ensino, tipo de pesquisa, objetivos e resultados encontrados.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos sobre identificação do paciente, relacionados à segurança do paciente, resultaram em 31 documentos localizados na BDTD no período de 2000 a 2021. Segue a relação dos títulos, autores, ano e atribuímos um código identificador (Id) para cada documento, conforme Quadro 5.

Quadro 5 - Descrição da produção científica conforme título, autores e ano

Id	Título	Autor	Ano
A1	A segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem intensivistas	Araújo	2016
A2	Ações de gerenciamento da segurança do paciente em um serviço de emergência	Santos	2016
A3	Adesão ao protocolo de identificação do paciente em unidades pediátricas: estratégia para o cuidado seguro	Panno	2017
A4	Aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica da organização mundial da saúde: análise da segurança do paciente cirúrgico em serviços de saúde do Distrito Federal	Santana	2015
A5	As ações para segurança do paciente em unidades de pronto atendimento	Paixão	2017
A6	Avaliação da qualidade dos registros em prontuários de um hospital do nordeste brasileiro	Oliveira	2018
A7	Avaliação do processo de identificação do paciente em serviços de saúde	Brito	2015
A8	Barreiras de segurança no preparo e na administração de medicamentos potencialmente perigosos em unidade de terapia intensiva pediátrica	Martinez Julca	2016
A9	Ciclo de melhoria para uma correta identificação do paciente em hospitais oncológicos	Gomes Neto Junior	2016
A10	Comunicação e (in)segurança do paciente em unidades de terapia intensiva pediátrica	Valera	2016
A11	Comunicação escrita dos profissionais de saúde em hospitais públicos de Rio Grande do Norte	Alves	2017
A12	Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário	Neri	2004
A13	Empoderamento do paciente na redução de eventos adversos em um hospital universitário	Alves	2020
A14	Erros de medicação em unidade de pronto atendimento	Lima	2018
A15	Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro	Souza	2014
A16	Incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa: percepções de profissionais de enfermagem de terapia intensiva	Arboit	2014
A17	Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais	Seiffert	2019
A18	Informatização e segurança do paciente: percepções de profissionais de enfermagem de instituição pública hospitalar	Ferreira	2017
A19	Iniciativas de segurança na medicação em hospitais do estado de Goiás	Sagawa	2019
A20	Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência	Amaya	2015
A21	Lista de verificação de segurança cirúrgica e infecção do sítio cirúrgico em crianças e adolescentes: conhecimento dos profissionais que atuam em centro cirúrgico	Monteiro	2014
A22	Melhores práticas no cuidado de enfermagem seguro às pessoas com doenças cardiovasculares: subsídios para a liderança	Aruto	2016
A23	Práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de segurança do paciente: entre o prescrito e o real	Siman	2016
A24	Práticas seguras na administração de medicamentos em pediatria	Souza	2018
A25	Prescrições hospitalares de pacientes com HIV/AIDS: oportunidades de intervenção do farmacêutico	Nóbrega	2014
A26	Protocolo de cuidados aos pacientes críticos submetidos a exames de imagem no leito	Soares	2018
A27	Registro das ações de enfermagem: avaliação e proposições para a prática	Kuiava	2016
A28	Segurança do paciente em maternidade: avaliação do protocolo de identificação do binômio mãe-filho em um hospital universitário	Tase	2015
A29	Segurança do paciente em unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências: análise de riscos	Santos	2015
A30	Segurança do paciente: o checklist da cirurgia em um centro cirúrgico ambulatorial	Oliveira Junior	2015
A31	Sistema de medicação: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino	Opitz	2006

Fonte: Elaborado pela autora com o resultado da pesquisa (2022).

A seguir a relação dos documentos por ambiente do estudo (local do estudo), tipo de pós-graduação *stricto sensu* - se mestrado ou doutorado, sigla da instituição de ensino e a região brasileira.

Quadro 6 - Descrição da produção científica conforme ambiente, instituição de ensino e região brasileira

Id	Ambiente (local do estudo)	Tipo	Sigla	Região
A1	Unidade de terapia intensiva	Mestrado	UFRN	Nordeste
A2	Urgência e emergência	Mestrado	USP	Sudeste
A3	Unidades pediátricas de um hospital de ensino	Mestrado	UFN	Sul
A4	Centros cirúrgicos	Doutorado	UNB	Centro-oeste
A5	Unidades de pronto atendimento (UPA)	Mestrado	UFPR	Sul
A6	Hospital	Mestrado	UFRN	Nordeste
A7	12 hospitais e 5 unidades de pronto atendimento (UBDS e UPA)	Doutorado	USP	Sudeste
A8	Unidade de terapia intensiva pediátrica	Mestrado	UFSC	Sul
A9	Dois hospitais de referência em oncologia	Mestrado	UFRN	Nordeste
A10	Unidade de terapia intensiva pediátrica	Mestrado	UEM	Sul
A11	Três hospitais públicos	Doutorado	UFRN	Nordeste
A12	Unidade de clínica médica de um hospital universitário	Mestrado	UFC	Nordeste
A13	Hospital em Manaus	Mestrado	UFRN	Nordeste
A14	Unidade de pronto socorro	Mestrado	PUC/GO	Centro-oeste
A15	Hospitais	Mestrado	UERJ	Sudeste
A16	Unidade Terapia Intensiva	Mestrado	UFSC	Sul
A17	52 participantes - pesquisadores, docentes e técnicos brasileiros experientes em indicadores em saúde e profissionais com atuação em hospitais, especificamente na gestão da qualidade e segurança do paciente.	Doutorado	UFPR	Sul
A18	Hospital	Mestrado	UEM	Sul
A19	13 hospitais	Mestrado	UFG	Centro-oeste
A20	Emergência hospitalar	Mestrado	UFPR	Sul
A21	Centros cirúrgicos de três hospitais públicos	Mestrado	UFBA	Nordeste
A22	Hospital privado	Mestrado	UFSC	Sul
A23	Hospital de ensino	Doutorado	UFMG	Sudeste
A24	Unidade de terapia intensiva pediátrica	Mestrado	UFRN	Nordeste
A25	Hospital de ensino	Mestrado	UNB	Centro-oeste
A26	Unidades de atendimento a pacientes críticos de um hospital	Mestrado	UFPR	Sul
A27	Unidades de internação médica e cirúrgicas	Mestrado	UFSC	Sul
A28	Clínica obstétrica e no centro obstétrico em um hospital universitário de atenção terciária	Doutorado	USP	Sudeste
A29	Unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências	Mestrado	UFG	Centro-oeste
A30	Centro cirúrgico	Mestrado	UFRGS	Sul
A31	Hospital de ensino - internação clínica	Doutorado	USP	Sudeste

Fonte: Elaborado pela autora com o resultado da pesquisa (2022).

Conforme o Quadro 5 revela, 24 pesquisas são de mestrado e sete de doutorado, logo a preocupação sobre identificação do paciente, relacionada à segurança do paciente, está presente em ambos os tipos de pós-graduação *stricto sensu*. Em relação à região brasileira, o maior número de publicações relacionado ao tema foi a região Sul, conforme as Tabelas 1 e 2 respectivamente. No entanto, a região com maior número de doutorado foi a região Sudeste, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência absoluta dos estudos sobre identificação do paciente por tipo de curso e região brasileira no período de 2000 a 2021

Mestrado	24
Sul	11
Nordeste	7
Centro-oeste	4
Sudeste	2
Doutorado	7
Sudeste	4
Sul	1
Centro-oeste	1
Nordeste	1
Total Geral	31

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa (2022).

Destes estudos, quinze instituições de ensino e pesquisa estão presentes em onze estados brasileiros. A instituição de ensino que manteve uma frequência de pesquisas sobre o tema e, conseqüentemente, mais publicou no acervo da BDTD, foi a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), região Nordeste do Brasil, com seis publicações nos anos de 2016, 2017, 2018 e 2020. E, ainda, apesar de ter sido identificado um estudo no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) localizado em Manaus, na região Norte do Brasil, há uma ausência de publicações de pesquisas sobre o tema pelas instituições de ensino e pesquisa dessa região, conforme Tabela 2.

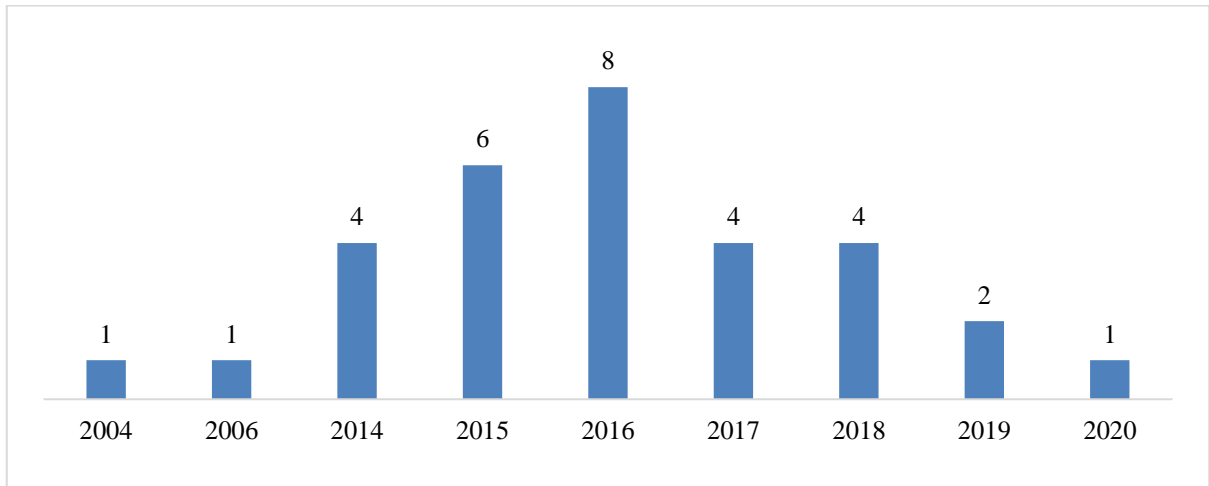
Tabela 2 - Frequência absoluta das publicações por instituição de ensino e pesquisa, região brasileira e estados no período de 2000 a 2021

Sul	12	Nordeste	8	Sudeste	6	Centro-oeste	5
PR	6	BA	1	MG	1	DF	2
UEM	2	UFBA	1	UFMG	1	UNB	2
UFPR	4	CE	1	RJ	1	GO	3
RS	3	UFC	1	UERJ	1	PUC/GO	1
UFN	1	RN	6	SP	4	UFG	2
UFRGS	1	UFRN	6	USP	4		
UFSM	1						
SC	3						
UFSC	3						

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa (2022).

Referente à frequência de publicações das pesquisas sobre o tema entre 2000 e 2021 na BDTD, a amostra encontrada revelou a publicação mais antiga do ano de 2004 (A12) e a publicação mais recente de 2020 (A13). Conforme o Gráfico 1, o ano de 2016 apresentou o maior número de publicações com oito pesquisas. Em 2016 as regiões Sul, Sudeste e Nordeste publicaram respectivamente 4, 2 e 2 pesquisas sobre o tema e as instituições de ensino que publicaram foram UFSC (3), USP (1), UFRN (2), UEM (1) e UFMG (1). O decréscimo de publicações na BDTD a partir de 2016 pode se justificar por algumas hipóteses como: a falta de publicação no acervo dos estudos realizados nesse período; a redução nos investimentos na área e em educação e, a partir do ano de 2020, pela pandemia da Covid-19, a qual pode ter refletido diretamente no campo da pesquisa na área de saúde. Apesar disso, a concentração dos estudos ocorreu na última década, logo acompanhando a evolução sobre as diretrizes na segurança do paciente.

Figura 3 - Frequência anual das publicações na BDTD sobre identificação do paciente no período de 2000 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Quanto à autoria, foram predominantemente representada pelo sexo feminino tanto na categoria aluno como na categoria orientador, conforme Tabela 3. Se por um lado o trabalho do cuidado direto na saúde é executado em maioria pelo sexo feminino, por outro lado, a pesquisa aponta que a produção científica sobre o tema também é de destaque ao sexo feminino. Quanto à frequência dos autores, houve apenas uma orientadora que apareceu em duas pesquisas de mestrados da UFPR e sem mais repetições no portfólio bibliográfico.

Tabela 3 - Quantitativo da autoria por sexo na BDTD sobre identificação do paciente no período de 2000 a 2021

Sexo/Autores	Aluno(a)	Orientador(a)
Feminino	27	29
Masculino	4	2
Total	31	31

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa (2022).

Em relação ao método de pesquisa mais utilizado nos estudos foi o descritivo, com a frequência de quinze estudos (A1, A7, A8, A10, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A22, A27, A28, A29 e A30) e o método transversal apareceu em nove estudos (A2, A5, A6, A9, A12, A13, A20, A23 e A26). Nas demais pesquisas apresentaram outros métodos de pesquisa (A3, A4, A11, A21, A24, A25 e A31).

Na análise dos objetivos foram identificados temas semelhantes e agrupados em:

- a) Avaliação de processo: 16 estudos (A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A15, A23, A24, A25, A27, A28 e A30);
- b) Avaliação dos erros na assistência: 5 estudos (A12, A14, A22, A31 e A29);
- c) Percepção dos profissionais de enfermagem: 4 estudos (A1, A16, A18 e A21);
- d) Validação de indicador, *checklist* ou protocolo assistencial: 3 estudos (A17, A20 e A26);
- e) Ações da equipe de enfermagem em prol da segurança do paciente: 2 estudos (A2 e A19);
- f) Avaliação da educação do paciente ao tema segurança do paciente como fator de redução em eventos adversos: 1 estudo (A13).

Entre os 16 estudos que se concentraram na avaliação de processos relacionados ao tema, a maioria apresentou oportunidades de melhorias em razão de resultados insatisfatórios, que revelaram fragilidades nas etapas do cuidado, incluindo a identificação do paciente. Alguns estudos apresentaram o processo de identificação do paciente, seja pulseira, dupla checagem ou *checklist*, como barreiras para evitar a ocorrência de eventos adversos.

As pesquisas que se concentraram na avaliação dos erros assistenciais apresentaram três estudos diretamente relacionados ao tema de administração de medicação (A12, A14, A31). Nesta abordagem os estudos também revelaram falhas na identificação do paciente como erro ou troca de paciente, ausência de pulseira de identificação, omissão de itens na identificação do paciente e, por fim, constatado que a maioria das falhas administrativas na administração de medicação é na identificação do paciente (NERI, 2004; OPITZ, 2006; LIMA, 2014).

A frequência de quatro estudos (A1, A16, A18 e A21) quanto à percepção dos profissionais de enfermagem sobre a segurança do paciente, incluindo a identificação do paciente, também foi fator de destaque nos achados do portfólio bibliográfico. Uma vez que essas pesquisas procuram investigar o conhecimento e a prática dos profissionais que atuam diretamente com a segurança do paciente, proporcionando a leitura da realidade com a teoria. No entanto, os estudos apresentaram resultados diferentes em relação ao conhecimento da equipe de enfermagem (conhecimento presente ou deficiente). Uma hipótese que pode explicar o resultado diversificado na percepção dos profissionais é a evolução sobre o tema, pois as produções científicas são de datas diferentes e nesse período surgiram normas, diretrizes, protocolos e avanço na educação sobre a segurança do paciente. Portanto, mesmo com resultados que evidenciaram a deficiência no conhecimento sobre segurança do paciente pelas

equipes de enfermagem, numa linha histórica, é possível auferir que houve uma evolução e expansão sobre a segurança do paciente.

Por outro aspecto que colabora com essa evolução no tema são os estudos de Seiffert (2019), Amaya (2015) e Soares (2018), respectivamente identificados A17, A20 e A26, em que apresentaram a preocupação em criar mecanismos de gestão para promoção da segurança do paciente. Nas pesquisas foram recomendadas a criação e validação de indicadores, *checklist* e protocolos assistenciais, pontuando a identificação do paciente como fundamental nos processos assistenciais. Esses instrumentos servem como mecanismos de aprimoramento da assistência segura ao paciente e atuam nas fragilidades encontradas em processos já existentes, portanto contribuindo para segurança do paciente.

Nas pesquisas em que a temática firmam as ações da equipe de enfermagem em prol da segurança do paciente (A2 e A19), houve um resultado satisfatório e outro com oportunidade de melhorias. Na pesquisa com resultados positivos houve a identificação da presença do NSP nos hospitais e os protocolos utilizados na segurança do paciente, inclusive Protocolo de Identificação do Paciente. No entanto, na outra pesquisa com resultado insatisfatório, foi salientada a ausência de pulseira de identificação e uma fraca política de identificação do paciente. Deste modo, as pesquisas apresentaram instituições de saúde onde há reprodução das diretrizes de segurança ao paciente, mas também onde existe a falha ou inexistência de implementação das orientações de segurança do paciente.

De forma generalizada, os estudos se concentram em analisar processos e percepções dos profissionais de saúde, porém apenas um estudo trouxe o paciente como centro do processo. Por meio da educação em segurança do paciente foi possível relacionar o paciente como condutor de redução de eventos adversos. Nesta abordagem, há um modelo de atenção centrado no paciente, que produz efeitos positivos no cuidado e contrapõe o cuidado centrado na doença. Esse cuidado centrado no paciente orienta o envolvimento do paciente no processo que resultou em cooperação deste e da equipe de profissionais de saúde. O envolvimento do paciente no processo do cuidado permite uma participação ativa – e não passiva – em seu tratamento, consequentemente ganhando visibilidade em sua segurança.

Quanto aos locais das pesquisas ocorreram, em sua maioria em hospitais de saúde pública e de ensino, sendo apenas um hospital privado (A22). A presença de hospitais de ensino é compreensiva pela aproximação da prática profissional e da aprendizagem. Quanto aos ambientes das pesquisas, exceto dois estudos (A5 e A7) contaram com a pesquisa em unidade de pronto atendimento (UPA), logo não há estudos no portfólio bibliográfico em outros serviços

de saúde fora do ambiente hospital, como laboratório, centro de diagnóstico por imagem, consultórios ou farmácias tanto de saúde pública ou saúde suplementar.

Outro destaque é a produção científica concentrada em escolas e programas de pós-graduação em enfermagem (20 pesquisas) e as demais áreas de estudos como ciências da saúde, saúde coletiva, qualidade em saúde e farmácia. Com o viés da qualidade, também há recorrência nos estudos sobre registros de enfermagem com informações incompletas, ausência de dados, má qualidade no registro, consequentemente revelando falhas na identificação do paciente. Além disso, apesar da grande concentração de estudos das escolas de enfermagem e apenas um estudo da área de farmácia clínica (A12), foram identificados oito estudos (A8, A12, A14, A16, A19, A24, A25 e A31) sobre segurança do paciente e administração de medicamentos.

A preocupação na identificação de criança e do recém-nascido esteve presente em seis estudos (A3, A8, A10, A21, A24 e A28), uma vez que naturalmente há maior resistência ou dificuldade na identificação em criança no uso de pulseira de identificação, por exemplo, e na fragilidade dos procedimentos de identificação entre mãe-filho nos centros obstétricos. Por sua vez, essa preocupação também foi apresentada no Protocolo de identificação do paciente ao orientar ações quando paciente recém nascidos ou crianças.

O Documento de Referência Nacional para o Programa Nacional de Segurança do Paciente trouxe o Protocolo de Identificação do Paciente como norteador dos processos seguros em saúde, no entanto, nas pesquisas localizadas na BDTD foram identificadas fragilidades na aplicação do processo ou descumprimento do protocolo. Dentre os 31 estudos selecionados, cinco apresentaram resultados satisfatórios ou positivos em relação à identificação do paciente, porém as outras 26 pesquisas constaram falhas na identificação do paciente, seja por ausência de protocolos já existentes, processos frágeis, falta de conhecimento sobre o tema pelos profissionais de saúde, ações com baixa qualidade e/ou protocolos incorporados apenas como um processo burocrático. Outro item apontado como fator negativo e que houve concordância nos estudos foi a recusa do profissional de saúde na conferência da identificação do paciente, ou seja, a implementação de pulseiras de identificação não garante a segurança do paciente sem a conferência do profissional. Consoante com outros aspectos como a qualidade das informações descritas na identificação do paciente e a qualidade do material da pulseira utilizada.

De forma geral, uma percepção apontada é a identificação do paciente não é compreendida como uma barreira na segurança do paciente, mas incorporado um procedimento burocrático que pode ser realizado depois ou incompleto. Portanto, não evidenciou um consenso

na prática segura no país. Apesar dessa constatação, os estudos revelam a preocupação sobre a temática e ao mesmo tempo a evolução sobre o assunto no Brasil nas últimas décadas. Um dos fatores positivos apontados é o baixo investimento na prática segura ao implementar protocolos e políticas de segurança ao paciente. Em suma, as pesquisas apontam oportunidades nos processos elencados pelos serviços de saúde em relação à identificação do paciente, colaborando com protocolos já existentes e desenvolvendo outras ações de promoção à segurança do paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução histórica na assistência à saúde revela a preocupação na segurança do paciente e tem ganhado notoriedade nas políticas e no meio acadêmico. A amostra de teses e dissertações localizada na BDTD entre 2000 a 2021 sobre identificação do paciente, relacionada à segurança do paciente, localizou 31 estudos.

Destes estudos, a maioria ocorreu em hospitais de saúde pública e pelas equipes de enfermagem como atores, assim como as teses e dissertações originadas de programas de pós-graduação em enfermagem. Além disso, o perfil feminino esteve presente na maioria dos documentos, houve concentração de estudos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil e ausência de instituições de ensino e pesquisa na região Norte.

A amostra também revelou a falta da aplicação do Protocolo de Identificação, fragilidade na aplicação do protocolo, falta de conhecimento pelos profissionais de saúde e falhas apontadas nos processos assistenciais, principalmente na administração de medicação. Apesar disso, também houve evolução positiva ao perceber o aumento das pesquisas conforme as publicações de diretrizes em relação à segurança do paciente, bem como o Protocolo de Identificação do Paciente. Consequentemente, o eixo de ensino e pesquisa do PNSP é fomentado e auxilia na condução de melhores práticas em prol da segurança e identificação do paciente em todo território brasileiro.

Em suma, a segurança do paciente é interdisciplinar, uma vez que a preocupação e as práticas seguras estão presentes em várias instituições que colaboram com o desenvolvimento de planejamento, políticas e ações na promoção de saúde. No entanto, esta análise bibliométrica apontou a concentração de teses e dissertações na área de enfermagem com foco no paciente passivo, logo sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre segurança do paciente em outras áreas das ciências da saúde e o envolvimento do paciente de forma ativa em sua segurança.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Kisna Yasmin Andrade. **Comunicação escrita dos profissionais de saúde em hospitais públicos do Rio Grande do Norte**. 2017 135f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24515> Acesso em: 10 set. 2022.
- ALVES, Valdelanda de Paula. **Empoderamento do paciente na redução de eventos adversos em um hospital universitário**. 2020 86f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Inovação em Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/32440/1/Empoderamentopacientereducao_Alves_2020.pdf Acesso em: 12 set. 2022.
- AMAYA, Marly Ryoko. **Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência**. 2015 213 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de pós graduação em enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41792/R%20-%20D%20-%20MARLY%20RYOKO%20AMAYA.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acesso em: 20 out. 2022.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF: Anvisa, 2017.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2018**. Brasília, DF: Anvisa, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente> Acesso em: 19 out.2022.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013. Acesso em: 16 out. 2022.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº. 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2010.
- ARAÚJO, Lorena Machado de. **A segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem intensivistas**. 2016 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/22769> Acesso em: 12 out. 2022.

ARBOIT, Éder Luís. Incidentes relacionados à segurança da terapia medicamentosa: medidas de emergência relacionadas à segurança da terapia. 2014 126f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2014. Disponível em:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qTeY - PhCbMJ:https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7428&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

Acesso em: 15 set. 2022.

ARMOND, Guilherme. **Segurança do Paciente: Como Garantir Qualidade nos Serviços de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: Doc Content, 2016. Disponível em:

https://issuu.com/editoradoc/docs/lv_-_seguran_a_do_paciente_-_p_gi Acesso em: 10 set. 2022.

ARUTO, Giuliana Caldeirini. **Melhores práticas no cuidado de enfermagem seguro às pessoas com doenças cardiovasculares: subsídios para liderança**. 2016 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167997/340353.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 14 out. 2022.

BDTD. BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES. **Acesso e visibilidade às teses e dissertações brasileiras**, 2022. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/> Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, Maria de Fátima Paiva. **Avaliação do Processo de Identificação do Paciente em Serviços de Saúde**. 2015. 227 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2015. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07012016-110042/> Acesso em: 20 set. 2022.

DONABEDIAN Avedis. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press. 1980.

DONABEDIAN, Avedis. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med. 1990.

FERREIRA, Andressa Martins Dias. Informatização e segurança do paciente: percepções de profissionais de enfermagem de instituição pública hospitalar. 2017 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade

Estadual de Maringá, Maringá, PR, 2017. Disponível em:

<http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/2387/1/000227612.pdf> Acesso em: 12 out. 2022.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Programa Nacional de Segurança do Paciente lança normas e guias para atendimento hospitalar. **FioCruz**, Rio de Janeiro, RJ, 15 out. 2013. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-lanca-normas-e-guias-para-atendimento-hospitalar> Acesso em: 16 out. 2022.

GOMES NETO JÚNIOR, José. **Ciclo de melhoria para uma correta identificação do paciente em dois hospitais oncológicos**. 2016 41f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/22656> Acesso em: 15 out. 2022.

G1. Nome parecido, doença igual, destinos diferentes: sem necessidade de transplante, homem é operado e morre. **G1. Fantástico**, Rio de Janeiro, RJ, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2021/05/23/nome-parecido-doenca-igual-destinos-diferentes-sem-necessidade-de-transplante-homem-e-operado-e-morre.ghtml>. Acesso em: 03 out.2022.

KUIAVA, Isabel Berns. **Registro das ações de enfermagem**: avaliação e proposições para a prática. 2016 151f. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/169236?show=full> Acesso em: 02 out. 2022.

LEAPE, Lucien L.; BATES, David W.; CULLEN, David J. et al. Systems analysis of adverse drug events. **JAMA**, v. 274, n.1, p. 35-43, 1995. DOI:10.1001/jama.1995.03530010049034

LIMA, Edmila Lucas de. **Erros de medicação em unidade de pronto atendimento**. 2018 116 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação STRICTO SENSU em Atenção à Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, 2018. Disponível em:

<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/4166> Acesso em: 03 out. 2022.

MARTINEZ JULCA, Carla Susana. **Barreiras de Segurança no preparo e na administração de medicamentos potencialmente perigosos em unidade de terapia intensiva**. 2016, 118 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/175913> Acesso em: 14 set. 2022.

MONTEIRO. Fátima Maria dos Santos. **Lista de verificação de segurança cirúrgica e infecção do sítio cirúrgico em crianças e adolescentes**: conhecimento dos profissionais envolvidos. 2014. 84 f. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/17938> Acesso em: 12 out. 2022.

NASCIMENTO, João Costa; DRAGANOV, Patrícia Bover. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem revista eletrônica**, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 299-

309, 2015. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf
Acesso em: 10 set. 2022.

NERI, Eugenie Desiree Rabelo. **Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário.** 2004 230f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Programa de pós-graduação em ciências farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/4216> Acesso em: 10 out. 2022.

NÓBREGA, Heliane Vieira da. **Prescrições hospitalares de pacientes com HIV/AIDs: oportunidades de intervenção do farmacêutico.** 2014 103f. Dissertação (Mestre em Ciências da Saúde) - Programa de pós-graduação em ciências da saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/17729>
Acesso em: 10 nov. 2022.

OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de. **Segurança do paciente: o checklist da cirurgia em um centro cirúrgico ambulatorial.** 2015 79f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/116737> Acesso em: 10 nov. 2022.

OLIVEIRA, Patrícia Lopes. **Avaliação da qualidade dos registros em prontuários de um Hospital do Nordeste Brasileiro.** 2018 57f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/26613/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20qualidaderegistros_Oliveira_2018.pdf Acesso em: 23 nov. 2022.

OPITZ, Simone P. **Sistema de medicação: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino.** 2006. 187f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-163213/pt-br.php> Acesso em: 20 nov. 2022.

PAIXÃO, Danieli Parreira da Silva Stalysz da. **As ações para segurança do paciente em unidades de pronto atendimento.** 2017 130f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/51250/R%20-%20D%20-%20DANIELI%20PARREIRA%20DA%20SILVA%20STALISZ%20DA%20PAIXAO%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 12 nov. 2022.

PANNO, Simone Franciscatto. **Adesão ao protocolo de identificação do paciente em unidades pediátricas: estratégia para o cuidado seguro,** 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) - Ciências da Saúde, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria - RS, 2017. Disponível em: <http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/handle/UFN-BDTD/639>. Acesso em: 15 out. 2022.

RAO, I. K. *et al.* **Métodos Quantitativos em Biblioteconomia e em Ciência da Informação.** Brasília, DF: ABDF, 1986.

RIBEIRO, Daisy Ferreira. **Qualidade em serviços públicos de saúde: a percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano.** 2010. 81 f. Dissertação (Saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, PE, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13693> Acesso em: 15 set. 2022.

SAGAWA, Marcella Rarumi **Iniciativas de segurança na proteção dos hospitais do estado de Goiás.** 2019 274f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiás, GO, 2019. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/10359/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Marcella%20Rarumi%20Sagawa%20-%20202019.pdf> Acesso em: 12 out. 2022.

SANTANA, Heiko Tereza. **Aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde: Análise da segurança do paciente cirúrgico em serviços de saúde do Distrito Federal.** 2015. 267p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20233> Acesso em: 16 nov. 2022.

SANTOS, Alessandra Nogueira de Sousa. **Segurança do paciente em unidades não hospitalares de atendimento as urgências e emergências: análise de riscos.** 2015 112f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de Pós-graduação em ensino na saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/5292> Acesso em: 12 set. 2022.

SANTOS, Évelin Costa dos. **A confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde: importância de normas e procedimentos para o acesso ao prontuário do paciente nas instituições de saúde universitárias.** 2020 146f. Dissertação (Mestrado em ciência da informação) - Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/33744/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_%C3%89VELIN_COSTA_DOS_SANTOS_PPGCI%20%28vers%C3%A3o%20final%29.pdf Acesso em: 15 out. 2022.

SANTOS, Patrícia Reis Alves. dos. **Ações de Gerenciamento da Segurança do Paciente em um Serviço de Emergência.** 2016. 147f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, SP, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-28032017-151135/pt-br.php> Acesso em: 15 out. 2022.

SEIFFERT, Leila Soares. **Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais.** 2019 391f.. Tese (Doutorado em enfermagem) - Programa de pós graduação em enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1122970> Acesso em: 15 out. 2022.

SIMAN, Andréia Guerra. **Práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de segurança do paciente: entre o prescrito e o real.** 2016 190f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ANDO-AHRJRM> Acesso em: 12 nov. 2022.

SOARES, Débora Thais Siqueira. **Protocolo de cuidados aos pacientes críticos submetidos a exames de imagem no leito**. 2018 188f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de pós graduação em enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2018. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/Protocolo-cuidados-pacientes-criticos-submetidos-exames-imagem-leito.pdf> Acesso em: 23 set. 2022.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SOUZA, Éricka Cecília Resende de. **Práticas seguras na administração de medicamentos em pediatria**. 2018. 83f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/26595> Acesso em: 12 set. 2022.

SOUZA, Ruth Francisca Freitas de **Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro**. 2014 96f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2014. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/11332> Acesso em: 14 set. 2022.

TASE, Terezinha Hideco. **Segurança do paciente em maternidade**: avaliação do protocolo de identificação do binômio mãe-filho em um hospital universitário. 2015 148f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-27052015-155602/> Acesso em: 14 set. 2022.

TOMASICH, Flávio; Evolução da história da qualidade e segurança do paciente: desde os padrões iniciais até os dias de hoje. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, RJ, v. 47, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202650>

VALERA, Ingrid Mayara Almeida. **Comunicação e (IN) segurança do paciente em unidades de terapia intensiva pediátrica**. 2016 103f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, 2016. Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/2344> Acesso em: 12 out. 2022.