

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Segurança do paciente na terapia intravenosa em unidade de terapia intensiva

Patient safety in intravenous therapy in the intensive care unit

Seguridad del paciente en terapia intravenosa en la unidad de cuidados intensivos

Kisna Yasmin Andrade Alves ¹, Théo Duarte da Costa ², Adriana Gonçalves de Barros ³, Kálya Yasmine Nunes de Lima ⁴, Viviane Euzébia Pereira Santos ⁵

ABSTRACT

Objective: to identify the scientific evidence on Patient Safety (PS) in intravenous therapy in the Intensive Care Unit (ICU). **Method:** integrative review conducted in the Theses Database Higher Education Personnel Improvement Coordination (CAPES) and the WHO Collaborating Centre for Quality of Care and Patient Safety (PROQUALIS) portal. **Results:** there were 21 productions, seven studies cited to intravenous therapy. The studies, categorized into levels of evidence 1, 2 and 7, include structural, materials and professional performance of the steps of prescription, dispensing, preparation and administration of medications aspects. The productions have low levels of evidence, and therefore do not exhibit strong degree of recommendation. **Conclusion:** it is believed that the establishment and maintenance of PS in intravenous therapy in ICU greater investment is needed in research with higher levels of evidence and professional preparation to act as the recommended practices. **Descriptors:** Patient safety, Intensive care, Administration intravenous.

RESUMO

Objetivo: identificar as evidências científicas sobre segurança do paciente (SP) na terapia intravenosa em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** revisão integrativa realizada no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no portal Centro Colaborador para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS). **Resultados:** De 21 produções, sete estudos mencionaram a terapia intravenosa. Os estudos, categorizados nos níveis de evidências 1, 2 e 7, contemplam os aspectos estruturais, materiais e de atuação profissional das etapas de prescrição, dispensação, preparo e administração dos medicamentos. As produções possuem níveis de evidência baixos e, portanto, não apresentam grau de recomendação forte. **Conclusão:** acredita-se que para o estabelecimento e manutenção da SP na terapia intravenosa em UTI se faz necessário maior investimento em pesquisas com níveis de evidência mais elevados e preparo profissional para atuação conforme as práticas preconizadas. **Descritores:** Segurança do paciente, Terapia intensiva, Administração intravenosa.

RESUMEN

Objetivo: identificar la evidencia científica sobre la seguridad del paciente (SP) en la terapia intravenosa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Método:** revisión integradora realizado en Tesis Coordinación Base de Datos de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES) y el Centro Colaborador para la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (PROQUALIS) portal. **Resultados:** 21 producciones, siete estudios citados a la terapia intravenosa. Los estudios, clasificados en los niveles de las pruebas 1, 2 y 7, son estructurales, materiales y desempeño profesional de los pasos de la prescripción, dispensación, preparación y administración de medicamentos aspectos. Las producciones tienen bajos niveles de evidencia, y por lo tanto no presentan un fuerte grado de recomendación. **Conclusión:** es necesaria la creación y el mantenimiento de la SP en terapia intravenosa en UCI mayor inversión en investigación con mayores niveles de pruebas y preparación profesional para actuar como las prácticas recomendadas. **Descriptor:** Seguridad del paciente, Cuidados intensivos, Administración intravenosa.

1 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança e Tecnologias em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: kisnayasmin@hotmail.com 2 Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança e Tecnologias em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: theodcj@hotmail.com 3 Enfermeira. Mestre em enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. E-mail: adriana.goncalves38@yahoo.com.br 4 Enfermeira. Mestre em enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFRN. E-mail: lima.yasmine@yahoo.com.br 5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem e líder do grupo de pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança e Tecnologias em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com

INTRODUÇÃO

A preocupação progressiva com o nível de qualidade no cuidado tem se tornado objeto principal de muitos sistemas de saúde em todo o mundo, com o intuito de garantir assistência satisfatória ao paciente.

No entanto, mesmo com os avanços tecnológicos que permitiram a criação de novos tratamentos, aparelhos e protocolos assistenciais, os pacientes continuam expostos a diversos riscos quando submetidos aos cuidados em saúde, particularmente, em ambientes hospitalares, gerando condições para aparecimento de Eventos Adversos (EA).¹

Por definição, EA são injúrias não intencionais, sem relação com a evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação ou até mesmo o óbito.²

Estudos demonstram que os EA continuam presentes no cotidiano assistencial, um destes verificou a incidência de 9,2% de EA no âmbito hospitalar, sendo que, destes, 67% foram considerados evitáveis.³

Define-se por segurança do paciente (SP) a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O mínimo aceitável refere-se ao conhecimento científico corrente, descobertas disponíveis e ao contexto no qual o cuidado é dispensado.⁵

Nesse sentido, levando-se em consideração a pertinência dos EA no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) vigorou a portaria 529/2013, que trata do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que busca a implantação da gestão do risco e de núcleos de segurança do paciente em todos os estabelecimentos de saúde, priorizando as seguintes áreas: infecções, procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes, entre pontos de cuidado.⁵

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), os pacientes apresentam maiores chances de ocorrência de EA, tendo em vista as constantes alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte, requerendo o uso de uma farmacologia avançada, máquinas de monitoramento, o que demanda dos profissionais cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas.²

Assim, a segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à sua exposição, bem como aos danos ao cliente decorrentes da assistência à saúde.

Dessa forma, se faz necessário que a cultura de segurança seja operacionalizada, pois esta permite a gestão dos riscos de EA, baseando-se na responsabilização do profissional sobre as ações de execução, manutenção da segurança e no aprendizado organizacional diante de incidentes.^{5,6}

Em face ao exposto, a cultura de segurança é hoje algo imprescindível e, portanto, constitui o alicerce das questões envolvendo a segurança do paciente, possibilitando evitar a exposição destes aos riscos indevidos.

Para tanto, as medidas cabíveis a estas ações seguras devem estar pautadas nas melhores evidências científicas possíveis, tornando efetivo e seguro o cuidado àqueles que necessitam.

Deste modo, delimita-se o seguinte questionamento de pesquisa: quais as evidências científicas acerca da segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva, relacionadas à terapia intravenosa?

Assim, o presente estudo tem por objetivo identificar as evidências científicas acerca da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), relacionadas à terapia intravenosa.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, a qual produz um levantamento de referências diversificadas de um determinado assunto, proporcionando reunir e sintetizar seus resultados com o objetivo de aprofundamento e integração do conhecimento e possível aplicabilidade dos estudos na prática.^{7,8}

As estratégias de busca para responder a questão de pesquisa foram definidas em um protocolo contendo os passos para nortear todo o processo de levantamento bibliográfico, avaliação crítica e síntese, os quais estão dispostos a seguir: definição do tema e da questão norteadora; critérios para a seleção dos estudos; definição das informações e categorização dos estudos; avaliação dos estudos e, finalmente, a interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

A busca dos estudos ocorreu no mês de agosto de 2013. As bases de pesquisa foram o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o portal Centro Colaborador para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS).

Essas fontes foram selecionadas pelos seguintes motivos: 1) o Banco de Tese da CAPES comporta estudos de qualidade imensurável, constituídos por dissertações e teses; e 2) o PROQUALIS tem a importante missão de disseminar informações acerca da segurança do paciente, mediante produções científicas de ótimo nível de evidência.

Como estratégia de busca no portal CAPES, utilizou-se as seguintes opções disponíveis na própria *web*página: campo “assunto”, com seleção da ferramenta de pesquisa “todas as

palavras” e a combinação de palavras-chave “segurança do paciente; terapia intensiva”. Já àquela no portal PROQUALIS, deu-se através de uma abordagem exploratória a fim de identificar as produções condizentes com os critérios de seleção.

Os critérios de inclusão para este estudo consistiram em: 1) dissertações e teses que verssem sobre a segurança do paciente na terapia intravenosa; 2) dissertações, teses, artigos científicos, manuais, informativos, protocolos, documentos de amparo legal que verssem sobre a segurança do paciente na UTI ou hospital; 3) textos completos, disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Optaram-se pela exclusão de pesquisas laboratoriais, pesquisas de produtos comerciais e estudos que não abordem a temática pertinente para o alcance do objetivo.

Como estratégia para avaliação crítica dos estudos, utilizou-se a proposta que consiste no emprego de um instrumento para sintetizar as informações relevantes⁽⁸⁾, sendo analisados a instituição proponente, o ano de publicação, o desenho metodológico e nível de evidência científica.

Com relação à Classificação de Evidência Científica, optou-se por uma adaptação e combinação de classificações⁹, a qual estabelece 10 níveis hierárquicos (Quadro 1).

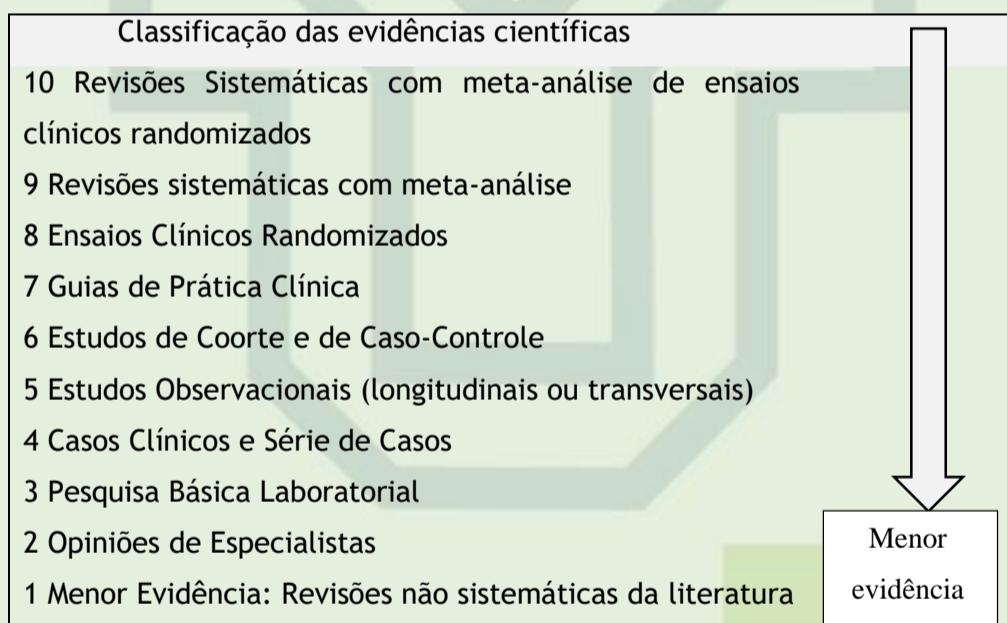


Figura 1 - Classificação de Evidência Científica segundo o tipo de estudo, 2013.

Fonte: adaptado.⁹

No decorrer da discussão, as evidências serão categorizadas como “NE” e o número específico. Assim, NE - 10, por exemplo, corresponde a dizer que determinada afirmativa é nível de evidência 10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De uma amostra de 21 produções acerca da segurança do paciente na UTI, sete estudos (33%) fizeram referência à terapia intravenosa, a qual, neste estudo, será compreendida pela terapia medicamentosa, a nutrição parenteral e a infusão de hemocomponentes.

Para o indicador de coleta ano, observa-se um maior número de publicações em 2010 (48%; n=3), realidade que pode ser justificada pelo incremento na divulgação, pelos meios de comunicação, dos EA nas instituições de saúde brasileiras, em especial, na rede pública de serviço.

No que diz respeito às entidades proponentes dos estudos, destaca-se o Ministério da Saúde, com duas produções na área de conhecimento abordada, o que corresponde a cifra de 29% dos estudos. O quadro 2 sintetiza esses achados.

Nº	Autor	Ano de publicação	Tipo de estudo	Instituição proponente
1	Melo, 2007 ¹⁰	2010	Dissertação de mestrado	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
2	O'Grady NP et al, 2011 ¹¹	2011	Guidelines	Health care Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)
3	Brasil, 2013 ⁵	2013	Protocolos	Ministério da Saúde
4	Brasil, 2008 ¹²	2008	Guias	Ministério da Saúde
5	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2010 ¹³	2010	Cartilha	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
6	Centre for Health Protection, 2010 ¹⁴	2010	Recomendações	Centre for Health Protection
7	Lobão, 2012 ¹⁵	2012	Dissertação	Universidade Federal da Bahia

Quadro 1 - Síntese dos resultados, conforme os indicadores de pesquisa autor, ano de publicação, tipo de estudo e instituição proponente, 2013.

Para categorizar os níveis de evidências, consideraram-se as produções intituladas como protocolos, *guidelines* e guias como elementos dos “Guias de Prática Clínica”. Dessa forma, tem-se (Figura 1):

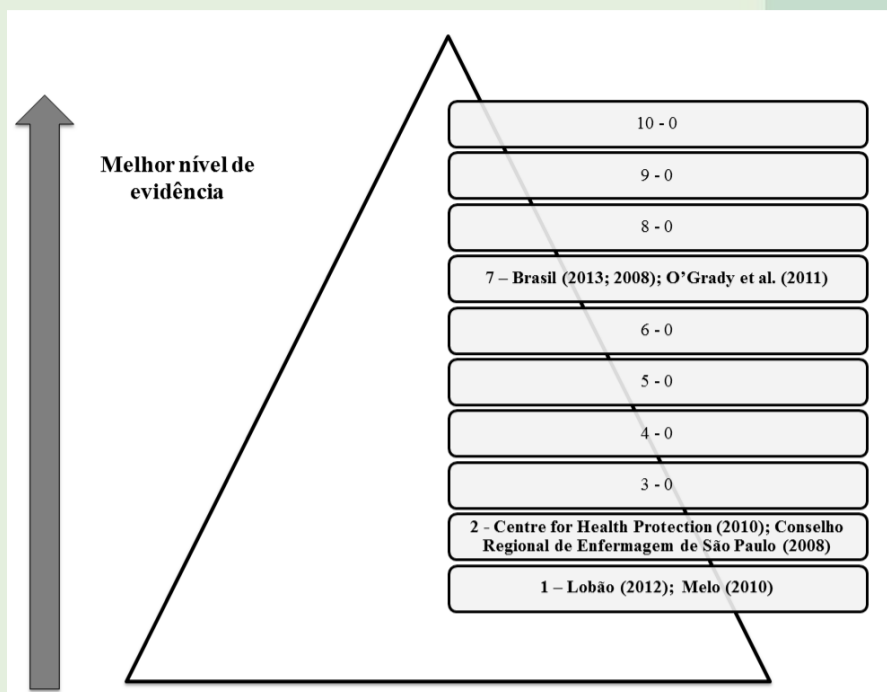


Figura 2 - Níveis de evidência referentes à segurança do paciente na terapia intravenosa em Unidade de Terapia Intensiva, 2013.

Observa-se que a amostra não contemplou os melhores níveis de evidência, estando 58% (n=4) na base da pirâmide. Os níveis 1 e 2 são constituídos, respectivamente, por 29%(n=2) das produções. Esse pressuposto pode ser esclarecido pelo fato dos estudos fomentados pela enfermagem, especificamente, referente à segurança do paciente na UTI, demandar conhecimentos voltados para as dimensões biológicas, sociais, filosóficas, políticas e religiosas dos seres humanos, os quais podem ser indagados mediante pesquisas não experimentais.¹⁶

Evidências científicas acerca da terapia intravenosa na Unidade de Terapia Intensiva

As evidências científicas encontradas contemplam os principais aspectos estruturais, materiais e de atuação profissional nas etapas de prescrição, dispensação, preparo e administração dos medicamentos, que juntos garantem a SP em face à terapia medicamentosa na UTI.

Em se tratando de aspectos estruturais, os espaços pequenos aumentam a chance de EA, já que não possibilitam a prática de checagem durante o preparo, o que deixa o profissional propício a frequentes interrupções. Outro aspecto que influi na execução da técnica são os ruídos do setor da UTI, decorrentes de alarmes, bombas de infusão, telefones e conversas de membros da equipe (NE- 1).¹⁰

A dispensação dos medicamentos deve ocorrer através de dose unitária e em embalagens individuais, contendo os rótulos completos. Esse aspecto restringe o acondicionamento dos medicamentos no setor, como também a sua manipulação (NE-1).¹⁰ Complementando esse momento, é fundamental a prática da dupla checagem pela equipe da farmácia e enfermagem, no momento do recebimento das doses prescritas, principalmente, quando se trata de medicamentos potencialmente perigosos e de alta vigilância (NE-7).⁵

As evidências científicas encorajam a utilização da prescrição médica eletrônica (NE-1).¹⁰ No entanto, nas situações de emprego da prescrição manual, deve-se atentar para alguns dos seguintes aspectos (Figura 2):

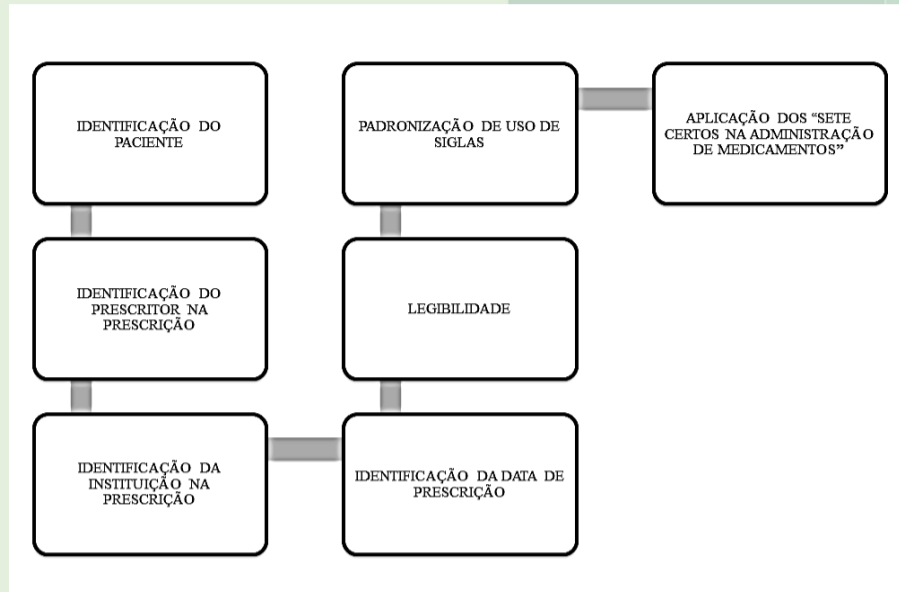


Figura 3 - Recomendações para prescrições manuais, 2013.

Fonte: adaptado.⁵

No que diz respeito à identificação do paciente, é fundamental a presença do nome completo deste, número do prontuário ou registro do atendimento, leito, enfermaria/apartamento e andar/ala. O prescritor, por sua vez, deve fornecer, de forma legível, o seu nome completo, número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro pode ser efetuado em duas modalidades: em manuscrito ou com a utilização de carimbo. Outros aspectos pertinentes são a identificação, completa, da instituição de saúde, a presença de data da prescrição sendo escrita com letras legíveis e sem abreviaturas. A utilização das siglas só é encorajada quando o serviço elabora, formaliza e divulga uma lista para todos os profissionais (NE-7).⁵

Quanto às etapas de preparo e administração de medicamentos, atenta-se para nova definição dos “Cinco certos na administração de medicamento” retificando-se para os “Sete certos na administração de medicamento”, incluindo o registro certo e a razão, que representa a indicação do medicamento (NE - 7)⁵ (Figura 4).

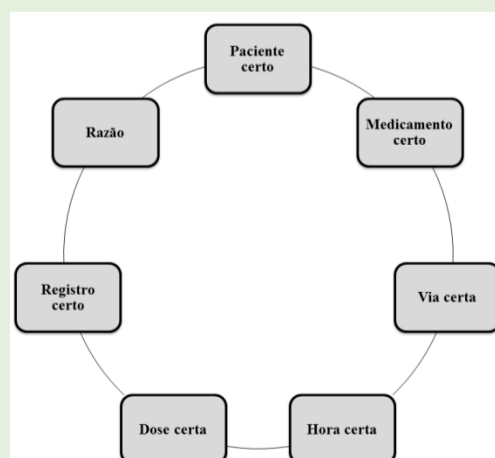


Figura 4 - Sete certos na administração dos medicamentos, 2013.

Fonte: adaptado.⁵

Para a terapia intravenosa, a etapa de “via certa”, recomenda-se a punção venosa periférica, em adulto, nos membros superiores. A desinfecção priorizada é a com álcool a 70% e a inserção é com a técnica “non-touch” (sem toque). É válido destacar a importância da lavagem das mãos, antes e após o procedimento, e o uso de luvas, conforme orientação do Ministério da Saúde, mediante protocolo de lavagem das mãos (NE-7,1).^{10,17,18,14}

Somado a isso, faz-se necessário cuidados após a punção, objetivando verificar problemas decorrentes do procedimento. Assim, deve-se desenvolver a inspeção e palpação, diária, do local de inserção do cateter. Este deve ser mantido por períodos de 72 ou 96 horas. Nos casos de indivíduos de difícil acesso, é possível ampliar esse período, desde que o monitoramento seja realizado de forma contínua (NE-7, 1).^{10,14,17,19}

No que diz respeito à nutrição parenteral, a evidência aponta a infusão de soluções lipídicas no período de até 24 horas (NE-2).¹⁴ Já a infusão de hemocomponentes, os quais precisam ser mantidos por, no máximo, 30 minutos em temperatura ambiente antes de iniciar o procedimento, deve ocorrer por via exclusiva, com tempo pré-determinado (Quadro 3). A permeabilidade do cateter e ausência de complicações no local de inserção devem ser observadas. Além disso, recomenda-se a aferição dos sinais vitais antes e após o procedimento é imprescindível a limpeza do cateter com solução salina (NE-2).¹³

Tipo de hemocomponente	Tempo de infusão
Infusão de concentrado de hemácias	Tempo: 60 min a 120min.
Infusão de concentrados de plaquetas	Tempo: 30 min.
Infusão de plasma	Tempo: 60 min.
Infusão de crioprecipitado	Transfundido imediatamente após o descongelamento.

Quadro 2 - Tipo de hemocomponentes x tempo de infusão, 2013. ⁽¹²⁾

Outras recomendações que garantem a SP nesse cenário são a remoção de frascos de cloreto de potássio e de outros eletrólitos concentrados dos postos de enfermagem; atentar para medicações com nomes e embalagens semelhantes; a utilização do código de leitura por máquinas para o processo de administração de medicamentos; e presença de cateteres, sondas e seringas que previnam conexões incorretas ou desconexão acidental (NE-1).^{15,10}

Destaca-se, ainda, a importância, nos postos de enfermagem, de protocolos para solução endovenosa, de drogas de alto risco - como a insulina, heparina, aminas vasoativas, cloreto de potássio, narcóticos, bloqueadores neuromuscular etc. -, e de equipos coloridos para dieta (NE-1).¹⁰ Estes últimos aspectos previnem EA devido à instalação de dieta por vias parenterais, especialmente na UTI, onde os indivíduos ali internados fazem uso de vários fármacos por bomba de infusão, a fim de estabilizá-los hemodinamicamente, e, portanto, a existência de diversos equipos cria uma situação propícia para tais eventos.

Os treinamentos de profissionais sobre prescrição, dispensação, administração e monitoramento. Além de envolver esses, as práticas educativas devem contemplar os pacientes, em especial, para o uso seguro do medicamento durante a internação (NE-1,7).^{10,11}

Para o acompanhamento dos EA referentes à terapia intravenosa e melhoria do desempenho dos profissionais, é essencial a notificação da incidência desses eventos (NE-7).¹¹ A concretização desse aspecto só ocorrerá após instaurada uma nova compreensão sobre a segurança do paciente para além da ausência de erros e que esses não são elementos inerentes da condição humana, cabíveis de punições (NE-1).¹⁵ A desmistificação dessa assertiva possibilita vislumbrar o erro como fonte de ensinamento e não como falha individual. Esse é um passo fundamental para a SP.¹⁹

CONCLUSÃO

Diante da pesquisa, observou-se que os estudos acerca da segurança do paciente na terapia intravenosa em UTI possuem níveis de evidências baixos e, portanto, não apresentam grau de recomendação forte.

As pesquisas apontam como aspectos principais para a segurança do paciente em UTI, a estrutura física adequada, materiais e atuação profissional correta durante as etapas de prescrição, dispensação, preparo e administração dos medicamentos.

Acredita-se que para o estabelecimento e manutenção da segurança do paciente na terapia intravenosa em UTI se faz necessário maior investimento em pesquisas com níveis de evidência mais elevados, uma vez que estas fornecem maior recomendação para prática. Por outro lado, vale destacar a importância do preparo profissional para atuação conforme as práticas preconizadas, de modo que estes se tornem capazes de agir corretamente perante as recomendações e assim favoreçam a SP.

Por fim, ressalta-se a limitação deste estudo quanto à estratégia de busca utilizada, o que resultou em um pequeno quantitativo de estudos sobre a temática em questão. Perante a isso, recomenda-se a realização de novas pesquisas que corroborem os achados desse estudo e integrem o conhecimento sobre a segurança do paciente na terapia intravenosa em UTI.

REFERÊNCIAS

1. Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz V, Sasso GTMD, Maliska ICA, Marck PB. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Rev latinoam enferm.* 2010; 18(6):10 telas.
2. Gonçalves LA, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Faro ACM, Gallotti RMD et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(spe): 71-7.
3. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care.* 2009; 21(4):279-84.
4. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2008;17(3):216-23.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM, n.529, de 01/04/2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF): 2013 [cited 2013 ago 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
6. Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012; 16(1): 121-7.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010;8(1):102-6.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2008; 17(4): 758-64.
9. Cavalcanti YW, Freires IA, Carreiro Junior E, Gonçalves DT, Morais FR, Lira-Júnior R et al. Determinação do Nível de Evidência Científica de Artigos sobre Prótese Total Fixa Implanto-Suportada. *Revista Brasileira de Ciências e saúde.* 2011; 14(4): 45-50.
10. Melo ABR. Enfermagem e segurança na terapia medicamentosa em unidades intensivas [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do estado do Rio de Janeiro; 2007.
11. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO et al. Guideline for the prevention of intravascular catheter related infections [Internet]. 2011 [cited 2013 ago 23]. Available from: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília (DF); 2008.
13. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN - SP; 2010.
14. Centre for Health Protection. Recommendations on Prevention of Intravascular Catheter Associated Bloodstream Infection [Internet]. Hong Kong: 2010 [cited 2013 ago 23]. Available from: http://www.chp.gov.hk/files/pdf/recommendations_on_prevention_of_intravascular_catheter_associated_bloodstream_infection_r.pdf

15. Lobão WM. Construção, validação e normatização da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos (EPEA) [dissertação]. Salvador (BA): Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2012.
16. Giaccheri KG, Miaso AI. A produção científica na graduação em enfermagem (1997 a 2004): análise crítica. *Rev eletrônica enferm.* 2006; 8(3): 9 telas.
17. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [Internet]. Brasília: 2013a [cited 2013 ago 23]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/seguran_medica.pdf
18. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde [Internet]. Brasília: 2013b [acesso em 2013 ago 23]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/04/CONSULTA_PUBLICA_N6_1_DE_ABRIL_2013.pdf
19. Wegner W, Pedro ENR. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Rev latinoam enferm.* 2012; 20(3): 8 telas.

Recebido em: 15/08/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 17/09/2015
Publicado em: 07/01/2016

Endereço de contato dos autores:
Kisna Yasmin Andrade Alves
Endereço: Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Avenida Senador Salgado Filho, s/n - Lagoa Nova, Natal - RN, Cep: 59078-970.