

Segurança do paciente na distribuição de dietas hospitalares – uma estratégia de intervenção

Patient safety in the distribution of hospital diets – an intervention strategy

Seguridad del paciente en la distribución de dietas hospitalarias: una estrategia de intervención

Recebido: 07/04/2023 | Revisado: 29/04/2023 | Aceitado: 07/05/2023 | Publicado: 12/05/2023

Mayara Camila de Lima Canuto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9303-5776>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: mayara_al@hotmail.com

Adicinéia Aparecida de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1551-1992>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: adicineia@academico.ufs.br

Marcia Maria Macedo Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0886-1759>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: mmm51@gmail.com

Resumo

Dentre os cuidados ofertados no ambiente hospitalar, a atenção nutricional insere-se como parte do tratamento, envolvendo um fluxo de informações complexo desde a admissão até a implementação da prescrição dietética. No entanto, a ausência de princípios operacionais adotados amplamente, além de limitações de processos e tecnologias levam à identificação imprecisa do paciente, predispondo a erros e eventos adversos. O objetivo deste estudo foi analisar a influência da implantação de um sistema informatizado para prescrição e geração de etiquetas de identificação de dietas em um hospital universitário na prevenção de eventos adversos. Para comparar sua efetividade, foi verificado o tempo para confecção manual das etiquetas de identificação e analisadas as bandejas das refeições principais produzidas quanto a presença de falhas na montagem para constituir o Índice de Quase Erros (IQE), visto que foi realizada intervenção de modo a evitar eventos adversos. Após a implantação do sistema informatizado, foi observada redução no tempo para produção de etiquetas de 47 ± 22 minutos para $17 \pm 8,9$ minutos, assim como no IQE encontrado, cuja redução foi de 39,3% para 2,41%. O estudo evidenciou que a informatização da produção de etiquetas mostrou-se eficaz na prevenção de erros de dietas. Além disso, sugere a supervisão de todo processo de montagem de dietas para evitar falhas e eventos adversos.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Sistemas de identificação de pacientes; Dieta.

Abstract

Among the care offered in the hospital environment, nutritional care is part of the treatment, involving a complex flow of information from admission to the implementation of the dietary prescription. However, the absence of widely adopted operational principles, in addition to process and technology limitations, lead to inaccurate patient identification, predisposing to errors and adverse events. The objective of this study was to analyze the influence of the implementation of a computerized system for the prescription and generation of identification labels for diets in a university hospital in the prevention of adverse events. In order to compare its effectiveness, the time for manually making the identification labels was verified and the trays of the main meals produced were analyzed for the presence of flaws in the assembly to constitute the Near Error Index (IQE), since intervention was carried out in order to avoid adverse events. After the implementation of the computerized system, a reduction in the time to produce labels from 47 ± 22 minutes to 17 ± 8.9 minutes was observed, as well as in the IQE found, whose reduction was from 39.3% to 2.41%. The study showed that the computerization of label production proved to be effective in preventing dietary errors. In addition, it suggests supervision of the entire process of setting up diets to avoid failures and adverse events.

Keywords: Patient safety; Patient identification systems; Diet.

Resumen

Entre los cuidados ofrecidos en el ambiente hospitalario, el cuidado nutricional forma parte del tratamiento, involucrando un flujo complejo de información desde el ingreso hasta la implementación de la prescripción dietética. Sin embargo, la ausencia de principios operativos ampliamente adoptados, además de las limitaciones de proceso y tecnología, conducen a una identificación imprecisa del paciente, lo que predispone a errores y eventos adversos. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de la implementación de un sistema informatizado para la prescripción

y generación de etiquetas de identificación de dietas en un hospital universitario en la prevención de eventos adversos. Para comparar su efectividad se verificó el tiempo de elaboración manual de las etiquetas de identificación y se analizó la presencia de fallas en el ensamble de las charolas de las principales comidas producidas para constituir el Near Error Index (IQE), desde que se realizó la intervención. para evitar eventos adversos. Luego de la implementación del sistema informatizado, se observó una reducción en el tiempo de elaboración de etiquetas de 47 ± 22 minutos a $17 \pm 8,9$ minutos, así como en el IQE encontrado, cuya reducción fue de 39,3% a 2,41%. El estudio mostró que la informatización de la producción de etiquetas demostró ser eficaz para prevenir errores dietéticos. Además, sugiere la supervisión de todo el proceso de establecimiento de las dietas para evitar fallas y eventos adversos.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Sistemas de identificación de pacientes; Dieta.

1. Introdução

A segurança do paciente é uma disciplina que aborda a identificação, análise e prevenção de erros na assistência à saúde (Nitro et al., 2021). Nessa perspectiva, os eventos adversos (EAs) são descritos como todo evento ou circunstância que causou um dano desnecessário ao paciente (Hoffman et al., 2019). Devido à magnitude e possibilidade de prevenção, os EAs constituem-se em um problema de saúde pública, tornando a segurança do paciente um dos principais objetivos de qualquer sistema de saúde (Aibar-Remón *et al.*, 2019; Cornes et al., 2019).

O ambiente hospitalar apresenta inúmeros riscos que podem agravar a saúde dos pacientes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma a cada 10 pessoas atendidas são submetidas a incidentes de segurança do paciente nos países de maior desenvolvimento econômico. Já os países de média e baixa renda, relataram 134 milhões de casos de eventos adversos (EAs) e 2,6 milhões de mortes (Choi et al., 2021). No Brasil, Maia et al., (2018), analisaram as ocorrências registradas no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa), de 2014 a 2016, e encontraram 63.933 EAs relacionados à assistência à saúde, dos quais 417 evoluíram para óbito do paciente.

Considerando sua rede hospitalar altamente diversificada, o Brasil tem instituído inúmeros programas e políticas, tais como a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o intuito de promover à segurança do paciente (Silva et al., 2018). O PNSP contempla, entre as suas ações, a implantação de protocolos baseados nas 06 Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) definidas pela OMS juntamente com a *Joint Commission International* (JCI), as quais são: identificar os pacientes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e reduzir o risco de lesões aos pacientes decorrentes de quedas. A finalidade destas metas é prevenir erros relacionados ao cuidado em saúde (JCI, 2021; Andrade *et al.*, 2020).

A primeira meta a ser alcançada é a identificação correta do paciente, cujo principal objetivo é garantir que o cuidado seja direcionado a pessoa a quem se destina. EAs envolvendo falhas na identificação do paciente podem ter diferentes graus de gravidade, incluindo erros na administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos e na entrega de recém-nascidos (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], 2021; Bernal et al.,).

Erros na identificação do paciente podem ocorrer desde a admissão até a alta hospitalar, podendo ser potencializados por fatores como nível de consciência, mudanças de leito ou setor, entre outras circunstâncias que podem aumentar os riscos à segurança do paciente (Santos, 2018). Atualmente, a ausência de princípios operacionais amplamente adotados e limitações de processos e tecnologias podem levar a identificação imprecisa do paciente, o que pode afetar a tomada de decisão clínica, o tratamento e a privacidade do paciente, além de gerar resultados de exames duplicados e aumentar os custos hospitalares (Riplinger et al., 2020). A recomendação do PNSP é que a correta identificação dos pacientes seja assegurada através de, pelo menos, dois identificadores em pulseira branca padronizada para que seja conferida antes do cuidado. O paciente/acompanhante

deve ser informado sobre o sistema de identificação, participando de forma ativa deste processo (Brasil, 2013).

No período de outubro de 2021 a setembro de 2022, falhas na administração de dietas estavam entre os nove tipos de incidentes mais notificados no Brasil (ANVISA, 2022). O cuidado nutricional integra os tratamentos ofertados no âmbito hospitalar e ocorre através de um fluxo informacional que engloba investigação, consideração, planejamento e implementação da prescrição dietética. Este processo é contínuo e envolve o paciente, seu acompanhante e diversos profissionais da saúde que participam da prescrição e conduta nutricional, além dos envolvidos na produção e distribuição de dietas. Assim, falhas na troca ou compreensão dessas informações têm o potencial de causar EAs relacionados à nutrição podendo acarretar em vários danos ao tratamento do paciente (Nieuwoudt, 2014; Sampaio et al., 2019; Sampaio & Spinillo, 2021). Apesar disso, poucas são as pesquisas que abordam a segurança do paciente na área da nutrição. As principais situações de risco na entrega das dietas hospitalares estão relacionadas a transcrição inadequada das informações contidas no mapa de dietas para a etiqueta de identificação, falta de atenção do copeiro ao montar as bandejas/dietas e supervisão inadequada do processo (Silva *et al.*, 2021; Lobato et al., 2019).

Nesse contexto, sabendo-se que o conhecimento e o controle das etapas dos processos envolvidos na prescrição, preparo e identificação das dietas hospitalares são fundamentais para prevenção de erros, a finalidade deste trabalho foi avaliar a implantação de um sistema informatizado para prescrição e geração de etiquetas de identificação de dietas hospitalares em um hospital universitário analisando a susceptibilidade a erros e o tempo demandado para produção das etiquetas.

2. Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital universitário localizado na cidade de Aracaju/SE. Trata-se de unidade hospitalar geral de média e alta complexidade, com capacidade de internação de 114 leitos e enfoque em ensino e pesquisa, que presta serviços exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As refeições são produzidas por empresa terceirizada, contratada pelo poder público por meio de processo licitatório, fornecendo de 6 a 8 refeições por dia. O processo de identificação de dietas se dá por transcrição manual dos dados contidos em mapas de prescrições dietoterápicos para as etiquetas de identificação.

O estudo é caracterizado como do tipo descritivo, com abordagem quantitativa de caráter transversal e observacional, a partir da implantação e avaliação de uma tecnologia em saúde – sistema informatizado para prescrição nutricional e impressão de etiquetas de identificação de dietas hospitalares. A população do estudo constituiu-se das etiquetas de identificação e bandejas de dietas das refeições principais (desjejum, almoço e jantar).

O universo amostral correspondeu a totalidade de refeições produzidas no ano de 2020. A amostragem foi do tipo probabilística, estratificada, com repartição proporcional entre os tipos de refeições. Para obtenção do tamanho mínimo da amostra, foi utilizado o critério estatístico, sendo definido um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, obtendo-se um total de 395,2 refeições. Uma vez determinado o tamanho aproximado da amostra, foram obtidos os tamanhos desta por estratos. Neste estudo, a estratificação correspondeu ao tipo de refeição principal montada (desjejum, almoço ou jantar). Assim, como resultado desse processo, o número mínimo de refeições conferidas foi distribuído de acordo com a tabela:

Tabela 1 - Cálculo amostral.

REFEIÇÃO	TOTAL DE REFEIÇÕES EM 2020	TOTAL AMOSTRAL
DESJEJUM	10563	126,75
ALMOÇO	11811	141,73
JANTAR	10671	128,05
TOTAL	33045	395,2

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A pesquisa foi dividida em três etapas. Na primeira fase do estudo, foi realizado um diagnóstico através da elaboração do Índice de Quase Erros (IQE) e a média do tempo gasto para transcrição manual das informações contidas nos mapas de prescrição dietoterápica. Quanto ao IQE, o mesmo foi expresso em percentual baseado na observação de quase-falhas, uma vez que houve a sinalização, quando necessária, dos erros observados, de modo a evitar a incidência de eventos adversos. Foram consideradas qualquer dieta que apresentasse erro na montagem das bandejas.

O tempo gasto para registro manual em etiquetas foi contabilizado considerando-se os minutos decorridos do início ao fim das confecções das etiquetas de identificação e expresso através de média e desvio padrão. O instrumento de coleta utilizado foi uma planilha formulada no programa Microsoft Excel 2013.

Na etapa subsequente, foi implementado sistema informatizado para prescrição e impressão de etiquetas de identificação de dietas desenvolvido no âmbito do hospital universitário pelo Setor de Gestão de Processos e Tecnologia. O sistema permite a inclusão de dados identificadores do paciente adotados no hospital (nome completo, data de nascimento e número do prontuário), assim como o tipo de dieta, suplementação, preferências e aversões, além de cardápio individualizado quando necessário. Além disso, os mapas dietoterápicos utilizados pela copa passaram a ser impressos, evitando dados inseridos manualmente. Para comparar sua efetividade, foi utilizado novamente o IQE, a fim de evidenciar a melhora da assertividade na distribuição de dietas hospitalares. Os dados foram registrados em planilhas no software Microsoft Excel® versão 2013 para Windows, sendo as variáveis numéricas expressas na forma de frequência percentual, médias e desvio padrão.

A pesquisa contou com aprovação do CEP/UFES, parecer nº4.718.894 e CAAE 43875721.5.0000.5546. Os procedimentos para o desenvolvimento deste estudo respeitam as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo humanos, aprovadas pela resolução CNS nº 466/2012.

3. Resultados e Discussão

Na UAN estudada, ao ser implementado o sistema informatizado, as etiquetas de identificação de dietas passaram a ser geradas automaticamente e impressas a partir da inclusão da prescrição nutricional, reduzindo o tempo de transcrição manual de dados e erros relacionados à interpretação errônea da informação escrita. Os mapas utilizados pela copa, que incluem preferências, aversões e/ou intolerâncias alimentares também passaram a ser informatizados.

O tempo médio para preenchimento das etiquetas de identificação das dietas hospitalares e o IQE apresentou uma redução significativa após a implantação do sistema de impressão (Quadro 1). Esses resultados representam melhora na qualidade da assistência devido a importância da correta identificação do paciente no ambiente hospitalar. Brito (2015), ao analisar 17 instituições de saúde na cidade de Ribeirão Preto/SP, constatou que erros na identificação do paciente não só podem levar à ocorrência de EAs (86% dos casos estudados) como a correta identificação do paciente também pode atuar como barreira evidenciando falhas em processos relacionados a EAs (45% das notificações).

Quadro 1 - Comparativo entre tempo médio para preenchimento de etiquetas e IQE antes e após intervenção.

Variáveis estudadas	Tempo médio (minutos)	IQE (%)
Etapa diagnóstica	47 ± 22	39,3
Avaliação do sistema informatizado	17 ± 8,9	2,41

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Mesmo a despeito dos estudos que abordam a adequação das refeições hospitalares servidas serem escassos e com metodologias diferentes entre si, o IQE encontrado na etapa diagnóstica é elevado. Em 2021, um estudo analisou as notificações de situações de risco para o serviço de nutrição em um hospital universitário no sul do Brasil. Das notificações recebidas, 14,9%

destas estavam relacionadas a falhas de comunicação e 4,1% a falhas de identificação das dietas ofertadas (Silva *et al.*, 2021).

Outros estudos avaliaram a adequação das refeições servidas quando comparadas à prescrição nutricional analisando o conteúdo das bandejas de dietas. Uma pesquisa realizada em um hospital particular na cidade de São Paulo/SP, investigou as inadequações encontradas nas refeições do almoço e do jantar. A análise foi feita pelos copeiros do hospital em 159.942 refeições, encontrando 2530 falhas, das quais 80,6% se deram durante o almoço e 19,2% encontradas no jantar. Por ser um dos estudos pioneiros nesta área, demonstrou que pacientes hospitalizados estão submetidos a erros humanos não apenas no tratamento clínico e farmacoterápico, mas também no aspecto nutricional, embora as causas das não conformidades não tenham sido investigadas (Teixeira *et al.*, 2011).

Já Menezes *et al.* (2018) analisaram a conformidade de refeições (almoço) destinadas aos pacientes internados em um hospital público no nordeste brasileiro. Dos 193 leitos visitados, 22,2% receberam a dieta com alguma inobservância em relação à orientação nutricional. Os pontos apreciados no estudo foram tipo de dieta, consistência, ausência, substituição ou adição de algum item do cardápio. Das incongruências percebidas, as mais frequentes foram substituição, adição e/ou restrição de algum item alimentar (35%) divergência no tipo de dieta (21%) e ausência de algum item do cardápio (18%). A quantidade de não conformidades com relação à ausência de algum item do cardápio correspondeu a oito refeições (18%). Seis dietas (14%) fornecidas aos pacientes apresentaram duas ou mais inconformidades, e cinco refeições (12%) apresentaram erros quanto às características. A justificativa apresentada para as incongruências encontradas se encontra no fato de que nesta UAN a prescrição nutricional também se dá a partir da inclusão do paciente em um mapa dietoterápico, que é encaminhado à copeira responsável pelo porcionamento da dieta. No entanto, as especificações, que tornam o atendimento nutricional individualizado e diferem do cardápio padrão, podem não estar claras quando da montagem das bandejas, evidenciando uma necessidade de melhora na comunicação.

Neste estudo, as principais situações de risco encontradas foram: preenchimento incompleto da identificação do paciente, transcrição inadequada das informações dos mapas de prescrição dietoterápicos, falta de atenção na montagem das bandejas e supervisão inadequada ou ausente do porcionamento das dietas. Um agravante observado durante o estudo foi que, tanto o trabalho de confecção das etiquetas quanto o porcionamento das dietas, foram constantemente interrompidos por liberações de dietas (admissões, retornos de exames etc.). O tamanho e *lay out* das etiquetas também foi considerado inadequado, uma vez que não permitia a inclusão de todos os dados necessários (identificadores e informações sobre a dieta do paciente).

A utilização de formulários registrados à mão pode levar a problemas relacionados à compreensão da informação escrita (caligrafia, rasuras), além de formulários com ausências de informações e maior tempo para preenchimento dos mesmos (Sampaio & Spinillo, 2021). Neste cenário, a informatização é um recurso que proporciona racionalização do trabalho a partir da prescrição nutricional padronizada, minimizando erros relacionados a transcrição manual de dietas, identificação de pacientes e falhas relacionadas à comunicação escrita. O emprego da informática corrobora com a garantia da oferta precisa da dieta prescrita, além de conferir mais agilidade aos processos, contribuindo para otimização de todas as etapas envolvidas na distribuição de dietas (Reis *et al.*, 2004).

Silva *et al.*, (2020), com o intuito de aprimorar a segurança do paciente, analisaram os pontos críticos de controle desta mesma unidade de alimentação e nutrição (UAN) estudada e observaram a fragilidade do sistema de transcrição manual das informações, sendo a falta de um sistema informatizado para identificação das dietas apontada como um dos principais pontos críticos do processo. O processo manual predispõe a erros de escrita, ilegibilidade das letras, interpretação equivocada dos dados, erros nos tipos de dieta e/ou erro na identificação do paciente. As etapas de recebimento dos cartões de dieta, preenchimento das etiquetas de dieta e porcionamento foram sinalizadas como pontos críticos de controle uma vez que a atenção exigida para transcrição dos dados pode levar a erros como troca de identificação e do tipo de dieta. Sampaio *et al.* (2019) apontam ainda que falhas na comunicação escrita estão relacionadas a EAs na distribuição de dietas hospitalares e que problemas pertinentes a

caligrafia e a falta de espaço para registro de informações em formulários podem levar a insuficiência, inutilização e descarte de informações.

Outrossim, o tempo demandado para confecção das etiquetas pode gerar atrasos na entrega das refeições servidas aos pacientes. A pontualidade das refeições é um dos fatores apontado como possível causa da redução da ingestão alimentar e a aceitação da dieta tem influência direta na evolução do quadro clínico e nutricional de pacientes hospitalizados (Herezais et al.,; Costa, 2019; Santos *et al.*, 2022). A desnutrição é comumente encontrada no ambiente hospitalar e traz consigo implicações clínicas e econômicas. Não só o internamento prolongado pode interferir no estado nutricional, mas também a desnutrição pode aumentar o tempo de permanência hospitalar. As principais consequências da desnutrição intra-hospitalar são a redução da imunidade, atraso no processo de cicatrização, risco elevado de complicações cirúrgicas e infecciosas, maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, aumento no tempo de internação, risco de mortalidade e, conseqüentemente, aumento nos custos hospitalares (Toledo *et al.*, 2018).

Após adoção de medidas de intervenção, outros pesquisadores também observaram reduções significativas nas inadequações constatadas. Lobato *et al.* (2019) aplicaram o índice de quase erros nas bandejas de refeição do almoço servidas a pacientes internados em um hospital público em Belém/PA. A média de falhas encontradas foi de 8,31% em relação ao total de dietas checadas. Um dos pontos críticos observados que poderiam predispor a erros na distribuição de dietas estava relacionado a confecção manual de etiquetas de identificação da dieta, realizada por colaboradores não técnicos (copeiros). As medidas adotadas para redução das incorreções percebidas incluíram o aperfeiçoamento do sistema de impressão de etiquetas, auditoria nas etiquetas que necessitem de transcrição manual, treinamento dos recursos humanos e supervisão do processo de montagem das bandejas. Estas medidas obtiveram resultados positivos evidenciados pela redução do índice de erros para apenas 2,72%.

Fernandes et al., (2011) identificaram um índice de 10,96% na taxa de envio de dietas orais incorretas aos pacientes ou com itens incompatíveis com a prescrição nutricional, comprometendo a segurança do paciente. Neste estudo, o mapa dietoterápico utilizado pela copa para confecção das bandejas de refeições também era manual, sendo este fato apontando como uma das possíveis causas do elevado índice de falhas. A solução adotada foi a informatização do mapa de alimentação da nutricionista e da equipe de copa, além da padronização da escrita utilizada nas etiquetas de identificação das refeições. Após estas medidas, foi observada uma redução no índice de quase falhas para cerca de 0,82%.

Em consonância com a literatura citada, apesar do alto índice de falhas encontradas nas dietas, a redução observada foi bastante expressiva. Assim, demonstrando a efetividade das medidas adotadas a partir da informatização dos mapas dietoterápicos e implementação de sistema para impressão de etiquetas de identificação de dietas hospitalares. Os problemas apresentados após a inclusão do sistema informatizado estavam relacionados à falta de suprimentos na impressora (tinta e etiquetas), falta de atenção ao montar as bandejas das dietas e supervisão inadequada do processo. Estes últimos evidenciados como fatores de risco para a ocorrência de EAs.

4. Conclusão

O diagnóstico do método utilizado para identificação e montagem das dietas hospitalares permitiu observar falhas e oportunidades de melhoria do processo. Foi possível perceber que a falta de um sistema informatizado pode acarretar em situações de risco para a segurança do paciente, como o recebimento de dieta ou item da dieta em não conformidade com a respectiva prescrição nutricional, ou ainda o desperdício de tempo e recursos financeiros com a troca ou correção da dieta.

As intervenções adotadas mostram-se eficazes na prevenção de erros de dietas. A gestão de informações na unidade de nutrição associadas a uma maior supervisão de todo o processo foram ferramentas para melhoria contínua, aumentando a qualidade, eficiência e eficácia. Após sua implantação e ajustes, é possível que o método utilizado seja expandido a outros hospitais. Além disso, sugere-se supervisão em todo processo, a realização de treinamentos periódicos aplicados a toda equipe

de colaboradores e elaboração de protocolos tornando os procedimentos mais seguros e minimizando erros na distribuição de dietas hospitalares.

Referências

- Aibar-Remón, C., Barrasa-Villar, I., Moliner-Lahoz, J., Gutiérrez-Cía, I., Aibar-Villán, L., Obón-Azuara, B., Mareca-Doñate, R., & Ríos-Faure, D. (2019). Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 242-248. <https://www.gacetasanitaria.org/es-circulando-hacia-seguridad-del-paciente-articulo-S02139111730314X>
- Andrade, A. M., Capucho, H. C., Sasso, M. A. D., Costa, J. S., Braz, M. N. A., Lyra, B. M., & Rodrigues, J. S. (2020). Evolução do programa de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 8 (4), 37-46. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570567431005>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA] (2021). Orientações para preenchimento da avaliação das práticas de segurança do paciente–2021. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-preenchimento-do-formulario-avaliacao-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-230421_final.pdf
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA] (2022). Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, outubro de 2021 a setembro de 2022. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-atuais-de-eventos-adversos-dos-estados/brasil>
- Bernal, S. C. Z., Raimondi, D. C., Westphal, G., Nardo Junior, N., Fernandes, C. A. M., & Matsuda, L. M. (2021). Identificação do paciente em pronto-socorro de hospitais universitários: estudo transversal. *Research, Society and Development*, 10(1), e28810111864. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11864/10490>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. (2013).
- Brito, M. F. P. (2015). Avaliação do Processo de Identificação do Paciente em Serviços de Saúde. (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP). <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07012016-110042/pt-br.php>
- Choi, N., Kim, J., & Kim, H. (2021). The influence of patient-centeredness on patient safety perception among inpatients. *PLoS One*, 12;16(2), e0246928. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246928>
- Comes, M., Ibarz, M., Ivanov, H., & Grankvist, K. (2019). Blood sampling guidelines with focus on patient safety and identification – a review. *Diagnosis*, 6(1), p.33-37. <https://doi.org/10.1515/dx-2018-0042>
- Costa, A.S. R. B. (2019). Estratégias para a promoção da ingestão alimentar nos hospitais. In : 1.º Ciclo em Ciências da Nutrição da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto, Portugal. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/122968/2/359026.pdf>
- Herezais, A. C., Baratto, I., & Gnoatto, F. (2018). Avaliação da satisfação das refeições servidas em hospitais do municí-pio de Pato Branco-PR. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 12(72), 479-485. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/727>
- Hoffman, M. R., Wegner, W., Biasibetti, C., Peres, M., A., Gerhardt, L. M., & Breigeiron, M. K. (2019) Identificação de incidentes de segurança do paciente pelos acompanhantes de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm*, 72(3), 741-748. <https://www.scielo.br/rj/reben/a/6RMkMzqmThKQZbjpGHyCqdb/?lang=pt&format=pdf>
- Joint Commission International – JCI (2021). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 7th edition. https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-ame/jci-errata-standards-only_7th-ed-hospital.pdf
- Lobato, T. A. A., Silva, T. O., Correa, L. S. V. G., Ainett, W. S. O., & Roza, A. K. (2019). Aprimoramento do gerenciamento de riscos na distribuição de dietas hospitalares por via oral. *Nutr. clín. diet. Hosp.*, 39(1), 141-145.
- Magalhães, P. T., Coutinho, V. L., Bosco, P., S., Almeida, P., F., & Magalhães, A. P. F. (2022). Fatores que implicam na segurança do paciente cirúrgico relacionado à identificação. *Research, Society and Development*, 11(4), e29611427244. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27244/23925>
- Maia, C. S., Freitas, D. R. C., Gallo, L. G., & Araújo, W. N. (2018). Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde*, 27(2):e2017320. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>
- Nitro, M., Romano, R., Marletta, G., Sollami, A., La Sala, R., Artioli, G., & Sarli, L. (2021). The safety of care focused on patient identity: an observational study. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 92(S2), e2021038. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11328>
- Nieuwoudt, C. (2014) Patient safety and nutrition: is there a connection? *South African Journal of Clinical Nutrition*, 27(3), 102-105.
- Reis, C. V., Fávero, F., Ferreira, M. G. R., Tanaka, N. Y. Y., Cardoso, R., & Góes, W. M. (2004). Modelo de Implantação da Prescrição Informatizada de Terapia Nutricional em um Serviço de Nutrição Hospitalar. In *Aanais XI Congresso Brasileiro de Informática em Saúde*. (p. 452-455). Ribeirão Preto, São Paulo/Brasil: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde.
- Riplinger, L., Piera-Jiménez, J., & Dooling, J. P. (2020). Patient Identification Techniques - Approaches, Implications, and Findings. *Yearbook of medical informatics*, 29(1), 81–86. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701984>

Sampaio, G. M. C., Spinillo, C. G. & Bueno, J. (2019). Indicação de problemas no processo de prescrição de dietas em hospital público: possibilidades para pesquisa em Design da Informação. In *Anais IX Congresso Internacional de Design da Informação*, Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil: SBDI.

Sampaio, G. M. C., Spinillo, C. G. & Bueno, J. (2021). Revisão bibliográfica sobre o fluxo de informações do processo de cuidados nutricionais (PCN) de dietas orais em hospitais: demanda por estudos em design da informação. In *X Congresso Internacional de Design da Informação*, Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil: SBDI.

Santos, T. O. C. (2018). Protocolo de identificação do paciente no fornecimento de dietas hospitalares. (Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, PA). <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/431503/2/Protocolo%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente%20no%20fornecimento%20de%20dietas%20hospitalares.pdf>

Santos, J. M. S., Silva, J. H. L., Alves, A. S. S., Silva, N. M., Silva, A. M., Campos, A. X. S., & Vasconcelos, M. M. V. (2022). Associação entre aceitação alimentar, estado nutricional e tempo de internação em pacientes hospitalizados. *Brazilian Journal of Development*, 8(3), 17841-17860.

Silva, A.T., Camelo, S. H. H., Terra, F. S., Dázio, E. M. R., Sanches, R. S., & Resck, Z. M. R. (2018). Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. *Rev. enferm. UFPE on line*, 12(6), 1532-1538. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234593/29174>

Silva, M. A. A., Voci, S. M., Souza, M. F. C., Souza, R. D., & Lobo, I. M. F. (2020). Pontos críticos e adequação em unidade de alimentação e nutrição hospitalar para segurança do paciente. *Interfaces Científicas*, 8(2), 515 - 525.

Silva, A. S., Druzian, M. C., Luft, V. C., Bosa, V. L., Santos, Z. E. A., Venzke, J. G., & Hagen, M. E. K. (2021). Análise das situações de risco notificadas para o serviço de nutrição em um hospital do Sul do Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 3617-3630.

Teixeira, E. S., Vornari, J. V., Barnabé, A. S., & Ferraz, R. R. N. (2011). Quantificação de não conformidades na montagem de bandejas de refeição em um hospital particular da cidade de São Paulo - SP. *Science in Health*, 4(2), 102-108.

Toledo, D. O., Piovacari, S. M. F., Horie, L. M., Matos, L. B. N., Castro, M. G., Ceniccola, G. D. & Correia, M. I. D. (2018). Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *BRASPEN J*, 33(1), 86-100. <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2018/15-Campanha-diga-nao-aadesnutricao.pdf>