

Segurança do paciente: ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência a saúde entre pacientes internados em um hospital referência em infectologia

Patient safety: occurrence of adverse events related to health care among patients admitted to a reference hospital in infectology

Seguridad del paciente: ocurrencia de eventos adversos relacionados con la atención de la salud entre pacientes ingresados en un hospital de referencia en infectología

Resumo

Introdução: As discussões sobre segurança do paciente nas unidades hospitalares configuram uma tendência mundial e frequentemente tem sido abordado. O objetivo deste estudo foi registrar a ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência à saúde entre pacientes imunossuprimidos internados em um hospital referência em infectologia no Amazonas. Metodologia: Tratou-se de um estudo retrospectivo de caráter descritivo com abordagem quantitativa de coleta de variáveis existentes no banco de dados da CCIH e Comissão de segurança do paciente. Resultados: Foram notificados em doze meses 19 eventos adversos envolvendo 17 pacientes internados destes 2% foi considerado como evento grave e os profissionais de saúde que mais realizaram notificações de eventos adversos envolvendo pacientes internados foram os enfermeiros (48%). Conclusão: Deve existir um olhar crítico e investigativo sobre as falhas, a fim de apontar lacunas que precisam ser sanadas para beneficiar não só a equipe, mas principalmente o cliente.

Descritores: *Cuidados de Enfermagem, Pacientes Internados, Análise do Modo e do Efeito de Falhas na Assistência à Saúde, Infectologia.*

Abstract

Introduction: Discussions about patient safety in hospital units are a worldwide trend and have often been addressed. The aim of this study was to record the occurrence of adverse events related to health care among immunosuppressed patients admitted to a reference hospital in infectology in Amazonas. Methodology: This was a retrospective, descriptive study with a quantitative approach to the collection of variables existing in the database of the CCIH and the Patient Safety

Ednalva Souza dos Anjos

Enfermeira especialista em urgência e emergência, dermatologia e docência do ensino superior. Assistencial no Hospital e Pronto Socorro Dr Aristóteles Platão Bezerra de Araújo, Manaus, Am.

ORCID: 0000-0002-3730-891X

Marleson Farias Viana

Enfermeiro especialista. Universidade Nilton Lins/UNINILTONLINS. Manaus (AM), Brasil.

ORCID: 0000-0003-0318-9710

David Brendo Souza Damião

Enfermeiro especialistas, assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado/FMT. Manaus (AM), Brasil.

ORCID: 0000-0001-6694-8898

Rwanielly Freitas de Castro

Enfermeira especialista em urgência e emergência, dermatologia e docência do ensino superior. Assistencial no Hospital e Pronto Socorro Dr Aristóteles Platão Bezerra de Araújo, Manaus, Am.
ORCID: 0000-0001-8454-597X

Klilton Ricardo Santana dos Santos

Enfermeiro especialista em Terapia Intensiva. Assistencial no Hospital e Pronto Socorro Dr Aristóteles Platão Bezerra de Araújo, Manaus, Am.
ORCID: 0000-0002-5173-9185

Jessica Francisca Souza de Oliveira

Enfermeira especialista em Terapia Intensiva. Assistencial IETI - Instituto de Enfermagem em Terapia Intensiva do Amazonas, Manaus – AM.
ORCID: 0000-0001-7353-2815

Gilmara Fernanda Privado Mendes

Graduada em Enfermagem pela Universidade Nilton Lins/UNINILTON LINS. Manaus (AM), Brasil.
ORCID: 0000-0003-1061-966X

Patrícia Regina da Silva Sena

Graduada em Enfermagem pela Universidade Nilton Lins/UNINILTON LINS. Manaus (AM),
ORCID: 0000-0002-0413-3930

Arimatéia Portela de Azevedo

Enfermeiro Mestre - Professor do curso de enfermagem na Universidade Nilton Lins, Coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH e membro da Comissão de Biossegurança da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado –FMT/HVD, Manaus (AM), Brasil.
ORCID: 0000-0002-5434-4656

Commission. Results: Twelve months of adverse events involving 17 hospitalized patients were reported in 12 months, of which 2% was considered a serious event and the health professionals who most reported adverse events involving hospitalized patients were nurses (48%). Conclusion: There must be a critical and investigative look at the failures, in order to point out gaps that need to be addressed to benefit not only the team, but mainly the client.

Descriptors: Nursing Care, Inpatients, Analysis of the Mode and Effect of Failures in Health Care, Infectious Diseases.

Resumen

Introducción: Las discusiones sobre la seguridad del paciente en las unidades hospitalarias son una tendencia mundial y a menudo se han abordado. El objetivo de este estudio fue registrar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la atención de la salud en pacientes inmunosuprimidos ingresados en un hospital de referencia en infectología en Amazonas. Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo con abordaje cuantitativo de la recolección de variables existentes en la base de datos de la CCIH y la Comisión de Seguridad del Paciente. Resultados: Se reportaron 12 meses de eventos adversos que involucraron a 17 pacientes hospitalizados en 12 meses, de los cuales 2% fue considerado evento grave y los profesionales de la salud que más reportaron eventos adversos en pacientes hospitalizados fueron enfermeras (48%). Conclusión: Debe haber una mirada crítica e investigadora de las fallas, con el fin de señalar brechas que deben ser abordadas para beneficiar no solo al equipo, sino principalmente al cliente.

Descriptor: Atención de Enfermería, Hospitalización, Análisis del Modo y Efecto de las Fallas en la Atención de la Salud, Enfermedades Infecciosas.

RECEBIDO 29/01/2021 | APROVADO 30/01/2021

INTRODUÇÃO

No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade. A Organização Mundial da Saúde

(OMS) estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo¹.

Verdadeiramente as questões associadas à segurança do paciente constituem um problema de saúde em todo o mundo. Nesse sentido, os riscos e a ocorrência de eventos que provocam danos ao paciente têm aumentado em todos os ambientes, em especial

em âmbito hospitalar. Nas últimas décadas, nota-se uma preocupação em torno das políticas para a melhoria da qualidade assistencial, e a problemática que envolve os riscos à segurança do paciente se torna tema de vários estudos no sistema de saúde. A segurança do paciente é definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar e domiciliar².

A preocupação com qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global. O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do Institute of Medicine dos EUA que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país^{1,3}.

O profissional de enfermagem sofre com a consequência desse tipo de evento, quer pela sobrecarga de trabalho ou pelas sanções administrativas e legais. É importante que o profissional relate o incidente para que providências sejam tomadas o mais rápido possível. Os profissionais de saúde, como quaisquer seres humanos, são passíveis de falhas, no entanto, não se identificam os eventos adversos quando os profissionais se solidarizam e mascaram tais situações⁴.

Os eventos adversos associados à administração de medicamentos são os mais comuns, e a probabilidade de um indivíduo sobreviver a uma internação hospitalar livre da ocorrência destes eventos poderá variar de acordo com o tempo. Identificou-se que o risco para evento adverso está relacionado ao tempo de internação e que este risco pode variar de acordo com o sexo do paciente atendido. Nos períodos

mais curtos de internação, os pacientes do sexo masculino têm uma sobrevida mais elevada, entre tanto, a partir de 30 dias de internação o padrão se inverte^{2,5}.

A queda de pacientes do leito ou da própria altura é outro evento adverso que necessita ser criteriosamente avaliado, podendo causar ferimentos e sequelas aos pacientes, prologando o tempo e os custos de internação hospitalar, conseqüente responsabilização legal da equipe de saúde além de ser um foco da ANVISA, estabelecido pela RDC 36/2013⁶.

Embora o cuidado em saúde traga enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves conseqüências. Florence Nightingale já colocava que "Pode parecer talvez estranho um princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente"⁷.

Florence foi pioneira na prevenção de eventos adversos. Tal prevenção trata-se de um princípio que se torna cada vez mais relevante e atual⁸.

O Ministério da Saúde propõe seis protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência: cirurgia segura, queda, úlcera por pressão, administração segura de medicação, higiene das mãos e identificação dos pacientes^{8,9}.

Em relação aos cuidados, a segurança do paciente é um conjunto de regras, procedimentos, instrumentos e métodos científicos baseados em evidência para minimizar o risco e danos sobre eventos adversos e agregados nos cuidados em saúde. Inclui medidas que garantam práticas de diagnósticos, terapêutica e cuidados de enfermagem seguros, bem como adaptação do ambiente, organização e desempenho institucional, incluindo pessoal e competência¹⁰.

Sabe-se que pacientes internados são atendidos por diversas equipes de profissionais de saúde ao longo do dia. Portanto, a utilização da identificação do paciente faz-se necessária na prestação de cuidados pela equipe e pelos demais funcionários e alunos, além de ser fundamental quando ocorre transferência do mesmo pelo hospital¹¹.

A identificação correta do paciente é o primeiro passo para evitar erros e riscos para sua segurança, tais como erros na administração de medicamentos, transfusão sanguínea, procedimentos realizados em pacientes errados^{11, 12}.

Para assegurar que o paciente seja corretamente identificado, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, da admissão, da transferência ou recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes do início dos cuidados, de qualquer tratamento ou procedimento, da administração de medicamentos e soluções¹².

Quando se discute a identificação de um paciente, é preciso ter em mente os métodos para sua identificação: "pulseira de identificação; etiquetas de identificação nos impressos de solicitações de exame, nos tubos e recipientes da amostra coletada, no prontuário; placas de identificação no leito, prescrição médica, entre outros"^{2, 13}.

Na área de enfermagem, o desenvolvimento do cuidado tem sido baseado mais na tradição do que em evidências. Por esse motivo é necessário capacitar e apoiar enfermeiros para identificar e utilizar práticas baseadas em evidências relacionadas à segurança do paciente. O próprio sistema de saúde está exercendo pressão com relação ao uso de boas práticas, impondo condições não reembolsáveis

de custos relacionados aos cuidados pós-queda, infecções urinárias, lesão por pressão, dentre outras¹⁴.

O primeiro passo para prever e entender comportamentos sociais direcionados a promoção da segurança do paciente é entender qual comportamento que se quer observar, seja da instituição ou do profissional. A definição do comportamento direciona o modo como será investigado. Diferentemente de crenças, atitudes e intenções, comportamentos são fenômenos passíveis de observação e podem ser direcionados para algum alvo ou direção específicos. Comportamentos podem ser medidos pelos quatro elementos que os compõem: a ação realizada, a meta ou alvo na qual o comportamento é direcionado, o contexto no qual ocorre e o momento no qual é realizado^{14, 16}.

A promoção da segurança do paciente, por meio de ações de gerenciamento dos riscos e incorporação de boas práticas baseadas em evidências científicas, é essencial para efetividade dos cuidados seguros de enfermagem, prevenção de incidentes e de danos decorrentes de falhas na assistência à saúde, sendo necessária a adoção de técnicas e ferramentas coerentes como a dinâmica de cada local¹⁵.

O gerenciamento de riscos é essencial no que diz respeito à segurança do paciente, resultando em um trabalho complexo, que incorpora diferentes aspectos inerentes à prática profissional, relevantes para oferecer qualidade na assistência à saúde. Ressalta-se que a carga de trabalho excessiva e o dimensionamento de pessoal insuficiente já foram mencionados como riscos à segurança dos pacientes^{16, 17}.

O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes: a melhoria contínua dos processos de cuidado

e do uso de tecnologias da saúde, por meio de fomento às ações de gestão de risco, amparados por processos investigatórios delineados de acordo com cada objeto; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação¹⁸.

Os Núcleos de Segurança hospitalares devem estar vinculados organicamente à direção e ter uma agenda permanente e periódica com a direção geral, a direção técnica/médica e a coordenação de Enfermagem, e participar de reuniões com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade, reguladas por legislação específica, tais como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Gerência de Risco, Gerência de Resíduos, Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre outras¹⁹.

Essa política veio reforçar nas instituições de saúde a importância de promover a segurança do paciente, com foco na qualificação do cuidado em saúde. O PNSP é composto por seis metas, dentre elas está a prevenção de quedas, definida pela OMS como um "evento em que a pessoa inadvertidamente cai ao solo, chão ou níveis inferiores, excluída a alteração intencional da posição para repouso na mobília, paredes ou outros objetos²⁰.

O erro de medicação é um evento adverso que pode ser prevenido. Os erros devem funcionar como ferramentas para promoção da qualidade do serviço prestado, impulsionar mudanças de cultura institucional e profissional, incentivar atitudes não

punitivas, possibilitar a correção dos pontos falhos do sistema e garantir maior segurança aos pacientes²¹.

Pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são particularmente mais vulneráveis e suscetíveis à ocorrência desses danos devido à gravidade da sua condição clínica, à instabilidade do seu quadro, à necessidade de constantes e numerosas intervenções de forma emergencial realizadas pela equipe multiprofissional envolvida na assistência, bem como à grande quantidade de procedimentos diagnósticos e à utilização de medicamentos específicos e complexos^{3, 22}.

Estudos sobre eventos adversos em pacientes internados em UTI passaram a ter mais notoriedade em publicações a partir de 1995. Destaca-se o trabalho realizado em uma UTI de um hospital em Jerusalém, que verificou a ocorrência de 1,7 erros para cada paciente por dia que ocorriam entre uma média de 178 atividades realizadas pelos profissionais envolvidos na assistência, sendo que 29% destes erros foram classificados como prováveis causadores de complicações clínicas graves ou até mesmo óbito²³.

Mediante tudo o que foi referenciado, enfatiza-se que o objetivo geral desse estudo foi registrar a ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência a saúde entre pacientes internados em um hospital referência em infectologia do Amazonas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi do tipo retrospectivo, descritivo e quantitativo em que foi realizado com variáveis existentes em fichas de registros de eventos adversos arquivadas no banco de

dados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Fizeram parte da pesquisa apenas informações de fichas de registros de eventos adversos, ocorridos no período proposto pela pesquisa. Foram excluídas fichas com falhas de preenchimento.

A pesquisa teve seu início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP FMT/HVD), de acordo com a resolução 466/12 do Ministério da Saúde/CEP sob o CAAE: 33871620.7.0000.0005, e número do parecer: 4.156.104.

O estudo ocorreu em um hospital

universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas no Amazonas.

RESULTADO E DISCUSSÃO

No período de doze meses foram notificados 19 eventos adversos envolvendo 17 pacientes internados, destas notificações, 48% das notificações foram realizadas por enfermeiros, 42% por técnicos de enfermagem e 10% por outros profissionais da saúde e 2% foram de eventos adversos graves.

Autores enfatizam que nos últimos

anos, a notificação voluntária de eventos adversos tornou-se mundialmente importante instrumento para melhoria da qualidade no sistema de saúde. O sistema de notificação constituiu-se em ações interligadas para detectar e analisar eventos adversos (EA) e a situações de riscos e direcionar para o aprendizado, a partir desses eventos, com o objetivo de melhorar a segurança de paciente durante sua internação^{17,24}.

A notificação de evento adverso tem sido cada vez mais incentivada, devido a várias providências que podem ser tomadas, quando se trata de segurança e qualidade na assistência à saúde do paciente. Ao se reduzir os erros, as chances da ocorrência de eventos adversos serão minimizadas¹⁵.

O risco de queda pode ser monitorado por escalas, como a Escala de Morse, traduzida e validada no Brasil em 2013 sendo esse um dos métodos mais utilizados para avaliação do risco de quedas no ambiente hospitalar em que são avaliados fatores relacionados ao paciente. As quedas são classificadas em três tipos: acidental, fisiológica antecipada e fisiológica não antecipada²⁴.

O tratamento de lesões por pressão - LP gera custos à instituição e aumento na demanda de trabalho da enfermagem, mas é um fenômeno comum a pessoas hospitalizadas em todo o mundo nos diferentes contextos de saúde, especialmente entre os hospitalizados nas unidades de terapia intensiva nos quais ela é uma ameaça adicional em doentes já comprometidos fisiologicamente^{12,25}.

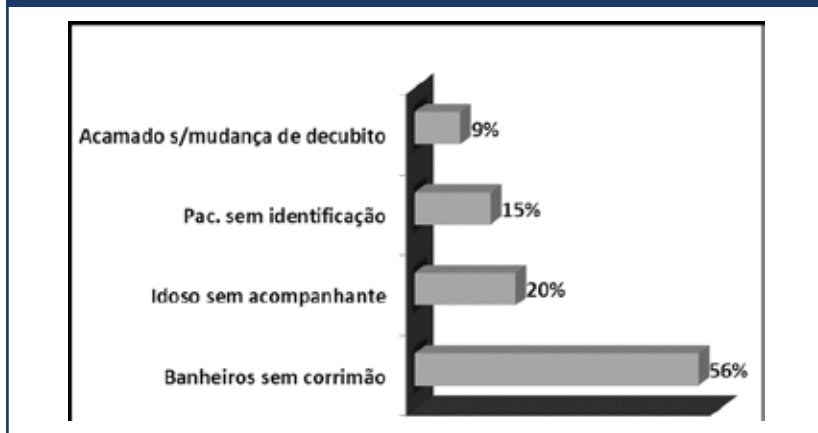
Os erros na administração de medicamentos podem trazer danos e prejuízos diversos ao paciente, desde o aumento de tempo de internação hospitalar, necessidade de

Quadro 1: Eventos adversos mais frequentes ocorridos no período de 12 meses entre pacientes internados no hospital referência em infectologia do Amazonas

Tipo de eventos	%
Aparecimento de lesão por pressão	23,2
Perdas não planejadas de tubos, sondas e drenos	24,5
Eventos relacionados a administração de medicamentos	17,4
Eventos relacionados a exames	16,4
Notificação de flebite	10,5
Quase falha na administração de medicamentos	3,8
Eventos relacionados a equipamentos hospitalares	2,8
Notificação de reação transfusional	1,2
Notificação de queda	1,1
Total	100

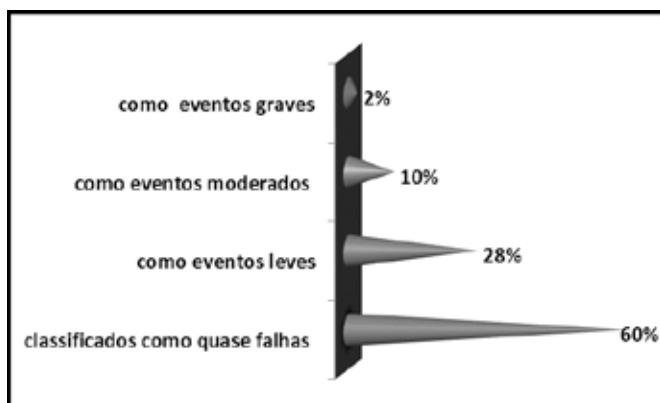
Fonte: arquivos da CCIH

Gráfico 01: Descrição dos fatores de risco mais recorrentes relacionados à segurança dos pacientes internados



Fonte: arquivos da CCIH

Gráfico 03: Classificação da gravidade dos eventos adversos ocorridos entre pacientes internados no período investigado.



Fonte: arquivos da CCIH

intervenções diagnósticas e terapêuticas e até conseqüências irreversíveis como a morte^{22, 24}.

Os erros de medicação podem ser classificados em: erros de prescrição, de omissão, de horário, administração de uma medicação não autorizada, dose incorreta, apresentação, preparo, técnica de administração inadequadas, medicamentos deteriorados, monitoramento ineficiente, erros em razão da aderência do paciente e outros²⁵.

Na literatura nacional, dados sobre o desenvolvimento de lesão por pressão-LP no paciente cirúrgico são escassos. Dentre as pesquisas identificadas, destaca-se o estudo de no qual os resultados demonstraram 37% de incidência em pacientes internados nas clínicas cirúrgicas; entretanto, o estudo não indicou se a amostra estudada havia sido operada durante o período de internação investigado

12, 22, 25.

Quase falha: Incidente que não atinge o paciente. Erro identificado antes de executado.

Evento leve: Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida e apenas intervenções mínimas sendo necessárias.

Evento moderado: Paciente sintomático, com necessidade de intervenção, com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.

Evento grave: Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.

Em um estudo prospectivo, comparativo realizado em nove UTIs de especialidades (cirúrgica, clínica

médica, clínica médica de emergência, infectologia, nefrologia, neurologia, pneumologia, trauma e queimados), de um hospital público, de alta complexidade, situado no município de São Paulo, Brasil, com um total de 75 leitos de cuidados intensivos, informou que 29,8% destes foram vítimas de eventos adversos e que houve predomínio de idosos do sexo masculino^{9, 26, 27}.

CONCLUSÃO

Deve existir um olhar crítico e investigativo sobre as falhas, a fim de apontar lacunas que precisam ser sanadas para beneficiar não só a equipe, mas principalmente o cliente. Com isso há necessidade do estímulo à cultura de segurança, o que permitirá discutir junto à equipe de enfermagem estratégias de prevenção que assegurem a segurança do paciente nas instituições de saúde dando a devida importância da utilização dos instrumentos de notificação de eventos adversos pelas instituições, além da adoção de outras estratégias de notificação, pois poderão contribuir para o acompanhamento e controle das ocorrências e para a elaboração de medidas preventivas realmente eficazes. Chegamos a conclusão que é dever de todo e qualquer profissional de saúde adquirir conhecimento para termos uma segurança de paciente com qualidade no atendimento e assim podemos evitar (EA). ■

Referências

1. Abreu HCA, et al. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. Visualizado em: Rev Saúde Pública. [Internet] 2015; 49(37) Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005549>
2. BRASIL. Boletins Informativo - Segurança do paciente e qua-

lidade em serviços de saúde. 2013. Acessado em: 10 de Abril de 2018. Visualizado em: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>

Referências

3. _____. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília- DF, 2014. Visualizada em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/... /documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
4. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Brasília: ANVISA, 2014.Acessado em: 09 de Fevereiro de 2018. Visualizado em: portal.anvisa.gov.br/.../Implantacao...Nucleo...Seguranca...Paciente...Servicos...Saude/...
5. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União 2013. Acesso: 09 de Fevereiro de 2018. Visualizado em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.htm
6. _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013. Acessado em: 18 de Setembro de 2018. Visualizado em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
7. Cedraz RO, et al. Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. Escola Anna Nery 22(1) (2018); Visualizado em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0252.pdf
8. Sakamoto R, et al. Identificação do Paciente: 1º Passo para a Segurança do Paciente: 29 de fevereiro de 2016. Visualizado em: <http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/identificacao-do-paciente-1o-passo-para-a-seguranca-do-paciente/>>
9. Toffoletto MC, et al. Comparação entre gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem antes e após a ocorrência de eventos adversos em idosos em cuidados críticos. Texto Contexto Enferm, 2018; 27(1): e 3780016. Visualizado em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e3780016.pdf>
10. Teixeira CC, et al. Prevalência de eventos adversos entre idosos internados em unidade de clínica cirúrgica. Rev baiana enferm (2017); 31.(3): e 22079. Visualizado em:
11. Duarte SCM, et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015 jan-fev;68(1):144-54. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>
12. Borghardt AT, et al. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 mai-jun;69(3):460-7. Disponível em www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0460.pdf
13. Roque K E, et al. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(10):e00081815, out, 2016. Visualizado em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/pt_1678-4464-csp-32-10-e00081815.pdf
14. Araújo IS, Carvalho R. Serious adverse events in surgical patients: occurrences and outcomes. REV. SOBECC, SÃO PAULO. ABR./JUN. 2018; 23(2): 77-83. Visualizado em: <file:///C:/Users/33822280259/Downloads/401-1990-1-PB.pdf>
15. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS); technical report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2016 Oct 31]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
16. Kang JH, Kim CW. Nurse-perceived patient adverse events depend on nursing workload. Osong Publ Health Res Perspect. 2016; 7(1):56-62.
17. Ortega D B, et al. Analysis of adverse events in patients admitted to an intensive care unit. Acta Paul Enferm. 2017; 30(2):168-73. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0168.pdf>
18. Barbosa T P, et al. Associação entre sedação e eventos adversos em pacientes de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2018; 31(2):194-200. Visualizado em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n2/1982-0194-ape-31-02-0194.pdf>
19. Namigar T, Serapa LS, Esra KS. Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolamremifentanil. Rev Bras Anestesiol. 2017;67(4):347-54. Visualizado em: https://www.scielo.br/pdf/rba/v67n4/pt_0034-7094-rba-67-04-0347.pdf
20. Loss SH, et al. A realidade dos pacientes que necessitam de ventilação mecânica prolongada. Rev Bras Ter Intensiva. 2015;27(1):26-35. Visualizado em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n1/0103-507X-rbti-27-01-0026.pdf>
21. Lanzillotti LS, Seta MH, Andrade CL, Junior WV. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Ciênc & Saúde Coletiva. 2015; 20(3):937-46. Visualizado em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00937.pdf
22. Duarte SCM, et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015 jan-fev;68(1):144-54. Visualizado em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>
23. Zárate-Grajales RA, et al. Eventos adversos em pacientes hospitalizados reportados por enfermeira: un estudio multicêntrico en México. Enfermería Universitaria. 2017; 14 (4): 277-285. Visualizado em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n4/2395-8421-eu-14-04-277.pdf>
24. Olkoski E, Assis GM. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. Esc Anna Nery. 2016;20(2):363-9. Visualizado em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0363.pdf>
25. Milutinovic D, Simin D, Zec D. Fatores de risco para flebite: estudo com questionário sobre a percepção dos enfermeiros. Rev Lat Am Enfermagem. 2015; 23(4): 677-84. Visualizado em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00677.pdf
26. Limal CSP, Barbosa S F. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; 23(2):222-8. Visualizado em: [file:///C:/Users/33822280259/Downloads/v23n2a13%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/33822280259/Downloads/v23n2a13%20(1).pdf)
27. Garcia P C, et al. Care time and quality indicators in Intensive Care Units Tiempo de atención e indicadores de calidad en Unidades de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):175-80. Visualizado em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0166.pdf