



ORIGINALES

Busca ativa contribui na identificação de eventos adversos e incidentes em unidade de terapia intensiva

Búsqueda activa contribuye a la identificación de eventos adversos e incidentes en unidad de cuidados intensivos

Active search contributes to the identification of adverse events and incidents in intensive care unit

Reginaldo Passoni dos Santos ¹
Mayara Aparecida Passaura da Luz ²
Fabieli Borges ³
Ariana Rodrigues da Silva Carvalho ⁴

¹ Enfermeiro, Especialista em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Mestrando em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Brasil.

² Acadêmica de Enfermagem pela UNIOESTE. Brasil.

³ Enfermeira, Residente em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela UNIOESTE. Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora da Graduação em Enfermagem e da Residência em Enfermagem da UNIOESTE. Brasil.

E-mail: regi-pas@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.269601>

Submissão: 30/09/2016

Aprovação: 17/12/2016

RESUMO:

Objetivos: Analisar eventos adversos e incidentes ocorridos na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário e, verificar qual a parcela de contribuição da busca ativa na identificação das ocorrências.

Métodos: Estudo retrospectivo, documental de natureza quantitativa.

Resultados: Registrou-se 253 eventos/incidentes, dos quais 239 (94%) foram identificados pela busca ativa. Lesão por pressão foi o incidente com maior frequência (n=88; 34,78%) e acometeu maior número de pacientes (n=54; 48,9%). Constatou-se, que 136 (53,8%) eventos/incidentes foram de grau leve.

Conclusão: A busca ativa se mostrou uma estratégia gerencial que corroborou de maneira substancial à identificação das situações de risco no âmbito da unidade de terapia intensiva.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Unidade de terapia intensiva; Enfermagem.

RESUMEN:

Objetivos: Analizar los eventos adversos e incidentes en la unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario y comprobar cuál es la parte de contribución de la búsqueda activa en la identificación de las ocurrencias.

Métodos: Estudio retrospectivo, documental cuantitativo.

Resultados: Se registraron 253 eventos/incidentes, de los cuales 239 (94%) fueron registrados por búsqueda activa. Lesión por presión fue el incidente con más frecuencia (n=88; 34,78%) y afectó a más pacientes (n=54; 48,9%). Se observó que 136 (53,8%) eventos/incidentes fueron leves.

Conclusión: La búsqueda activa ha demostrado ser una estrategia de gestión que corrobora sustancialmente a la identificación de situaciones de riesgo en la unidad de cuidados intensivos.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Calidad de la atención de salud; Unidad de cuidados intensivos; Enfermería.

ABSTRACT:

Objectives: Analyze adverse events and incidents in the intensive care unit of a university hospital and check which portion of the active search contribution in identifying occurrences.

Methods: Retrospective study, documentary of nature quantitative.

Results: It was recorded 253 events/incidents, of which 239 (94%) were recorded by active search. Injury pressure was the incident more frequently (n=88; 34.78%) and affected more patients (n= 54; 48.9%). It was found that 136 (53.8%) events/incidents were mild.

Conclusion: The active search has proved to be a management strategy that corroborated so substantially to the identification of risk situations in the intensive care unit.

Key-words: Patient safety; Quality of health care; Intensive care units; Nursing.

INTRODUÇÃO

Evento Adverso (EA) pode ser definido como uma ocorrência indesejável procedente da assistência prestada (direta ou indiretamente) ao paciente, a qual resulta em dano/agravo à sua condição de saúde. Nesse mesmo sentido, incidente refere-se ao “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente”^(1:7).

A partir desses conceitos, é importante lembrar que um EA ou incidente pode relacionar-se a medicamentos; ao uso de equipamento/dispositivo médico-hospitalar; à condição/situação de infraestrutura institucional, bem como à prestação direta (ou a falta) de assistência⁽¹⁻³⁾.

Com isso, na tentativa de mitigar a ocorrência de EAs e incidentes no âmbito dos serviços de saúde de todo o Brasil, o Ministério da Saúde instituiu em 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁴. Para fortalecer e legitimar o PNSP, é estabelecida em julho do ano supracitado a obrigatoriedade de criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em todos os estabelecimentos de saúde do país. Dentre as atividades a serem desenvolvidas pelo NSP, está notificar – junto ao Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) – incidentes e EAs relacionados à assistência de saúde^(2,4).

Pesquisadoras vinculadas à Universidade de São Paulo (USP) apontam que, dentre as estratégias mais utilizadas entre profissionais que lidam com o gerenciamento de risco hospitalar, para identificar os incidentes e EAs ocorridos no âmbito de em suas respectivas instituições, está sensibilizar os colaboradores para a notificação voluntária⁽⁵⁾.

Estudo demonstra que intervenções educativas podem ser bastante profícuas, pois fortalecem o processo de sensibilização e, dessa maneira, corroboram com melhoras nos índices de notificações não arbitrarias ⁽⁶⁾. Ressalta-se que em hospitais de ensino, especialmente, discentes de todas as áreas de formação devem ser encorajados a participarem ativamente dos programas educativos institucionais.

A despeito das atividades educativas instituídas, muitos profissionais ainda sentem-se inseguros e, até mesmo indiferentes ao ato de notificar, seja por ignorância ou por medo de uma reação punitiva por parte dos gerentes para com os notificantes ^(7,8). Dessa maneira, se faz mister que gerentes hospitalares implementem estratégias alternativas a fim de viabilizar a identificação dos eventos/incidentes e, assim, possibilitem o planejamento de ações específicas/direcionadas às suas respectivas necessidades.

Sobre a frequência de incidentes/eventos que colocam em risco a segurança do paciente, sabidamente a prevalência é mais elevada nas instituições hospitalares frente à complexidade e periculosidade dos serviços ofertados ⁽¹⁻³⁾. No contexto hospitalar, observa-se que pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão altamente propensos e vulneráveis aos eventos/incidentes, os quais podem comprometer ainda mais seu estado de saúde ⁽⁹⁾.

Sendo assim, conduziu-se este estudo alicerçado na seguinte questão norteadora: Quais são os eventos/incidentes que acometem pacientes internados na UTI de um hospital geral vinculado à rede sentinela e, quantos foram identificados por meio da busca ativa? Dessa forma, tem-se por hipóteses deste estudo que os principais eventos/incidentes que acontecem na UTI relacionam-se à perda de integridade da pele do paciente, particularmente, decorrente de Lesão por Pressão (LP). Ademais, acredita-se que a busca ativa possa ter colaborado para que os gestores realizassem a identificação das situações de risco.

Face ao disposto, este estudo tem como objetivo analisar eventos adversos e incidentes ocorridos na UTI geral de um hospital universitário e, verificar qual a parcela de contribuição da busca ativa na identificação das ocorrências.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo e retrospectivo, desenvolvido a partir de análise documental quantitativa. A amostra constituiu-se por dados secundários relacionados aos eventos/incidentes ocorridos no período de um ano (janeiro a dezembro de 2014), de pacientes internados na UTI geral de um hospital universitário pertencente à Rede Sentinela e, que foram registrados pelo Serviço de Gerenciamento de Risco Hospitalar (SGRH) da instituição.

Analisaram-se as seguintes variáveis: forma de registro do evento/incidente (notificação voluntária ou busca ativa); tipo e frequência de ocorrência; pacientes acometidos; gravidade/severidade da ocorrência (leve, moderada, grave ou letal).

Destaca-se, ainda, que a gravidade/severidade dos eventos foi determinada fundamentando-se em classificação apresentada pela literatura científica ⁽¹⁰⁾, a qual se embasa ao que é definido e apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

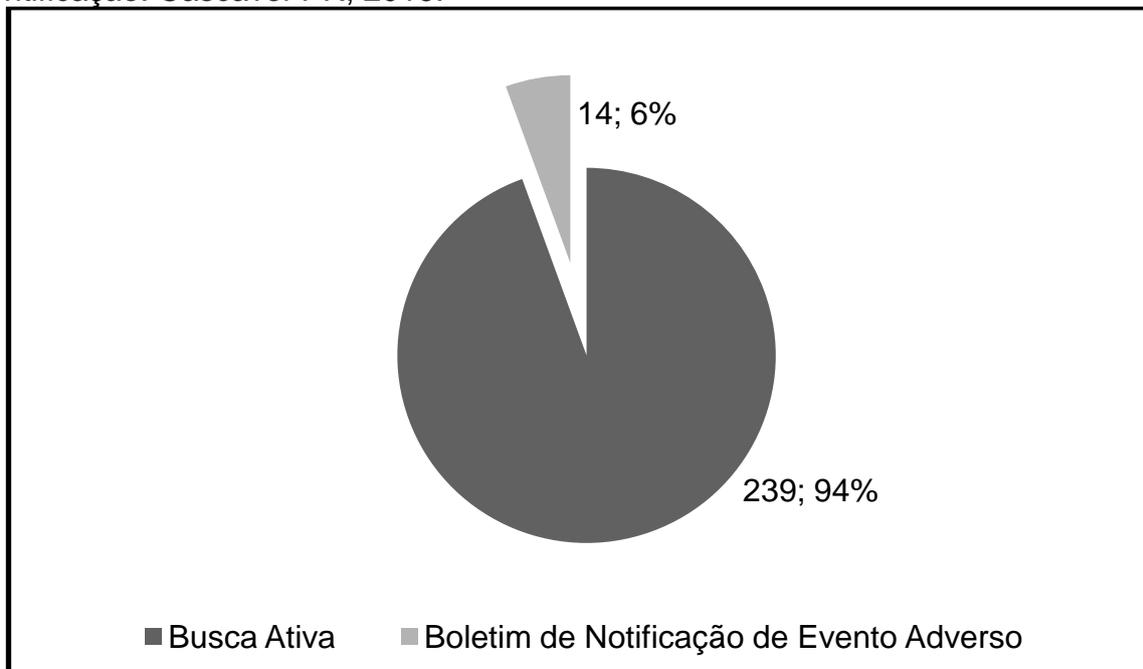
Os dados foram coletados em outubro de 2015 por meio de um formulário elaborado pelos pesquisadores, sendo tabulados em planilhas do software Excel®, versão 2010, e exportados ao software R ⁽¹¹⁾ para levantamento da distribuição de frequência (absoluta e relativa) das variáveis. Além disso, considerando que os pressupostos de normalidade (Shapiro-Wilk) e de homocedasticidade (Teste F) foram aceitos, aplicou-se o teste de correlação de Pearson a fim de se verificar a associação entre o número de pacientes acometidos pelos eventos/incidentes com a gravidade destes. Para esta análise, admitiu-se como significante p-valor <0,05.

Obteve-se, previamente ao desenvolvimento do estudo, aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição a qual os pesquisadores são vinculados, sendo emitido parecer favorável sob nº 1.134.658 em julho de 2015.

RESULTADOS

Durante todo o ano de 2014, registraram-se 253 eventos adversos/incidentes ocorridos na UTI geral do hospital pesquisado. Destes, 239 (94%) se deram por meio da busca ativa realizada no prontuário eletrônico dos pacientes (Figura 1).

Figura 01. Distribuição dos eventos adversos/incidentes, segundo a forma de identificação. Cascavel-PR, 2016.



Os eventos/incidentes acometeram 111 pacientes e situações de lesão por pressão foram registradas em 88 (34,8%) ocasiões (Tabela1).

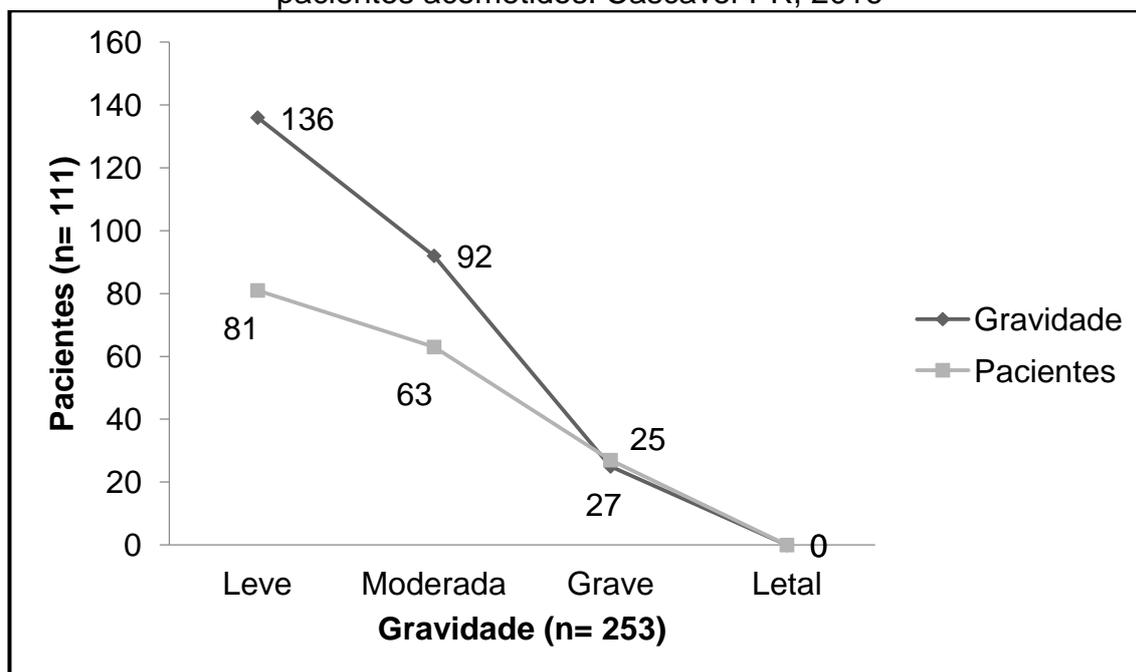
Tabela 01. Distribuição dos eventos/incidentes, segundo o tipo, a frequência e o número de pacientes acometidos. Cascavel-PR, 2016.

Tipo de Eventos/incidentes	Frequência (n=253)		Pacientes (n=111)	
	N	%	N	%
Atraso/não atendimento do paciente	06	2,37	06	5,4
Deiscência de ferida operatória	04	1,58	03	2,7
Extubação acidental	04	1,58	03	2,7
Flebite	02	0,79	02	1,8
Queda do leito	01	0,40	01	0,9
Relacionados à medicação	03	1,19	03	2,7
Relacionados à perda de integridade da pele*	82	32,41	52	46,8
Relacionados ao uso de equipamentos na assistência	23	9,09	20	18
Saque não programado de dispositivos invasivos†	40	15,81	28	25,2
Lesão por pressão (LP)	88	34,78	54	48,6

*Excluem-se registros de flebites e LP; †Excluem-se registros de extubação acidental. Valor percentual aproximado.

Quanto à classificação da gravidade, a Figura 2 apresenta que 81 (73%) pacientes foram acometidos por 136 (53,8%) eventos/incidentes classificados como leve.

Figura 2 Distribuição dos eventos/incidentes, segundo a gravidade e o número de pacientes acometidos. Cascavel-PR, 2016



DISCUSSÃO

A partir das análises sobre os eventos/incidentes ocorridos na UTI geral, verificou-se que o número total de registros (n= 253) resultou em média mensal aproximada de 21 ocorrências. Tais dados tornam-se ínfimos, quando comparado de modo isoladamente numérico com outras realidades do Brasil^(9,12) e do mundo⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Não obstante, é válido ressaltar que a propósito de análise comparativa mais profunda devem-se considerar as proporcionalidades, haja vista que este estudo foi conduzido em uma única UTI a qual possui um quantitativo de apenas 15 leitos.

Em pesquisa realizada em um município brasileiro⁽⁹⁾, observa-se que o período de análises da ocorrência de eventos/incidentes (quarenta dias) foi inferior ao deste estudo e, o número de ocorrência mostrou-se maior (n=1.082), entretanto, verificaram-se dados de quatro UTI. Do mesmo modo, outros pesquisadores identificaram um total de 15.054 eventos/incidentes, sendo este quantitativo oriundo da análise de dados em dois hospitais universitários de alta complexidade, conforme descrito uma das unidades intensivas apresenta 910 leitos e a outra possui 258 leitos⁽¹²⁾.

Quando se verifica que, a análise prospectiva de oito meses realizada em UTI de 76 hospitais da Espanha⁽¹³⁾ apresentou como resultado a ocorrência de 1.424 eventos/incidentes, considera-se que o número de registros da instituição brasileira avaliada nesta investigação apresentou-se alto, assim como quando comparados com dados de avaliação realizada durante 90 meses em uma única UTI com 13 leitos de um hospital universitário da Inglaterra⁽¹⁴⁾.

A partir disso, compreende-se que para efetiva análise quantitativa dos eventos/incidentes ocorridos em cada serviço de saúde é preciso que se considere a realidade da própria instituição e da localidade em que a mesma encontra-se inserida.

Dessa maneira, o que chama especial atenção é a exponencial diferença entre o número de ocorrências registrado pela notificação voluntária com aquele feito por meio da busca ativa (Figura 1).

Verificou-se, que 94% (n=239) das situações as ocorrências foram identificadas por meio de análises de registros oriundos da realização de busca ativa em prontuários eletrônicos. Sendo assim, é razoável inferir que a busca ativa posta em prática na instituição hospitalar avaliada mostrou-se apropriada e, auxiliou de modo positivo o serviço de gerenciamento de risco hospitalar na identificação dos eventos adversos e incidentes no âmbito da UTI geral.

Contudo, cabe ressaltar que tal estratégia alternativa apresenta pontos importantes a serem considerados previamente à sua instituição, dentre os quais se destacam dois principais: 1) recursos humanos (quantitativamente necessário, ou específico para tal atividade e, qualitativamente apto a avaliar as evoluções da equipe multiprofissionais e, assim, conseguir identificar os eventos/incidentes); 2) sistema de prontuários eletrônicos (que possibilite resgate integral e a qualquer tempo, de todos os dados produzidos pela equipe de saúde).

Os recursos humanos devem ser treinados e supervisionados pelo coordenador do serviço de gerenciamento de risco hospitalar (ou órgão institucional correspondente) ou por seus membros consultivos, quando as atividades não forem executadas diretamente por estes. Ademais, é possível que a busca ativa seja realizada por análises em prontuários físicos, entretanto, esta demandará maior disponibilidade de tempo e habilidade em reconhecer o teor das evoluções manuscritas realizadas pelos diversos profissionais, que muitas vezes apresentam-se de forma pouco compreensível ou até mesmo ilegível.

Com base nisso, torna-se claro a necessidade de investimentos em recursos humanos, por parte dos gestores institucionais, para que estes possam desempenhar as atividades imprescindíveis à busca pela segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, os dados sugerem que o baixo número de registro das ocorrências por meio da notificação voluntária (n=14; 6%), como mencionado anteriormente, pode estar vinculado ao desconhecimento dos profissionais referentes a este tema, ou devido ao medo de uma possível punição pela instituição, sendo estas, algumas das muitas razões que levam o profissional a não relatar os incidentes⁽¹⁶⁾.

Tais atos omissivos, não raro, sustentam-se em sentimentos como vergonha, autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio⁽¹⁷⁾. Assim sendo, deve-se incentivar as ações de participação, reconhecimento dos eventos/incidentes e valorização dos profissionais desenvolvendo uma cultura não punitiva, o que não raro se promove através da gestão compartilhada⁽¹⁸⁾.

O enfermeiro além de ser responsável pela equipe de enfermagem, deve se comprometer a participar de reuniões multiprofissionais que tratem de assuntos referentes ao gerenciamento de risco e segurança do paciente, assim como realizar discussões sobre mudanças positivas no que diz respeito à cultura institucional⁽¹⁹⁾.

Faz mister enfatizar que identificar e notificar os eventos/incidentes pode auxiliar os membros dos departamentos competentes a elencar estratégias que visam diminuir os índices de ocorrências na unidade e na instituição como um todo, haja vista que as situações decorrem também de toda a dinâmica complexa do sistema organizacional e não se originam, única e exclusivamente, da falha humana (individual ou coletiva)⁽²⁰⁾.

A notificação deve ser entendida como uma forma de construir um banco de dados, para informar a instituição dos fatos indesejados e inesperados que acomete o indivíduo em situação de cuidado. Assim sendo, busca-se com ela proporcionar um planejamento mais seguro das ações de assistência em saúde⁽¹⁾.

Desse modo, ratifica-se que ao se verificar grandes dificuldades na identificação do evento/incidente por via voluntária é importante que os gestores preocupados com a segurança do paciente lancem mão de estratégias alternativas para (re) conhecer as situações.

Seguindo o disposto, neste estudo verificou-se que LP apresentou o maior número de registros, tanto em termos de frequência (n=88; 34,78%) quanto no que diz respeito ao número de pacientes acometidos (n=54; 48,6%). (Tabela1).

No âmbito das instituições hospitalares, mitigar o índice elevado de LP apresenta-se como um desafio constante no dia-a-dia dos profissionais, uma vez que tal ocorrência corrobora com o aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes, além de elevar os custos financeiros com o manejo terapêutico hospitalar⁽²¹⁾.

Em UTI, todos os pacientes são considerados como sendo alto risco para desenvolver LP, devido às condições fisiopatológicas que os mesmos apresentam e à diminuição da mobilidade física por conta da restrição ao leito⁽²²⁾. Nessa direção, sublinha-se que

pacientes idosos merecem especial atenção, pois há um declínio mais acentuado em suas condições fisiológicas basais⁽²³⁾.

Em número igualmente expressivo ao observado nos registros de LP, estão eventos/incidentes relacionados à perda da integridade da pele os quais ocorreram 82 (32,41%) vezes e acometeram 52 (46,8%) pacientes.

A integridade da pele prejudicada é interpretada pela taxonomia, como, “epiderme e/ou derme alteradas” devido a fatores externos que modificam a mesma, nos quais se inclui: distúrbios de termorregulação, substância química, umidade, fatores mecânicos (por exemplo, adesivos que arrancam os folículos peliculares externos, além de contensão e ou pressão excessiva), imobilização física, medicações, etc⁽²⁴⁾.

Grande parte dos doentes em UTI necessita que a equipe de Enfermagem realize por eles a mudança de decúbito, na maioria das vezes em um prazo de duas em duas horas. Esta técnica exige que a equipe tome conta, não somente dos indivíduos, mas também, dos aparelhos que auxiliam o seu cuidado. Por conta disso, a equipe deve estar atenta para que não ocorram saques acidentais de dispositivos invasivos. Conforme apresentado na Tabela 1, no período de um ano os saques não programados de dispositivos invasivos (exceto extubação acidental) ocorreram em 40 (15,81%) situações com 28 (25,2%) pacientes.

Nesta perspectiva, pesquisa recente aponta que a instituição de um sistema de alerta informatizado pode corroborar com a segurança do paciente em UTI, principalmente, no que diz respeito à prevenção, monitoramento e tomada de decisão face às ocorrências de saques não programados dos dispositivos invasivos⁽²⁵⁾. Do mesmo modo, importante recordar que a ocorrência de delirium em pacientes criticamente enfermos é frequente e, tal condição também pode contribuir para a perda dos dispositivos⁽²⁶⁾.

Sobre a ocorrência de eventos/incidentes associados à medicação, neste estudo tanto a prevalência (n=3; 2,7%) quanto o número de pacientes acometidos (n=3; 2,7%) mostraram-se consideravelmente baixos. Apesar disso, cabe sublinhar que sobrecarga de trabalho, prescrição médica muitas vezes ilegível e identificação incorreta do paciente são fatores mais comumente envolvidos nos erros de medicação⁽²⁷⁾. Ademais, falhas na continuidade da prescrição e no preparo e ou administração dos fármacos não são raros em UTIs⁽¹²⁾.

Tais eventos/incidentes podem trazer grande preocupação para a gestão hospitalar, pois ocasionam danos ao paciente, maior tempo de internação e, conseqüentemente aumentam os gastos institucionais⁽¹⁵⁾. Da mesma maneira e, apesar do baixo número de registros de flebites nesta pesquisa (n= 2; 0,79%), é importante reforçar que esta é considerada uma complicação da terapia intravenosa com medicação e, que está relacionada diretamente com o cuidado de Enfermagem. Portanto, considera-se necessário intensificar as ações de prevenção e identificação precoce as quais devem se concretizar por meio da educação permanente dos profissionais⁽²⁸⁾.

Conforme apontado por pesquisadores brasileiros⁽²⁹⁾, dados da literatura confirmam que a queda do paciente é o evento adverso mais comum entre hospitalizados, totalizando cerca de 70% dos acidentes que ocorrem dentro do hospital.

Nesta pesquisa, em um ano houve registro de que um único paciente sofreu queda do leito. Apesar deste número ínfimo, é importante lembrar que as análises dos dados foram feitas sobre ocorrências em UTI, unidade na qual o risco de quedas do leito, mesmo não sendo nulo, é tradicionalmente pequeno, dadas as características tanto da unidade quanto dos pacientes em que nela estão.

Com relação à associação entre o número de pacientes acometidos pelos eventos/incidentes segundo a gravidade destes, observa-se que houve forte correlação inversa e estatisticamente significativa (p-valor: 0.004), considerando-se que quanto maior o número de pacientes acometidos por um dado evento/incidente menor foi a gravidade da ocorrência (Figura 2).

Apesar disso, é oportuno salientar que todos os eventos adversos e incidentes identificados neste trabalho são classificados como evitáveis, ou seja, situações que podem ser prevenidas a partir da adoção de medidas e estratégias interdisciplinares para tal^(9,15-16). Finalmente, porém não menos importante, sublinha-se que a ocorrência de eventos/incidentes evitáveis pode ocasionar danos severos aos pacientes e, como consequência, implicar em responsabilizações judiciais aos profissionais devido aos aspectos éticos e legais que os mesmos são submetidos⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

A identificação de LP como o incidente de maior prevalência, tanto em termos de frequência quanto no que tange ao número de pacientes acometidos, pode ser explicada, em parte, pelas características da unidade em que se deu a análise das ocorrências.

Ademais, os resultados apontaram que a busca ativa mostrou-se como uma estratégia gerencial que corroborou de maneira substancial à identificação das situações de risco no âmbito da unidade de terapia intensiva estudada. Não obstante, a cultura de segurança do paciente deve ser amplamente disseminada por todas as unidades das instituições hospitalares e, todos os profissionais devem estar continuamente engajados na melhoria dos processos assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet] Brasília (DF): 2014. [citado 2016 Mar 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. [Internet]. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília; 2013. [citado 2016 Mar 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
3. Gallotti RMD. Eventos adversos – o que são?. Rev Assoc Med Bras. [Internet]. 2004 [citado 2016 Mar 20]; 50 (2): [aproximadamente 1 lauda]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20754.pdf>.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. [Internet]. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2013. [citado 2016 Mar 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

5. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Patient Safety: a comparison between handwritten and computerized voluntary incident reporting. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 [citado 2016 Mar 23]; 34 (1): [aproximadamente 9 laudas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_21.pdf.
6. Primo LP, Capucho HC. Intervenções educativas para estímulo a notificações voluntárias em um hospital de ensino da rede sentinela. *R Bras Farm Hosp Serv Saúde.* [Internet]. 2011 [citado 2016 Mar 23]; 2 (2): [aproximadamente 5 laudas]. Disponível em: http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSS03_artigo_05.pdf.
7. Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UERJ.* [Internet]. 2015 [citado 2016 Mar 20]; 23 (2): [aproximadamente 7 laudas]. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/6076/12794>.
8. Mendes V, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Assoc Med Bras.* [Internet]. 2013 [citado 2016 Mar 20]; 59 (5): [aproximadamente 8 laudas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n5/en_v59n5a06.pdf
9. Gonçalves LA, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Faro ACM, Gallotti RMD, et al. Nursing allocation and adverse events/incidentes in intensive care units. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2012 [citado 2016 Abr 10]; 46 (Esp.): [aproximadamente 7 laudas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/11.pdf>.
10. Marodin G, Goldim JR. Confusões e ambiguidades na classificação de eventos adversos em pesquisa clínica. *Rev Esc Enferm. USP.* [Internet]. 2009. [citado 2016 Abr 05]; 43 (3): [aproximadamente 7 laudas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a27v43n3.pdf>.
11. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. 2013. R Foundation for Statistical Computing. Viena, Austria.
12. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2014. [citado 2016 Jul 18]; 67 (5): 692-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>.
13. Merino P, Álvarez J, Martín MC, Alonso A, Gutiérrez I. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. *Int J Qual Health Care.* [Internet]. 2012. [citado 2016 Jul 10]; 24 (2): 105-113. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/24/2/105.full.pdf>.
14. Welters ID, Gibson J, Mogk M, Wenstone R. Major sources of critical incidents in intensive care. *Critical Care.* [Internet]. 2011. [citado 2016 Jul 10]; 15: 1-8. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc10474>.
15. Oliveira RM, Leitão IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2015 [citado 2016 Jul 18]; 49 (1): 104-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0104.pdf>.
16. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2015. [citado 2016 Jul 18]; 68 (1): 136-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0144.pdf.
17. Silva FG, Junior NJO, Oliveira DO, Nicoletti DR, Comin E. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. *Rev SOBECC.* [Internet]. 2015.

- [citado 2016 Maio 29]; 20 (4): 202-9. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n4/202-209.pdf>.
18. Souza LP, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Carneiro FS, Paranaguá TTB, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev enferm. UERJ*. [Internet]. 2011. [citado 2016 Maio 29]; 19 (1): 127-33. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a21.pdf>.
19. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2014. [citado 2016 Jul 18]; 18 (1): 122-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>.
20. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Patient safety management from the perspective of nurses. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [citado 2016 Jun 09]; 49 (2): 275-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf>.
21. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Risk assessment for pressure ulcer in critical patients. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2011 [citado 2016 Jul 19]; 45 (2): 313-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a01.pdf.
22. Barbosa TP, Beccaria LM, Poletti NAA. Pressure ulcer risk assessment and preventive nursing care in the intensive care. *Rev enferm. UERJ*. [Internet]. 2014 [citado 2016 Jun 9]; 22 (3): 353-8. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/13724/10493>.
23. Vieira CPB, Sá MS, Madeira MZA, Luz MHBA. Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada. *Rev Rene*. 2014; 15 (4): 650-8.
24. Garcez RM, Barros ALBL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 456 p.
25. Barra DCC, Dal Sasso GTM, Baccin CRA. Warning systems in a computerized nursing process for intensive care units. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2014 [citado 2016 Jul 18]; 48 (1): 125-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-125.pdf>.
26. Faria RSB, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*. [Internet]. 2013 [citado 2016 Jul 18]; 25 (2): 137-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a12>.
27. Cobellini VL, Schilling MCL, Frantz SF, Godinho TG, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2011 [citado 2016 Jun 9]; 64 (2): 241-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a04v64n2.pdf>.
28. Margerote NP, Lima MHM, Silva JB, Correia MDL, Secoli SR. Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2011 [citado 2016 Jun 9]; 20 (3): 486-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/09.pdf>.
29. Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. 2011 [citado 2016 Jun 15]; 19 (2): 204-11. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia