



Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva

Occurrence of adverse events as indicators of quality of care in an intensive care unit

Ocurrencia de eventos adversos como indicadores de la calidad de la atención en unidad de cuidados intensivos

Camila Santos Pires Lima^I; Sayonara de Fátima Faria Barbosa^{II}

RESUMO: Estudo descritivo, quantitativo, desenvolvido em unidade de terapia intensiva de um hospital público do sul do país, o qual objetivou avaliar a qualidade assistencial e segurança do paciente por meio da ocorrência de eventos adversos. A coleta de dados foi realizada em agosto e setembro de 2012, por meio de um instrumento de notificação e observações de fatores de risco para eventos adversos. Das notificações realizadas, 17 (54,8%) foram para perda de sonda gastroenteral, 8 (25,8%) para úlcera por pressão, 3 (9,7%) para perda de cateter venoso central e 3 (9,7%) para extubação acidental. Dos riscos observados, 74 (54%) foram para úlcera por pressão, 32 (23,4%) para perda de sonda gastroenteral, 22 (16%) para perda de cateter venoso central e 9 (6,6%) para extubação acidental. Evidenciou-se a importância no monitoramento dos eventos por meio da aplicação de indicadores de qualidade com o intuito de melhoria da segurança e assistência ao paciente.
Palavras-Chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde; qualidade; segurança do paciente; unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT: This descriptive, quantitative study in the intensive care unit of a hospital in southern Brazil, evaluated quality of care and patient safety by occurrence of adverse events. Data were collected in August and September 2012 using an instrument for notification of, and observations on, risk factors for adverse events. Of total notifications, 17 (54.8%) were for loss of gastrointestinal probe, 8 (25.8%) for pressure ulcer, 3 (9.7%) for loss of central venous catheter and 3 (9.7%) for accidental extubation. Of the risks observed, 74 (54%) were for pressure ulcer, 32 (23.4%) for loss of gastrointestinal probe, 22 (16%) for loss of central venous catheter and 9 (6.6%) for accidental extubation. This highlighted the importance of monitoring for events by applying quality indicators in order to improve patient safety and care.

Keywords: Quality indicators in healthcare; quality; patient safety; intensive care unit.

RESUMEN: Estudio descriptivo cuantitativo, realizado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital en el sur del país. Tuvo como objetivo evaluar la calidad de la atención y seguridad del paciente a través del suceso de eventos adversos. La recolección de datos tuvo lugar en agosto y septiembre de 2012, a través de un instrumento de notificación y observaciones de factores de riesgo para eventos adversos. De las notificaciones realizadas, 17 (54,8%) fueron sobre pérdida de sonda gastroenteral, 8 (25,8%) sobre úlcera por presión, 3 (9,7%) sobre pérdida de catéter venoso central y 3 (9,7%) sobre extubación no programada. Se evidenció la importancia de monitorear los sucesos a través de la aplicación de indicadores de calidad con el objetivo de mejorar la atención y seguridad del paciente.

Palabras Clave: Indicadores de calidad en la atención de salud; calidad; seguridad del paciente; unidad de cuidados intensivos.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, em todo o mundo, tem sido observada uma preocupação crescente com a qualidade nos serviços de saúde, que é definida como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual¹. A busca por resultados positivos, satisfação do paciente, um cuidado livre de danos, cumprimento de normas básicas de segurança impulsionam o setor de saúde, principalmente instituições hospitalares a

desenvolverem melhores práticas². Entretanto, essa busca pela melhoria da qualidade não é de hoje, pois começou a ser discutida nos Estados Unidos no século passado, em 1951, com a criação da Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que logo, em 1952, delegou oficialmente o programa de acreditação a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)³.

No Brasil, o órgão referência em avaliar a qualidade dos serviços oferecidos à saúde e implantar o processo de

^IEnfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: camilasp87@gmail.com.

^{II}Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Ciências da Saúde. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: sayonara.barbosa@ufsc.br.

acreditação, é a Organização Nacional de Acreditação (ONA), criada em 1999⁴. A ONA oferece o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, instrumento que serve de guia às instituições para que estabeleçam padrões de atendimento com alta qualidade⁴. Acompanhando essa lógica, os serviços de enfermagem possuem papel fundamental na busca dessa qualidade nas organizações de saúde, tendo em vista o número de profissionais atuantes nas instituições e a sua responsabilidade nos cuidados aos pacientes durante as 24 horas⁵. Assim, para a melhoria da qualidade assistencial, uma das formas existentes para avaliar e contribuir com a qualidade desse serviço é a implantação de instrumentos chamados indicadores que são medidas utilizadas para determinar, por meio do tempo, o desempenho das funções, processos e resultados de uma instituição⁶.

Um dos indicadores que vem sendo incorporados como guias para monitorar e avaliar a qualidade é a taxa de eventos adversos (EA), o qual é indesejável, evitável e pode acarretar danos à segurança do paciente que se encontra sob cuidados dos profissionais de saúde^{7,8}. O emprego desses indicadores, possibilita aos profissionais de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os pacientes, os trabalhadores e as organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos pacientes⁹.

A importância do uso de indicadores torna-se evidente nos mais variados ambientes de cuidado em saúde, no entanto destaca-se uma maior necessidade do seu estabelecimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por este ser um local reconhecido como vulnerável à ocorrência de eventos adversos, por condições como a complexidade da situação clínica dos pacientes e a necessidade de decisões de alto risco de forma urgente¹⁰.

Os EA têm sido considerados importantes indicadores de resultado da qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada, e embora sejam indesejáveis, esses eventos são constantemente observados na prática assistencial, por isso é fundamental a sua detecção e o monitoramento por meio de indicadores¹¹. Nesse cenário foi desenvolvido o presente estudo, que teve por objetivo avaliar a qualidade assistencial e segurança do paciente por meio da ocorrência de EA. Foram utilizados os indicadores de perda de sonda gastroenteral, incidência de úlcera por pressão, extubação acidental e perda de cateter venoso central.

REVISÃO DE LITERATURA

A meta de qualidade nos diversos serviços oferecidos à sociedade tem sido cada vez mais valorizada, com consequente otimização de resultados. No âmbito da saúde, instituições têm incorporado tal perspectiva com a finalidade de fornecer um cuidado seguro e que satisfaça a população¹².

Historicamente, os primeiros esforços a respeito da qualidade em saúde são atribuídos a Florence Nightingale, que, em meados do século XIX, já demonstrava a necessidade de se analisar estatisticamente as atividades hospitalares para a avaliação dos resultados¹³.

Um dos atributos que expressam a qualidade do cuidado é a segurança do paciente, o qual é um elemento crítico para a qualidade e um princípio fundamental para o cuidado ao paciente¹⁴. A segurança do paciente integra um conjunto de ações e esforços complexos no desempenho da melhoria da segurança ambiental e gerenciamento de riscos, incluindo controle de infecção, segurança no uso de medicamentos e equipamentos, segurança da prática clínica e do ambiente de cuidado¹⁵. Falando em segurança do paciente, não se pode deixar de citar a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), a qual foi estabelecida pelo Congresso Americano, em 2000¹⁴. Tem como missão melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde para todos os americanos, e tem como principal papel contribuir para a redução dos erros ocorridos no processo do cuidado e melhoria da segurança do paciente¹⁶. A AHRQ considera que segurança do paciente é a ausência de potencial para ocorrência de danos ou ausência de ocorrência de danos associados a cuidados ao paciente¹⁶. É, portanto um componente fundamental da qualidade do cuidado de saúde¹⁷.

Um dos desafios atuais das organizações de saúde é melhorar a qualidade da assistência por meio da implementação de indicadores de qualidade, os quais são ferramentas de triagem para a finalidade de identificar áreas potenciais de preocupação com a qualidade do atendimento clínico e refletem a qualidade do atendimento dentro dos hospitais^{18,19}.

Dessa forma, conhecer e entender os EA, seu gerenciamento, controle e fatores de risco, permitem, a toda equipe multidisciplinar, a implementação de medidas preventivas e tratamento eficazes, sendo as evidências científicas uma fonte de estímulo e meio para a conscientização dos profissionais de saúde para a abordagem sistêmica dos EA²⁰. É nessa busca pela qualidade e excelência no cuidado que a prevenção de EA aparece como um dos principais desafios e uma das metas a serem cumpridas pelos profissionais que oferecem assistência em saúde⁷.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido em UTI adulto de um hospital público do sul do Brasil. A população do estudo contemplou os pacientes internados em UTI. A amostra foi constituída pelos pacientes internados em UTI durante os meses de agosto e setembro de 2012, sendo incluídos

os sujeitos de qualquer faixa etária e sexo, que sofreram ou apresentaram riscos de serem submetidos aos EA abordados no estudo.

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento de notificação e realizadas observações de fatores de risco para EA. Foram registradas, no total, 31 ocorrências de EA pelos profissionais de enfermagem, com o uso de um instrumento de notificação (fundamentado pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar) e depositado em uma urna própria na UTI. Foram realizadas 102 observações pela pesquisadora e por uma profissional previamente treinada, nos seguintes turnos de trabalho e horários: manhã - 7h30/10h30, tarde - 13h30/16h30 e noite - 19h30/22h30, e registrados 137 riscos para ocorrência de EA.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, sendo os resultados apresentados em números absolutos e percentuais. O estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 196/96, a qual incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado²¹. Foi iniciado, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio do parecer de nº 27870. A partir da análise dos dados emergiram as seguintes categorias: Indicadores de qualidade assistencial em terapia intensiva e riscos para evento adverso em terapia intensiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados foi realizada com base nos instrumentos aplicados no estudo, sendo: a ficha de notificações de EA e as observações de riscos que os pacientes estavam expostos para ocorrência dos eventos.

Assim, segue a análise das duas categorias identificadas.

Indicadores de qualidade assistencial em terapia intensiva

No total foram realizadas 31 notificações de EA, os tipos de eventos encontrados e a respectiva incidência, os quais, estão expostos na Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição das notificações dos eventos adversos, segundo a natureza e incidência em UTI adulto. Florianópolis-SC, 2012.

Natureza	f	%
Perda de sonda gastrointestinal	17	54,8
Úlcera por pressão	8	25,8
Perda de cateter venoso central	3	9,7
Extubação acidental	3	9,7
Total	31	100

O turno de trabalho com maior número de EA notificados foi o noturno, com 12 (39%) registros, seguido pelo turno da manhã com 11 (35%) notificações e o turno da tarde com 8 (26%) eventos. Logo, o turno vespertino foi considerado o mais seguro.

Vale ressaltar que nessa UTI, nos três turnos de trabalho, há o mesmo número de profissionais atuando, mas é no turno matutino que é realizado o maior número de procedimentos como: banho no leito, exames laboratoriais e de imagem. É importante salientar que mesmo os turnos noturno e matutino tendo apresentado maiores riscos, os profissionais desses turnos foram os que mais realizaram os registros de notificações, o que reforça o comprometimento pela busca da melhoria da qualidade assistencial.

Riscos para evento adverso em terapia intensiva

Os dados foram obtidos por meio das observações dos pacientes expostos ao risco de sofrerem algum dos EA estudados. As observações foram realizadas por 30 dias consecutivos, nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) correspondendo ao todo 102 observações, e um total de 65 pacientes observados. Em 29 das 102 observações realizadas, foram identificados mais de um risco para EA. Assim, foram registrados, no total, 137 riscos, destes 74 (54%) para desenvolvimento de úlcera por pressão, 32 (23,4%) para perda de sonda gastrointestinal, 22 (16%) para perda de cateter venoso central e 9 (6,6%) para extubação acidental. Os pacientes do estudo apresentaram alto risco para desenvolvimento de úlcera por pressão, bem como para perda de sonda gastrointestinal.

Os EA notificados, com as principais causas identificadas pelos profissionais da UTI e os riscos para ocorrência de EA verificados nas observações são analisados a seguir.

Úlcera por pressão

Para desenvolvimento de úlcera por pressão, foram identificadas como causas: mobilidade física prejudicada - 8 (26,7%); proeminências ósseas desprotegidas - 7 (23,3%); alteração na nutrição - 6 (20%); déficit sensorial - 6 (20%); paciente sem colchão de espuma altamente específica - 2 (6,7%) e; não realização da mudança de decúbito - 1 (3,3%).

Os riscos para desenvolvimento de úlcera por pressão foram avaliados conforme a Escala de Braden que classifica os riscos para este EA como: alto, médio e baixo. A Figura 1 mostra o que foi verificado na UTI adulto.

Ainda com relação à úlcera por pressão, foram analisadas as regiões mais expostas ao risco, sendo estas: calcânea - 27 (36%), sacra - 26 (35,5%), occipital - 13 (18,4%), trocântérica - 4 (5%), maleolar - 3 (4,6%) e outra região - 1 (0,5%).

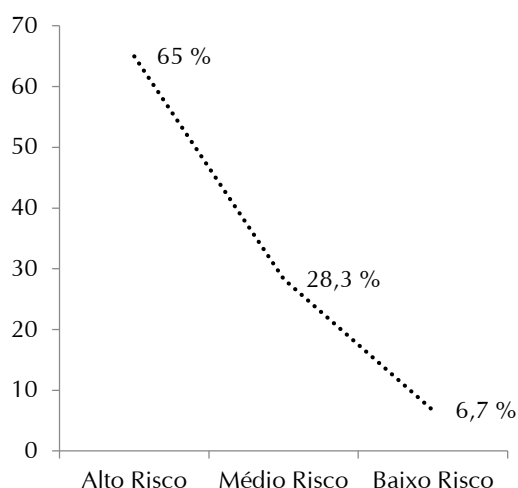


FIGURA 1: Riscos para úlcera por pressão, conforme escala de Braden em UTI adulto. Florianópolis - SC, 2012

A úlcera por pressão, neste estudo, foi um EA relevante e, segundo a aplicação da Escala de Braden, evidenciou que a maioria dos pacientes apresentou alto risco para desenvolvê-la, conforme a Figura 1. Em relação à localização das úlceras por pressão, verificou-se um predomínio em regiões calcânea e sacral, corroborando outros estudos^{22,23}.

O diagnóstico de risco para o desenvolvimento de uma úlcera por pressão em um paciente deve levar em consideração os diversos fatores que predisõem a sua formação²⁴, como a pressão, cisalhamento, fricção, umidade, higiene corporal deficiente, posicionamento incorreto do paciente, deficiência na mudança de decúbito, entre outros²⁵.

Entre as ações essenciais de enfermagem para evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão, tem-se: a mobilização e o reposicionamento adequado do paciente a cada duas horas, podendo ser intensificada essa mudança de decúbito de acordo com o escore de risco do paciente, os cuidados com a pele por meio do uso de técnicas apropriadas de higiene, a utilização de colchões que redistribuem a pressão nas proeminências ósseas, a indicação e o monitoramento das condições nutricionais e ingestão hídrica, entre outros²⁴.

Cabe ao enfermeiro avaliar os pacientes e planejar o cuidado, considerando o risco de desenvolverem úlceras e a prevenção da ocorrência das mesmas, através da implementação de medidas contínuas e dinâmicas², baseando-se em evidências científicas²⁶.

Perda de sonda gastroenteral

Para perda de sonda gastroenteral, foram identificadas as seguintes causas: agitação motora - 10 (25%); contenção inadequada do paciente - 10 (25%); confusão mental - 9 (22,5%); manuseio do paciente durante procedimentos - 4 (10%); não identificado - 2 (5%); fixação

inadequada da sonda - 1 (2,5%); transferência maca/leito, maca/cadeira - 1 (2,5%); obstrução da sonda - 1 (2,5%); sudorese excessiva - 1 (2,5%) e; outra condição - 1 (2,5%). A causa identificada como outra condição refere-se a um episódio em que o paciente perdeu o dispositivo durante a troca do tubo orotraqueal, já que a sonda estava fixada juntamente com esse tubo.

Na maioria dos pacientes foram identificados mais de um risco para perda de sonda gastroenteral, sendo estes os encontrados: fixação inadequada da sonda - 19 (45,2%); agitação motora - 6 (14,2%); sudorese excessiva - 5 (12%); confusão mental - 4 (9,6%); contenção inadequada do paciente - 3 (7%); administração de medicamentos - 2 (4,8%); outra condição - 2 (4,8%) e; obstrução da sonda - 1 (2,4%). Os fatores que apareceram como outra condição foram: tração da sonda e sonda mal posicionada.

A remoção acidental de sonda gastroenteral ocorre principalmente pelo próprio paciente, pelo profissional durante a realização de procedimentos e/ou fixação inadequada, obstrução da sonda e confusão do paciente²⁷. Quando o paciente encontra-se agitado ou apresentando confusão mental, reforça-se para restrição física do paciente a utilização de imobilizadores para braços, se apropriado²⁸.

A troca da fixação da sonda gastroenteral também é outro cuidado fundamental para evitar a perda do dispositivo. Deve ser realizada sempre que ela se apresentar solta ou suja, prevenindo o seu deslocamento ou retirada, promovendo a higiene e evitando danos adicionais ao paciente². Porém, como foi observado, alguns pacientes apresentaram sudorese excessiva, o que dificultou a fixação da sonda, tendo sido necessário o aumento da vigilância de enfermagem para esses casos. Destaca-se, neste estudo, que apenas um registro apresentou, como risco para perda da sonda gastroenteral, a sua obstrução. A atenção da equipe de enfermagem perante este cuidado é indispensável, prevenindo, assim, a perda do dispositivo.

Perda de cateter venoso central

Foram identificados os seguintes problemas para perda de cateter venoso central: curativo com fixação inadequada - 1 (20%); tração do cateter - 1 (20%); contenção inadequada do paciente - 1 (20%); manuseio do paciente durante procedimentos - 1 (20%) e; sudorese excessiva - 1 (20%).

Quanto aos fatores de risco identificados, houve mais de um risco para o mesmo paciente, foram: curativo com fixação inadequada - 10 (40%); outra condição - 8 (32%); tração do cateter - 2 (8%); contenção inadequada do paciente - 2 (8%); sudorese excessiva - 2 (8%) e; obstrução do cateter - 1 (4%). O fator de risco apresentado como outra condição foi o excesso de cânulas acopladas ao cateter, o que consequentemente contribuiu para a tração do mesmo.

A incidência de perda de cateter venoso central no local do estudo foi baixa, o que pode demonstrar o cuidado e atenção da equipe para evitar a perda desse dispositivo. Estudos realizados trazem a perda acidental de cateter venoso central, como EA^{7,20}, porém não especificam a causa, exceto um que apontou como causa a obstrução do cateter²⁹, o que também foi encontrado no presente estudo como fator de risco.

Extubação acidental

Os profissionais identificaram as seguintes causas para ocorrência de extubação acidental: contenção inadequada do paciente 2 - (33,2%); agitação/confusão do paciente 1 - (16,7%); sedação superficial 1 - (16,7%); manuseio do paciente durante procedimentos 1 - (16,7%) e; fixação inadequada do tubo orotraqueal/traqueostomia 1 - (16,7%).

Na maioria dos pacientes foi observado mais de um fator de risco para este EA, a saber: agitação/confusão do paciente - 6 (37,5%); sedação superficial - 4 (25%); pressão inadequada do cuff - 3 (18,75%); fixação inadequada do orotraqueal/traqueostomia - 2 (12,5%) e; contenção inadequada do paciente - 1 (6,25%). Mesmo ocorrido em menor incidência na UTI do estudo, é importante levar em consideração as complicações que a extubação acidental acarreta ao paciente, pois a ocorrência de uma reintubação pode aumentar o tempo de ventilação mecânica e trazer sérias consequências². Ausência de restrições físicas, proporção enfermeiro/paciente de 1:3, transporte para realização de exames, sedação superficial e RX no leito são mencionados como principais fatores de risco para extubação acidental³⁰, tendo sido alguns deles fatores identificados no presente estudo. Além disso, também é considerada a remoção acidental da sonda nasogástrica como fator de risco para a extubação não planejada³¹. Outro estudo realizado em terapia intensiva destacou que a autoextubação representa a maioria dos casos de extubação acidental, onde a agitação, especialmente quando combinada com sedação inadequada e diminuição da vigilância ao paciente são os principais fatores de risco para a ocorrência deste evento. Profissionais inexperientes e fixação inadequada do tubo também podem ser importantes, enquanto o uso de contenção física permanece controverso^{32,33}.

As contenções físicas são comumente utilizadas pelos profissionais de saúde para facilitar a tolerância de dispositivos de assistência que causam desconforto e prevenir prematura ou inadvertida remoção de tais dispositivos^{31,34}. Nos últimos anos, os debates éticos têm criticado o uso de contenções físicas sem consentimento dos paciente³¹. Seu uso é controverso porque as contenções podem apresentar um dilema ético, em conflito com valores de cuidado humano e respeitoso³⁴. É importante limitar o uso desses dispositivos para situações clinicamente apropriadas, e somente quando medidas alternativas para reduzir a

ansiedade ou a agitação do paciente tenham falhado³¹. Ainda são restritas as recomendações baseadas em evidências científicas sobre métodos para minimizar o uso de contenção em pacientes³⁴.

Quanto à fixação inadequada do tubo orotraqueal, ela aumenta o risco para uma extubação acidental. Padronizar um método de fixação resulta em diminuição da ocorrência do EA, sendo importante também desenvolver uma ferramenta de triagem para pacientes em ventilação mecânica que possa identificar os que estão em maior risco para extubação acidental^{31,34}.

A pressão inadequada do cuff, apesar de não ter sido causa para nenhuma extubação acidental no presente estudo, apareceu como fator de risco para esse EA. São os profissionais de enfermagem e de fisioterapia que realizam tal cuidado nessa UTI; assim, enfatiza-se a importância em se verificar a pressão do cuff e mantê-la dentro dos limites de normalidade para não ocasionar danos ao paciente e evitar uma extubação acidental.

Ao ter em vista que a extubação acidental constitui um evento adverso do cuidado em diversas instituições hospitalares, percebe-se a importância da sistematização das ações de enfermagem na sua efetiva prevenção durante o manejo do paciente grave, nas mais variadas situações inerentes ao processo do cuidar, bem como a aplicação de guias ou protocolos para uma assistência qualificada e embasada em conceitos que objetivem a segurança do paciente³⁵. Além disso, identificar fatores de risco para a extubação acidental e minimizar a sua incidência por meio de estratégias de prevenção são pré-requisitos para melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem e segurança do paciente em terapia intensiva³³.

CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível identificar os riscos mais frequentes para ocorrência dos EA, bem como analisar os indicadores de qualidade que se apresentaram mais incidentes, sendo estes: perda de sonda gastroenteral e desenvolvimento de úlcera por pressão. Os resultados mostraram a importância no monitoramento dos EA por meio da aplicação de indicadores de qualidade com o intuito de melhoria da segurança e assistência prestada ao paciente. A partir desse ponto, reforça-se a importância em atuar frente aos problemas em busca de soluções que proporcionem melhorias para a prática clínica e que fortaleçam a segurança do paciente em UTI. Pode-se incluir a adoção de boas práticas, baseadas em evidências científicas, realização de treinamentos e de educação continuada com todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado ao paciente.

O estudo contou com algumas limitações importantes relacionadas ao reduzir tempo de levantamento de dados e a pequena amostra, que não permitem a generalização dos achados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The research priority setting working group of the world alliance for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Venturi KK. Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos [dissertação de mestrado]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2009.
3. Novaes AP. Indicadores em UTI. In: Padilha KG et al, organizadoras. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. São Paulo: Manole; 2010.p.1312-21.
4. Organização Nacional de Acreditação [site de Internet]. Conheça a ONA. [citado em 10 out 2012] Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>.
5. Caldana G, Gabriel CS, Rocha FLR, Bernardes A, Françolin L, Costa DB. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. Rev. Eletr. Enf. 2013;15:915-22.
6. Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 3ª ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2008.
7. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008; 16: 746-51.
8. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44:287-94
9. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P. coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.75-88.
10. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009; 21:279-84.
11. Pellicciotti JSS, Kimura M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010; 18(6):1062-9.
12. Claro CM, Krocokz DV, Toffoletto MC, Padilha KG. Adverse events at the Intensive Care Unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. Rev esc enferm USP. 2011;45:167-72.
13. Frello AT, Carraro TE. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. Esc Anna Nery. 2013;17:573-9.
14. World Health Organization. Quality of care: patient safety [site de Internet]. Report by the Secretariat of the 55th World Health Assembly. [citado em 16 mar 2015] Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20042/1/eeb11337.pdf?ua=1>.
15. World Health Organization. World alliance for patient safety [site de Internet]. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. [citado em 01 mar 2014] Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf.
16. Agency for healthcare research and quality. Quality and Patient Safety [site de Internet]. [citado 11 out 2014]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov>.
17. Paese F. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
18. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 538: reconhece a organização nacional de acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
19. Agency for healthcare research and quality. AHRQ quality indicators: guide to patient safety indicators – version 3.1. 2007 [citado 10 mar 2015] Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v31/psi_guide_v31.pdf.
20. 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. 2011; 19: 204-11.
21. Ministério da Saúde (Br). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
22. Palhares VC, Palhares Neto AA. Prevalência e incidência de úlcera por pressão em uma unidade de terapia intensiva. Rev enferm UFPE on line. 2014;8:3647-53.
23. Tayyib N, Coyer F, Lewis P. Saudi Arabian adult intensive care unit pressure ulcer incidence and risk factors: a prospective cohort study. Int Wound J 2015; doi: 10.1111/iwj.12406
24. Tayyib N, Coyer F, Lewis P. Saudi Arabian adult intensive care unit pressure ulcer incidence and risk factors: a prospective cohort study. Int Wound J 2015; doi: 10.1111/iwj.12406
25. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012; 20:333-9.
26. Silva EWNL, Araujo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. Rev bras ter intensiva. 2010; 22:175-85.
27. Bereta RP, Zborowski IP, Simão CMF, Anselmo M, Ribeiro S, Magnani LAFN. Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos. CuidArte Enferm. 2010; 4:80-6.
28. National Guideline Clearinghouse [site de Internet]. Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [citado em 15 mar 2015]. Disponível em: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43935>.
29. Linford L, McGinnis C. Enteral tube dislodgement prevention and recognition. Perspectives. 2011; 9: 2-7.

- 28.Santos VFR, Figueiredo AEPL. Intervenção e atividades propostas para o diagnóstico de enfermagem-ventilação espontânea prejudicada. *Rev Acta Paul Enferm.* 2010;23:824-30.
- 29.Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011;19: 1247-54.
- 30.Tanios MA, Epstein SK, Lively J, Teres D. Can we identify patients at high risk for unplanned extubation? A large-scale multidisciplinary survey. *Respir Care.* 2010; 55: 561-8.
- 31.King JN, Elliott VA. Self/unplanned extubation: safety, surveillance, and monitoring of the mechanically ventilated patient. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2012; 24: 469-79.
- 32.Ismaeil MF, El-Shahat HM, El-Gammal MS, Abbas AM. Unplanned versus planned extubation in respiratory intensive care unit, predictors of outcome. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis.* 2013; 63: 219-31.
- 33.Kiekkas P, Aretha D, Panteli E, Baltopoulos GI, Filos KS. Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review. *Nursing in Critical Care.* 2013; 18: 123-34.
- 34.Luk E, Sneyers B, Rose L, Perreault MM, Williamson DR, Mehta S, et al. Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units. *Crit Care.* 2014;18.
- 35.Ramalho JMN, Nascimento LB, Silva GNS, Menezes MS, Nóbrega MML. Extubação acidental e os cuidados intensivos de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line.* 2014;8:3945-52.