

## Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: resgate histórico e reflexões

Patient safety in the Intensive Care Unit: historical review and reflections

Seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos: revisión histórica y reflexiones

Recebido: 25/03/2022 | Revisado: 30/03/2022 | Aceito: 03/04/2022 | Publicado: 08/04/2022

### **Jhonatan Duarte Silva de Sá**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2126-4692>  
Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão, Brasil  
E-mail: [jhonatan.duart27@gmail.com](mailto:jhonatan.duart27@gmail.com)

### **Martiniano de Araújo Rocha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4419-8672>  
Universidade Ceuma, Brasil  
E-mail: [martinianoaraujo8@gmail.com](mailto:martinianoaraujo8@gmail.com)

### **Emilly Rafaela Rodrigues Jorge**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5157-5483>  
Universidade Ceuma, Brasil  
E-mail: [eemillyrafaela@gmail.com](mailto:eemillyrafaela@gmail.com)

### **Lucas Carvalho Viana**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1886-1648>  
Universidade Ceuma, Brasil  
E-mail: [lcviana2001@hotmail.com](mailto:lcviana2001@hotmail.com)

### **Marcelo Hubner Moreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9482-6596>  
Universidade Ceuma, Brasil  
E-mail: [professorhubner@gmail.com](mailto:professorhubner@gmail.com)

### **Janine Silva Ribeiro Godoy**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5587-0896>  
Universidade Ceuma, Brasil  
E-mail: [janine.silva@ceuma.br](mailto:janine.silva@ceuma.br)

### **Niara Moura Porto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3704-7294>  
Universidade Ceuma, Brasil  
E-mail: [niaraporto@ceuma.com.br](mailto:niaraporto@ceuma.com.br)

### **Patrick Assunção Mourão**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-4076>  
Universidade Ceuma, Brasil  
E-mail: [patrick.assuncao@ceuma.br](mailto:patrick.assuncao@ceuma.br)

### **Carla Araújo Bastos Teixeira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7357-772X>  
Universidade Ceuma, Brasil  
[carlinhateixeira@hotmail.com](mailto:carlinhateixeira@hotmail.com)

### **Iracema Sousa Santos Mourão**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8865-791X>  
Universidade Ceuma, Brasil  
E-mail: [iracema060303@ceuma.com.br](mailto:iracema060303@ceuma.com.br)

### **Resumo**

Objetivo: Realizar uma reflexão teórica acerca de como os dados epidemiológicos se interrelacionam com o resgate histórico de segurança do paciente, e ainda refletir como a assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva é protagonista em ações diretas para redução de Eventos adversos. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo do tipo análise reflexiva, que está sistematizado em dois momentos: uma revisão narrativa que possibilitou o desenvolvimento teórico e conceitual da referida temática e posterior análise entre os conceitos adjacentes. Resultados: A partir do desenvolvimento teórico, foi verificada a necessidade de melhorar a compreensão do contexto em que pessoas são prejudicadas durante a assistência à saúde, para direcionar as políticas públicas voltadas à qualidade dos serviços. Na análise subsequente, o estudo dos eventos adversos demonstrou a importância dos indicadores de risco, pois estes permitem mensurar o distanciamento existente entre a assistência prestada e o cuidado ideal, fornecendo informações indispensáveis para a construção de um sistema de saúde mais seguro. Logo, o estabelecimento das seis metas internacionais na Aliança Mundial para a segurança do paciente permitem melhorar a assistência em áreas consideradas de maior risco. Considerações Finais: Dessa forma, para a administração hospitalar, acima de tudo na Unidade de Terapia Intensiva, a revisão dos eventos adversos é uma estratégia imprescindível para um bom gerenciamento de riscos, pois proporciona a melhor gestão de incidentes, a redução de perdas e custos

inerentes aos eventos adversos, facilitando a tomada de decisões e planejamentos, e coadjuvando na melhoria da segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva; Eventos adversos; Ensino em saúde.

### **Abstract**

**Objective:** To carry out a theoretical reflection on how epidemiological data interrelate with the historical recovery of patient safety, and also to reflect on how Nursing care in the Intensive Care Unit is a protagonist in direct actions to reduce adverse events. **Methodology:** This is a descriptive study of the reflective analysis type, which is systematized in two stages: a narrative review that enabled the theoretical and conceptual development of the theme and subsequent analysis between adjacent concepts. **Results:** From the theoretical development, it was verified the need to improve the understanding of the context in which people are harmed during health care, in order to direct public policies aimed at the quality of services. In the subsequent analysis, the study of adverse events imposes the importance of risk indicators, as they allow measuring the gap between the assistance provided and the ideal care, providing indispensable information for the construction of a safer health system. Therefore, the establishment of the six international goals in the World Alliance for Patient Safety, allows to improve care in areas assessed as being at greatest risk. **Final Considerations:** Thus, for hospital administration, above all in the Intensive Care Unit, a review of adverse events is an essential strategy for good risk management, as it offers a reduction in incidents, a reduction in losses and costs inherent to adverse events, facilitating decision-making and planning, and helping to improve patient safety.

**Keywords:** Patient safety; Nursing in the Intensive Care Unit; Adverse events; Health teaching.

### **Resumen**

**Objetivo:** Realizar una reflexión teórica sobre cómo se interrelacionan los datos epidemiológicos con la recuperación histórica de la seguridad del paciente, y también reflexionar sobre cómo el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos es protagonista en las acciones directas para la reducción de eventos adversos. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo de tipo análisis reflexivo, el cual se sistematiza en dos etapas: una revisión narrativa que posibilitó el desarrollo teórico y conceptual del tema y posterior análisis entre conceptos adyacentes. **Resultados:** A partir del desarrollo teórico, se verificó la necesidad de mejorar la comprensión del contexto en el que las personas se ven perjudicadas durante la atención de salud, con el fin de orientar políticas públicas orientadas a la calidad de los servicios. En el análisis posterior, el estudio de eventos adversos impone la importancia de los indicadores de riesgo, ya que permiten medir la brecha entre la asistencia brindada y la atención ideal, brindando información indispensable para la construcción de un sistema de salud más seguro. Por tanto, el establecimiento de los seis objetivos internacionales en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, permite mejorar la atención en áreas consideradas de mayor riesgo. **Consideraciones finales:** Así, para la gestión hospitalaria, sobre todo en la Unidad de Cuidados Intensivos, la revisión de eventos adversos es una estrategia fundamental para una buena gestión de riesgos, ya que ofrece una reducción de incidencias, una reducción de pérdidas y costos inherentes a los eventos adversos. facilitar la toma de decisiones y la planificación, y ayudar a mejorar la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente; Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos; Eventos adversos; Educación en la salud.

## **1. Introdução**

No século XIX, Florence Nightingale, durante a sua participação na Guerra da Criméia entre 1854 e 1857, utilizando-se de conceitos epidemiológicos e de saúde pública, revolucionou e melhorou os cuidados dados aos soldados britânicos no hospital de guerra de Scutari, na então Turquia Otomana. Esta tornou-se precursora da busca pela qualidade da segurança e do cuidado do paciente, bem como o papel do profissional da saúde nesse contexto (Zambon, 2014). Atualmente, hospitais e instituições optam pela busca constante na melhoria da qualidade do atendimento com o compromisso de atender as necessidades de clientes para aumentar o nível de satisfação dos mesmos quanto à segurança e a assistência prestada (Carvalho et al., 2017).

Em consonância com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os anos milhares de danos à saúde são causados as pessoas em todo o mundo. Os erros associados a assistência à saúde resultam entre 44.000 e 98.000 complicações a cada ano nos hospitais, de acordo com informações do Instituto de Medicina (IOM). No ano de 2013, constatou-se que as mortes prematuras relacionadas a danos evitáveis em virtude da deficiência no cuidado hospitalar correspondem entre 210.000 e 400.000 norte-americanos por ano (Brasil, 2016).

Em Quebec, Canadá, em estudo retrospectivo, com prontuários de 2.699 pacientes internados em 22 unidades de 11 hospitais, concluiu que 76,8% dos eventos adversos, como lesões por pressão, quedas, erros na administração de medicação e infecções relacionadas à assistência à saúde estavam associados aos cuidados de enfermagem (Amaral, 2018). No Brasil, a classe mais frequente de Eventos Adversos (EAs) foi a relacionada aos procedimentos cirúrgicos, equivalendo-se a 35,2% dos eventos. Outros procedimentos médicos corresponderam a 20,6% dos EAs, enquanto os erros de diagnóstico culminaram em 10,2% dos eventos. Desses eventos, 2,9% dos casos resultaram em óbito do paciente (Zambon, 2014).

No ambiente hospitalar, diferentes estressores têm sido evidenciados, sobretudo na área da enfermagem e medicina, incluindo-se o número reduzido de profissionais; o excesso de atividades; o cumprimento de longas e desgastantes jornadas de trabalho. Assim, esses profissionais, sob influência da exaustão, ficam mais suscetíveis a causarem algum dano ao paciente (Texeira et al., 2014; Kolankiewicz, *et al.*, 2020). Desse modo, os altos índices de eventos adversos no âmbito hospitalar, no qual os cuidados prestados dependem diretamente da equipe de enfermagem, ratificam a necessidade desse profissional na redução e prevenção dos danos ao paciente, edificando uma relação profissional da saúde e paciente alicerçada em princípios da beneficência, em outras palavras, maximizando os benefícios e minimizando os prejuízos ao paciente (Moreira, 2018).

Diante do panorama situacional apresentado, o presente estudo objetiva realizar uma reflexão teórica acerca de como os dados epidemiológicos se interrelacionam com o resgate histórico de segurança do paciente. Ademais, espera-se ainda refletir sobre como o profissional da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva é protagonista em ações diretas para redução da probabilidade de Eventos Adversos.

## 2. Metodologia

O presente trabalho caracteriza-se como sendo um estudo descritivo do tipo análise reflexiva. Essa modalidade permite a construção do conhecimento sobre determinado tema, com base em estudos publicados e bibliografias disponíveis. O método empregado no estudo, segue em consonância com as pesquisas desenvolvidas por Menezes *et al.* (2017), Lima *et al.* (2017) e Guerra e Mesquita (2020), direcionando a análise a temática proposta.

O estudo está metodizado e sistematizado em dois momentos: a priori, realizou-se uma revisão narrativa que possibilitou o desenvolvimento teórico e conceitual da segurança do paciente em unidade de terapia intensiva; e, a posteriori, foi efetivada a análise entre os conceitos adjacentes. Para melhor elaboração e compreensão, optou-se por dividir a análise em quatro tópicos: contexto histórico da segurança do paciente; epidemiologia dos eventos adversos; eventos adversos em unidades de terapia intensiva no Brasil; e por fim a segurança do paciente no cenário nacional.

Foram utilizados para compilar os resultados e discussão do presente trabalho artigos, monografias e teses obtidos por meio das bases de dados Google Scholar, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a busca, utilizou-se os descritores: “segurança do paciente”, “eventos adversos” e “epidemiologia de eventos adversos”. Adotou-se como critérios de inclusão estudos que abordavam acerca da temática e que estivessem disponíveis na íntegra, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Já os critérios de exclusão corresponderam àqueles que não respondiam aos critérios de seleção e que não contemplavam o direcionamento do estudo.

Dessa forma, a princípio obteve-se o resgate teórico dos conceitos de segurança do paciente, eventos adversos e epidemiologia dos eventos adversos, conceitos necessários para reflexão proposta, e na sequência elaborou-se uma discussão articulada nas definições do campo prático da enfermagem e medicina.

## 3. Resultados e Discussão

### 3.1 Contexto Histórico da Segurança do Paciente

Ao longo da história, a construção do conhecimento e valorização da segurança do paciente foi edificada a partir de

várias contribuições alcançadas, tanto na área da enfermagem quanto medicina, por meio dos erros cometidos na própria atividade assistencial e pelas experiências vivenciadas na prática do processo saúde-doença (Araújo, 2016). Por volta de 460 a 370 a. C., Hipócrates, conhecido como pai da medicina, discutiu sobre a importância de minimizar os danos ao paciente, enfatizando o cuidado e atenção, pois o mesmo já observava os riscos que poderiam acontecer e as suas consequências (Brasil, 2014).

Fundadora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, destacou-se no tratamento de feridos em guerras, e em sua atuação entre 1854 e 1857, foi pioneira dos programas de qualidade assistencial e evidenciou a função do enfermeiro nesse contexto, ao observar que os cuidados ofertados pela equipe hospitalar apresentavam deficiências (Lobão, 2012). Sobre os cuidados necessários em hospitais, o obstetra húngaro Ignaz Philipp Semmelweis, destacou entre 1818 e 1865 em sua teoria sobre a febre puerperal, a importância da lavagem das mãos para médicos e estudantes de medicina para redução da mortalidade materna pós-parto hospitalar. Essas considerações foram feitas a partir de suas observações enquanto médico da maternidade do hospital escola Allgemeine Krankenhaus de Viena. Durante esse período, foram averiguados que as mulheres cujo parto era feito por médicos ou estudantes de medicina tinham maiores taxas de mortalidade pós-parto se comparados com os partos realizados por parteiras. Assim, Semmelweis supôs que essas infecções advinham do fato que esses profissionais e estudantes manipulavam cadáveres em autópsias antes de realizar os partos. Portanto, o motivou a criar uma política de lavagem para reduzir essa alta mortalidade pós-parto hospitalar (Zambon, 2014).

Durante o século XX, apesar das guerras mundiais, Revolução russa, Crise Econômica de 1929 e Guerra Fria, expressivos avanços foram alcançados, com a evolução da tecnologia e com a criação dos automóveis, aperfeiçoamento dos computadores, internet, além de descobertas científicas e o desenvolvimento da medicina. Nesse contexto, na área da saúde, a descoberta dos antibióticos, o surgimento da psiquiatria, radiologia, endoscopia, videolaparoscopia, bem como o primeiro transplante cardíaco, a descoberta do DNA e o desenvolvimento da fertilização in vitro foram os principais marcos observados na medicina nesse século (Araújo, 2016).

A Teoria da Melhoria Contínua da Qualidade, descrita na primeira metade do século XX por Edward Deming e Joseph Juran no Japão, detalha e objetiva a procura por oportunidades de melhorias nos processos da indústria como um todo (Reis, 2013). No campo da farmacologia, o avanço das tecnologias em concomitância com a expansão rápida do número de fármacos resultou em um consequente aumento das reações medicamentosas. Exemplos de efeitos dessas reações incluíam o lúpus, as hepatites, a agranulocitose e a colite pseudomembranosa, resultados do uso de antihipertensivos, anticonvulsivos, antitiroídicos e antibióticos (Araújo, 2016).

Nesse mesmo ano, David Barr também caracterizava e evidenciava uma incidência de reações adversas das modernas terapêuticas, como intoxicações e acidentes nos pacientes hospitalizados na época. Contudo, ele acreditava que estas reações indesejáveis eram um preço a ser pago pelo avanço nos tratamentos. Igualmente, Robert Moser também advogava que os eventos adversos eram inerentes ao progresso em uma atividade humana, no entanto, discordava de Barr ao considerar que o dano causado aos pacientes não era um produto inevitável do avanço da medicina, mas sim o resultado de uma prática realizada sem indicações claras e sem monitorização de riscos e benefícios (Zambon, 2014).

Na segunda metade do século XX, a abordagem sobre qualidade do cuidado de saúde surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), a partir do trabalho de Donabedian (1980), que considerou que a avaliação da qualidade baseava-se no grau de análise a respeito do processo de cuidado. Ele definiu um modelo para avaliar o cuidado em saúde conhecido pela tríade “estrutura – processo – resultado”, sugerindo ainda uma unificação de conceitos e nomenclatura. A “estrutura” inclui a base física e os sistemas de apoio, tais como a engenharia biomédica, a configuração como os serviços são aparelhados - no que diz respeito a recursos humanos, escalas de serviço e disponibilidade de equipamentos e suprimentos necessários; o “processo” abrange o cuidado ao paciente, o respeito aos protocolos e intervenções que são realizadas; e o “resultado” envolve o impacto

dessa tríade sobre o estado de saúde do paciente e para a organização (Reis, 2013).

Embora temas relativos aos riscos causados pelas práticas modernas da medicina fossem discutidos, até então, nenhum estudo sistematizado havia sido feito. Neste sentido, esse pioneirismo foi conseguido na Faculdade de Medicina da Universidade de Yale entre os anos de 1960 e 1961 pelo médico Elihu Schimmel. A princípio, foi um estudo desvalorizado por muito tempo, todavia, passou a ser considerado um marco para as pesquisas sobre a qualidade da assistência em saúde. Nesse estudo, realizado com 1.014 pacientes internados na enfermaria, constatou-se que 20% dos pacientes sofreram um ou mais episódios indesejáveis durante suas internações, destes 45,8% foram considerados leves; 34,2%, moderados; 20%, graves; e 6,7% levaram ao óbito. Ademais, esses pacientes que sofreram episódios indesejáveis tiveram um tempo médio de internação aumentado em 17,3 dias em relação aos pacientes que não sofreram nenhum dano (Zambon, 2014). Mediante aos resultados, Schimmel evidenciou, portanto, que métodos diagnósticos e terapêuticos precisariam ser feitos de maneira criteriosa, com base no conhecimento de seus riscos e benefícios, pois o tempo de internação, em seu estudo, relacionou-se a magnitude dos riscos ao qual o paciente é exposto durante a hospitalização (Araújo, 2016).

### 3.2 Epidemiologia dos Eventos Adversos

Um dos mais importantes estudos sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes hospitalizado foi desenvolvido por Harvard Medical Practice Study (HMPS). Essa pesquisa trata-se de uma revisão de 30.000 prontuários médicos em 51 hospitais da cidade de Nova York (EUA), na qual, observou-se que em pacientes idosos a incidência de eventos adversos era duas vezes maior do que em pacientes jovens. E, ainda, verificaram que a ocorrência de eventos adversos era de quase quatro a cada 100 internações. Além disso, cerca de 30% provieram de negligência, e, portanto, foram avaliados como eventos evitáveis. Assim, dos pacientes que passaram por evento adverso, 70,5% apresentaram incapacidade temporária, 2,6%, incapacidade permanente e 13,6% evoluíram a óbito (Ducci, 2015).

Outros estudos americanos relacionados à epidemiologia dos eventos adversos revelam uma dimensão bastante variável dessas ocorrências. Em hospitais dos Estados de Utah e Colorado, Utah and Colorado Medical Practice Study (UCMPS) em uma pesquisa realizada com uma população de 15.000 pacientes internados em 1992 demonstrou que a incidência de 5,29% EA em pacientes idosos e 2,80% em não idosos. Ademais, em outro estudo foi demonstrado uma média de 2,90% eventos nas hospitalizações verificadas (Toffoletto, 2008).

Ainda nesse contexto, próxima da publicação dos dados do HMPS, Wilson *et al.* (1995) publicaram um estudo acerca dos eventos adversos na Austrália, intitulado Quality in Australian Health Care Study (QAHCS). Mesmo utilizando como base a mesma metodológica do HMPS, foram os primeiros a fazer uma importante modificação que, posteriormente, viriam a ser incorporados aos demais estudos sobre EAs. Tal alteração foi afastar-se da visão legalista do HMPS e do UCMPS e substituí-la por uma perspectiva de qualidade da assistência ao avaliar a evitabilidade dos eventos, e não sua associação com negligência. Nesse estudo, um total de 14.179 prontuários foram revisados, contabilizando 28 hospitais. Os autores identificaram uma incidência de EAs de 16,6%, um índice maior do que o encontrado em qualquer outro estudo análogo, sendo que aproximadamente metade dessas circunstâncias (51,1%) foi considerado evitável. Em relação às causas dos eventos, 50,3% foram decorrentes de procedimentos cirúrgicos, 13,6% decorrentes de falhas de diagnóstico e 12% decorrentes de falhas de tratamento. Na ótica do dano provocado, 46,6% dos eventos causaram lesão mínima ou que duraram até um mês, 30,5% resultaram em danos temporários, 13,7% levaram a danos permanentes, e 4,9% provocaram à morte do paciente.

A segurança do paciente, pela dimensão do problema, constitui um dos maiores desafios para o aperfeiçoamento da qualidade no campo da saúde. No ano de 1999, o Institute of Medicine verificou 44.000 a 98.000 mortes evitáveis por ano como consequência da assistência. Nos EUA, Nova Zelândia, Reino Unido e Canadá, estudos comprovaram que 2,9% a 16,6% dos pacientes internados sofreram algum tipo de comprometimento em resultado de eventos adversos, sendo dos quais, 50%

eram preveníveis (Gonçalves, 2011).

Diante do impacto desses estudos, tanto para a comunidade científica e quanto para a sociedade, pesquisadores do mundo inteiro interessaram-se por pesquisar sobre a incidência de eventos adversos em realidades diversas. Em um estudo realizado em uma amostra representativa de hospitais de dois estados americanos confirmou que os eventos adversos aconteceram, em média, em 2,9% das hospitalizações em cada estado. Cerca de 30% destes eventos advieram em resultado de negligência em ambos os estados. Destes, de 6,6% a 8,8% resultaram em morte (Ducci, 2015).

No contexto europeu, os primeiros estudos acerca dos eventos adversos foram publicados em 2001. Um destes, desenvolvido por Vincent, Neale e Woloshynowych (2001) englobou 2 hospitais em Londres, Inglaterra, e analisaram um total de 1014 prontuários nas bases do HMPS e QAHCS. Nessa pesquisa, a incidência de eventos adversos foi de 10,8%. Destes, 48% foram avaliados como evitável. Dentre os pacientes, 66,1% desenvolveram danos mínimos em consequência de EA, 19% apresentaram dano moderado, 6% desenvolveram dano permanente e 8% foi a óbito. Nesse estudo, não foram divulgados dados sobre os tipos de EAs.

Já no cenário latino-americano, o pioneirismo se deu no Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos (IBEAS), coordenado pela Espanha e efetivado com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS/OMS) e o Programa de Segurança do Paciente da OMS. Esse estudo abrangeu cinco países, sendo eles, a Argentina, Colômbia, Costa Rica, o México e o Peru, alcançando a participação de 58 hospitais, tendo um total de 11.379 pacientes internados analisados. A prevalência identificada nesse estudo foi de dez de cada 100 pacientes internados, aos quais apresentavam dano causado pela assistência à saúde, e quase 60% dos EA foram considerados evitáveis. A cada 100 pacientes que sofreram evento adverso, 29 ficaram com incapacidade total ou grave e 7 resultou em óbito (Reis, Martins & Laguardia, 2013). Diante dessa alta prevalência de EA evitáveis, insta-se que a segurança do paciente é uma relevante questão assistencial em hospitais de países latino-americanos (Brasil, 2015).

No Brasil, ainda há uma escassez de estudos publicados a respeito de eventos adversos. Neste contexto, Mendes *et al.* (2009) realizaram um estudo avaliando a incidência de EAs em três hospitais universitários do estado do Rio de Janeiro. Nesse estudo, a incidência de EA foi de 7,6% em uma amostra de 1103 pacientes. Muito mais da metade do total de eventos (67%) foram avaliados como casos evitáveis. A ordem decrescente das maiores frequências de EAs foram os relacionados a procedimentos cirúrgicos com 35,2% dos eventos; outros procedimentos médicos foram responsáveis por 20,6%; e erros de diagnóstico causaram com 10,2% dos eventos. E ainda, do total de EAs, 2,9% resultaram na morte do paciente (Mendes, *et al.*, 2009).

Ainda são poucas as ações do governo brasileiro relativas à segurança do paciente. Neste viés, apenas no ano de 2001 o Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), organizou uma rede de hospitais preparados e habilitados a realizar a notificação dos eventos adversos. Todavia, ainda não há banco de dados a nível nacional em que possa ser recebidos e analisados esses episódios e ainda são raros os hospitais que têm um sistema formal de cadastramento para tais notificações e análise dos eventos adversos (Carvalho *et al.*, 2017).

Ainda no cenário nacional, uma pesquisa realizada em 2015, a partir de estimativas de óbitos extrapoladas para o número de internações no SUS e na saúde privada evidenciou que aconteceram entre 104.187 e 434.112 possíveis óbitos relacionados a eventos adversos hospitalares. Sendo assim, se EA fosse um grupo de causa de óbito, seria considerado, portanto, uma das cinco principais causas de óbitos no Brasil. Deste modo, esse resultado demonstra a necessidade de melhorar a compreensão do contexto em que pessoas são prejudicadas durante a assistência à saúde, para direcionar as políticas públicas voltadas a aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados (Maia, *et al.*, 2018).

### 3.3 Eventos Adversos em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado a atender pacientes em estado grave, pois oferece um suporte vital de alta complexidade, com uma assistência médica e de enfermagem, ou mesmo multiprofissional constante. Estes profissionais intensivistas necessariamente devem ser especializados, e ainda, esse paciente necessita de equipamentos específicos e um acesso a tecnologias para diagnósticos terapêuticos rápidos (Perão, *et al.*, 2017).

Tendo em vista as condições clínicas desses pacientes, a UTI se caracteriza como um ambiente em que é comum a ocorrência de eventos adversos (EA), uma vez que o estado crítico e sua instabilidade necessitam de intervenções precisamente efetivas. Portanto, os pacientes em terapia intensiva são particularmente os mais vulneráveis a essas complicações e necessitam de maior destreza no cuidado (Silva, *et al.*, 2017).

Nascimento *et al.* (2008) realizaram um estudo quantitativo e retrospectivo em 2006 no Brasil, em um hospital privado do município de São Paulo com dados coletados em fichas de notificação de EAs, caracterizando os EAs nas UTIs, Semi-Intensiva (USI) e de internação (UI). Com isso, os autores verificaram um total de 229 EAs, os quais prevaleceram os eventos relacionados à sonda nasogástrica (57,6%), 16,6% por queda e 14,8% no tocante a administração de medicamentos.

Ao realizar um estudo observacional do tipo coorte que analisou admissões consecutivas em UTIs do complexo hospitalar universitário da Universidade de São Paulo, entre junho e agosto de 2009, Zambon (2014) evidenciou os EAs com maiores frequências, sendo eles respectivamente os processos clínico/procedimento (54%), medicação (25,8%), nutrição (13,9%) e infecção (5,5%). Em relação ao grau potencial dos danos, estes foram classificados EAs leves (74,4%), moderados (19,4%), graves (4,1%) e que resultaram em óbito (2,1%). Assim, considerou-se que os fatores que contribuem para a maior ocorrência de EAs com alto grau de dano foram a carga de trabalho dos profissionais da saúde e a gravidade do paciente.

Em um estudo prospectivo, referente ao período de agosto de 2011 a junho de 2012, em uma UTI de hospital universitário do Rio de Janeiro, um total de 355 pacientes maiores de 18 anos foram analisados. Dentre estes, foram identificados 324 eventos adversos em 115 pacientes internados ao longo de um ano de seguimento. A incidência de eventos adversos correspondeu a 9,3 eventos por 100 pacientes-dia. A ocorrência desses eventos esteve associada ao aumento do tempo de internação, com valor igual a 19 dias e aumento da mortalidade (Roque *et al.*, 2016). Logo, é evidente a gravidade das consequências causadas pelos eventos adversos.

Já com a temática da incidência de lesão por pressão na UTI, o estudo realizado por Pachá *et al.* (2018) do tipo caso-controle verificou que os fatores de risco para lesão por pressão foram idade maior ou igual 60 anos, internação relacionada a doenças infecciosas parasitárias e neoplasias, mais de sete dias internados e estar internado em UTI sem convênio.

Ao considerar as publicações relacionadas sobre o tema “eventos adversos e terapia intensiva” em hospitais com acreditação, destaca-se o estudo transversal de Ortega em 2017. Nesse estudo, um total de 304 pacientes consecutivos internados em UTI geral de um hospital privado foram admitidos entre setembro e dezembro de 2013 e tiveram como incidência maior de EA a lesão por pressão. Assim, concluiu-se que a maior incidência de EA ocorre em pacientes que exibiram uma maior suscetibilidade ao risco e gravidade identificados por meio de escalas predictoras (Ortega, *et al.*, 2017).

Assim, diante do exposto, ressalta-se que o estudo dos eventos são importantes indicadores, pois permitem mensurar o distanciamento existente entre a assistência prestada e o cuidado ideal, subsidiando informações indispensáveis para a modulação de um sistema de saúde mais seguro e garantindo um bom gerenciamento dos riscos (Gonçalves, 2011).

### 3.4 Segurança do Paciente no Cenário Nacional

A segurança do paciente, nas últimas décadas, tornou-se um assunto em voga na área da saúde. Isso ocorreu pela preocupação com a incidência elevada de erros durante a assistência. Embora o cuidado em saúde objetive benefícios ao paciente e a todos os envolvidos, há uma possibilidade na ocorrência de falhas, e, como consequente, os pacientes estão

suscetíveis aos danos e suas consequências (Fermo, *et al.*, 2015). Em 2004, ocorre a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), pela OMS, a qual surgiu mediante a frequência e a gravidade de danos decorrentes desses eventos nocivos ao paciente. Nesse contexto, o programa visa sumariamente prevenir danos ao paciente por intermédio do “Desafio Global”, que analisa determinados temas prioritários durante um determinado período (Duarte, 2015).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) integra as ações previstas na Aliança, por intermédio dos Desafios Globais, com abordagem nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura” (2005), cujo tema teve enfoque em intervenções para a melhor higiene das mãos, e “Cirurgia Segura Salva Vidas” (2008), que fomentou a prevenção de danos e infecções em cirurgias, mediante a melhoria na oferta de serviços cirúrgicos seguros (Brasil, 2021). Nessa ótica, a OMS no ano de 2005 recomendou seis metas internacionais, cujo cerne era pontuar melhorias no serviço de assistência à saúde em zonas de maior risco à segurança do paciente. Assim, é indispensável a identificação adequada do paciente; comunicação efetiva; a prescrição segura dos medicamentos de alta-vigilância; a oferta de cirurgia segura; a prevenção do risco de quedas e a redução do risco de úlcera por pressão (Araújo, 2016).

O protocolo de identificação do paciente certifica que o paciente ao qual se destina um dado procedimento ou terapêutica é o paciente correto. Dessa forma, objetiva prevenir a ocorrência de incidentes e equívocos que possam causar dano ao paciente. Para tanto, estabelece-se que todos os pacientes sejam identificados adequadamente, sendo crucial o emprego de pelo menos dois instrumentos de identificação, em pulseira branca padronizada, que deve ser posicionada em um dos membros do paciente, sendo indispensável a checagem antes da assistência. Em adultos, habitualmente, o local em questão trata-se do punho, já em recém-nascidos, no tornozelo. Qualquer ocorrência de episódio com a identificação incorreta do paciente requer a notificação e investigação de acordo com a legislação em exercício (Brasil, 2013a).

A comunicação prática e eficaz entre os profissionais é fundamental para promover a segurança do cuidado à saúde do paciente. Dessa forma, é crucial que haja um meio de comunicação entre as equipes para a transmissão e captação de informações de maneira clara e objetiva, sobretudo em cenários complexos que requerem maior atenção, por oferecerem maior risco de erros, como em trocas de plantão e situações críticas de emergência (Araújo, 2016). Ademais, o registro clínico no prontuário do paciente, sobretudo na informatização desse documento (prontuário eletrônico), quando redigido de maneira distinta e integral, viabiliza tanto a relação continuada entre a equipe multidisciplinar, quanto sua utilização como dados relevantes em avaliações científicas e jurídicas, sobretudo com o emprego do prontuário eletrônico. (Leitão, *et al.*, 2013; Aguiar, *et al.*, 2020).

Outro ponto a ser discutido é o protocolo de segurança para a correta prescrição, a dispensação, o uso e a administração de medicamentos, o qual possui o objetivo de garantir a execução segura da aplicação e do manejo de medicamentos em instituições de assistência à saúde. Tal protocolo deve ser realizado em todos os estabelecimentos de saúde, em todos os níveis de complexidade, nos medicamentos utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (Brasil, 2013b). Diante disso, a prescrição médica deve conter os elementos mínimos essenciais para uma adequada assistência ao paciente, e, ainda, assegurar uma boa transmissão das orientações aos farmacêuticos e enfermeiros.

Contudo, no Brasil, anualmente, milhões de prescrições não cumprem os elementos legais necessários e apresentam omissão de dados, informações incompletas ou erradas na prescrição que aumentam os riscos de desencadear erros. Nesse contexto, esse protocolo preconiza que em uma prescrição completa deve conter: identificação e dados específicos do paciente, nome do medicamento, dose, forma farmacêutica, quantidade a serem dispensadas, instruções para sua administração, razão para prescrição e duração do tratamento. Só assim, pode-se garantir uma correta compreensão das informações e, portanto, minimizar as possibilidades de erro desse tipo de procedimento (Gomes, 2015).

É fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados, no tocante à administração segura de sangue e



hemoderivados, para realizar uma tomada de decisão fundamentada na clínica individual do paciente, dominando as técnicas de terapia transfusional, com o objetivo de possibilitar a redução de erros e de danos decorrentes desse procedimento. Portanto, o profissional de saúde deve ser competente para conhecer a ação dessa terapia no organismo, bem como, intensificar o cuidado e atenção para eventuais complicações, reações adversas e assegurar-se da justa identificação do paciente (Perão, *et al.*, 2017).

Como destaque, o protocolo para Cirurgia Segura, instituído em 2013, com bases nas metas preconizadas pela Aliança, tem como intuito estabelecer e introduzir as condutas para mitigar eventuais incidentes, possíveis eventos adversos e os índices de mortalidade cirúrgica. Esse código possibilita a promoção de procedimentos cirúrgicos mais seguros, seja em ambiente favorável, seja no paciente adequado, através da aplicação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura elaborada pela Organização Mundial de Saúde – OMS (Brasil, 2013c). Isso porque as complicações infecciosas advindas de procedimentos cirúrgicos que não adotam esse check-list provocam um aumento do tempo de internação hospitalar, de procedimentos e de tratamentos, que em suma oneram custos institucionais. Tal cenário corrobora para a compreensão da importância desse protocolo de segurança do paciente relacionada à Cirurgia Segura, com objetivo de estimular a busca pela qualidade da assistência e pela segurança do paciente (Peixoto *et al.*, 2016).

A respeito da assistência à saúde e cuidado seguro e protegido, destaca-se a higienização das mãos como um dos mais relevantes protocolos, pois a execução do método asséptico em processos invasivos é uma técnica estreitamente associada à contenção de infecções relacionadas. Além disso, a higiene das mãos é uma conduta e hábito unânime no que concerne à garantia de um procedimento seguro para o paciente (Perão, *et al.*, 2017). Nesse contexto, em 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu o Protocolo para a Prática de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde, que consiste em recomendar a assepsia adequada às equipes de saúde e, ainda, as cinco ocasiões primordiais em que os profissionais da saúde devem realizá-la, elas são: “antes do contato com o paciente”, “antes da realização de procedimentos”, “após o risco de exposição a secreções e fluidos corporais”, “após contato com o paciente” e; “após o contato com áreas próximas ao paciente” (Raimondi, *et al.*, 2017).

A prevenção de quedas também é uma das metas para a segurança do paciente no ambiente hospitalar e tem o intuito de reduzir a frequência de quedas nesse âmbito e, sobretudo, prevenir os prejuízos resultantes. A concepção de queda pode ser determinada como a situação, de modo não intencional, em que o paciente é deslocado a um plano mais baixo em relação à sua posição inicial, por múltiplas condições, e que pode ou não causar prejuízo. Dessa forma, é crucial classificar o risco de queda em todos os processos, desde o acolhimento, sendo repetida até a alta hospitalar do paciente, por meio da execução de escalas adequadas a cada indivíduo admitido na instituição de saúde (Brasil, 2013d). Esse cenário deve ser evitado, especialmente pela equipe de enfermagem, e é necessário gerenciá-lo a partir de avaliação periódica de risco e implantação de medidas preventivas (Moreira, 2018).

Outro protocolo de suma importância é o destinado para prevenção de úlcera por pressão tem por objetivo contribuir com a precaução do eventual surgimento de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele em pacientes acamados. A UPP é definida como lesão do tegumento e/ou tecido subjacente, sobre uma protuberância óssea, provocada pelo atrito e outras influências combinadas, como a pressão e cisalhamento. Toda equipe de saúde deve adotar essas condutas como medida de prevenção para todos os pacientes em serviços de saúde, sobretudo os mais vulneráveis (Brasil, 2013e). O monitoramento da lesão por pressão também é responsabilidade da equipe de enfermagem e pode ter boa evolução com a adoção de boa avaliação clínica, bem como pela análise minuciosa e execução de práticas preventivas, incluindo massagem, mudança de decúbito, treinamento e utilização da Escala de Braden (Paramaguá, 2013; Pinheiro, *et al.*, 2020).

Nesse contexto, como consequência do apoio do Ministério da Saúde ao tema “Assistência segura”, o governo brasileiro instituiu, pela Portaria GM n.º. 529, de 1 de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP),

que torna pública as normas e o modelo de assistência à saúde em Redes de Atenção. Além disso, a publicação é um marco na instauração da Política nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), reafirmando o compromisso do governo com essas metas. Essas ações colaboram com a qualificação dos processos de assistência e serviços à saúde em todo território nacional, assim, contribuindo para construção de cenário com maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde (Brasil, 2016).

#### 4. Considerações Finais

Portanto, conclui-se que a segurança do paciente, sobretudo em Unidade de Terapia Intensiva, é um dos contextos aos quais devem ser bem mais preconizados os protocolos de segurança e atenção redobrada pelos profissionais da saúde responsáveis, em detrimento da instabilidade do paciente e do risco eminente de óbito. Sob essa perspectiva, ressalta-se que a compreensão desses procedimentos, primordialmente, na formação médico-enfermagem, contribui para a promoção de futuros profissionais alicerçados em conceitos fundamentais da beneficência e não maleficência, destacando o paciente no processo saúde-doença.

Ademais, ressalta-se que o estabelecimento dos protocolos de segurança do paciente, pode contribuir de forma expressiva para a assistência em saúde ofertada pela equipe de enfermagem, haja vista a minimização dos riscos e dos danos com o paciente, favorecendo e garantindo a efetividade do cuidado. Para tanto, é fundamental o engajamento dos órgãos responsáveis, como o Ministério da Saúde em consonância com organizações internacionais, em condicionar ambientes propícios para o atendimento, assim como a disponibilização do aparato necessário para realização dos cuidados com o paciente, com o intuito de proporcionar as condições e ferramentas necessárias para os profissionais da saúde, no uso de suas atribuições praticarem o exercício de salvar vidas.

Dessa forma, para a administração hospitalar, acima de tudo na Unidade de Terapia Intensiva, a revisão dos eventos adversos é uma estratégia imprescindível para um bom gerenciamento de riscos, pois proporciona a melhoria na gestão de incidentes, a redução de perdas e de custos inerentes aos eventos adversos, facilitando a tomada de decisões e planejamentos, e coadjuvando na melhoria da segurança do paciente. Assim, compreende-se que o desenvolvimento de futuras pesquisas acerca do tema é de suma relevância para aprimoramento e detalhamento das estratégias de intervenção que visem a melhora da assistência e promovam a segurança integral do paciente.

#### Referências

- Aguiar, T. L., Lima, D. S., Moreira, M. A. B., Santos, L. F. D., & Ferreira, J. M. B. B. (2020). Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24.
- Amaral, R. T. (2018). *Práticas assistenciais e ocorrências de eventos adversos: percepção dos enfermeiros*. 1-119.
- Araújo, L. M. D. (2016). *A segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem intensivistas* (Master's thesis, Brasil). 1-80.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. (2016). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016. [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Modulo\\_6\\_Implantacao\\_Nucleo\\_de\\_Seguranca.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Modulo_6_Implantacao_Nucleo_de_Seguranca.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2015). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Anvisa, 1-86. [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano\\_integrado-1.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano_integrado-1.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde (2021). Plano integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em serviços de saúde 2021-2025. Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>

- Brasil. Ministério da Saúde. (2013a). PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: *Ministério da Saúde*. [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013b). Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: *Ministério da Saúde*. [https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot\\_medicamentos.pdf](https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_medicamentos.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013c). Protocolo para cirurgia segura. Brasília: *Ministério da Saúde*. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024279j862R.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013d). Protocolo prevenção de quedas. Brasília: *Ministério da Saúde*. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013e). Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: *Ministério da Saúde*. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002429jFpTgG.pdf>
- Carvalho, N.S., Lima, J. & Araújo, C. L. O. (2017). Eventos notificados em uma uti de um hospital privado, certificado do Vale do Paraíba–São Paulo, Brasil. *Santa Maria*, 43(3), 265-345.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I, The Definition of Quality and Approaches to Its. *Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press*.
- Duarte, S. C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M. & Oliveira, F. T (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 144-54.
- Ducci, A. J. (2015). *Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 1-289.
- Fermo, V. C., Radünz, V., Rosa, L. M. D., & Marinho, M. M. (2015). Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 1139-1146.
- Guerra, T. D. R. B., & Mesquita, E. T. (2020). Visão metabolômica envolvendo depressão e insuficiência cardíaca: uma análise reflexiva. *Research, Society and Development*, 9(8), e455986035-e455986035.
- Gomes, A. D. (2015). *Erros de prescrição de medicamentos de alta vigilância em um hospital terciário do Distrito Federal*. 1-67.
- Gonçalves, L. A. (2011). *Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Kolakiewicz, A. C. B., Schmidt, C. R., Carvalho, R. E. F. L. D., Spies, J., Dal Pai, S., & Lorenzini, E. (2020). Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41.
- Leitão, I. M. T. A., Oliveira, R. M., de Sá Leite, S., Sobral, M. C., Figueiredo, S. V., & Cadete, M. C. (2013). Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Rev Rene*, 14(6), 1073-1083.
- Lima, L. M., Gonçalves, S. D. S., Rodrigues, D. P., Araújo, A. D. S. C., Correia, A. D. M., & Viana, A. P. D. S. (2017). Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. *Rev. enferm. UFPE on line*, 5074-5078.
- Lobão, W. M. (2012). *Construção, validação e normatização da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos* (EPEA). 1-100.
- Maia, C. S., Freitas, D. R. C. D., Gallo, L. G., & Araújo, W. N. D. (2018). Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27.
- Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., & Travassos, C. (2009). Avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (4), 279-284.
- Menezes, P. C. M., Alves, É. S. R. C., Araújo Neto, S. A. D., Davim, R. M. B., & Guaré, R. D. O. (2017). Síndrome de Burnout: uma análise reflexiva. *Rev. enferm. UFPE on line*, 5092-5101.
- Moreira, I. A. (2018). *Notificação de eventos adversos: o saber e o fazer de enfermeiros*. 1-106.
- Nascimento, C. C. P., Toffoletto, M. C., Gonçalves, L. A., Freitas, W. D. G., & Padilha, K. G (2008). Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 746-751.
- Ortega, D. B., D’Innocenzo, M., Silva, L. M. G. D., & Bohomol, E. (2017). Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 168-173.
- Pachá, H. H. P., Faria, J. I. L., Oliveira, K. A. D. & Beccaria, L. M. (2018). Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 3027-3034.
- Paranaguá, T. T. D. B., Bezerra, A. L. Q., Silva, A. E. B. D. C., & Azevedo Filho, F. M. D. (2013). Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 256-262.
- Peixoto, S. K. R., Pereira, B. M., & Silva, L. C. S. (2016). Checklist de cirurgia segura: um caminho à segurança do paciente. *Saúde & Ciência em ação*, 2(1), 114-129.
- Perão, OF, Zandonadi, GC, Rodríguez, AH, dos Santos Fontes, M., do Nascimento, ERP, & dos Santos, EKA (2017). Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva de acordo com a teoria Wanda Horta. *Cogitare Enfermagem*, 22 (3).

Pinheiro, M. A. R., Costa, I. K. F., da Cruz Matos, J., Júnior, B. S. S., de Albuquerque, A. M., da Silva, R. A. R., ... & de Mendonça, A. E. O. (2020). Instrumentos de avaliação da cicatrização de lesões por pressão: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(11), e65991110292-e65991110292.

Raimondi, D. C., Bernal, S. C. Z., de Souza, V. S., de Oliveira, J. L. C., & Matsuda, L. M. (2017). Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1839-1848.

Reis, C. T. (2013). *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro* (Doctoral dissertation). 1-217.

Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & saúde coletiva*, 18, 2029-2036.

Roque, KE, Tonini, T., & Melo, ECP (2016). Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 32.

Silva, A. T., Alves, M. G., Sanches, R. S., Terra, F. D. S., & Resck, Z. M. R. (2016). Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde em debate*, 40, 292-301

Teixeira, C. A. B., Reisdorfer, E., & Gherardi-Donato, E. C. S. (2014). Estresse Ocupacional e Coping: reflexão acerca dos conceitos ea prática de enfermagem hospitalar. *Rev Enferm UFPE Online*, 8(supl 1), 2528-32.

Toffoletto, M. C. (2008). *Fatores associados aos eventos adversos em unidade de terapia intensiva* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 1-150.

Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (2001). Eventos adversos em hospitais britânicos: revisão preliminar de registros retrospectivos. *BMJ*, 322 (7285), 517-519.

Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L., & Hamilton, J. D (1995). A qualidade no estudo de saúde australiano. *Medical journal of Australia*, 163 (9), 458-471.

Zambon, L. S. (2014). *Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 1-219.