

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS/IMIP**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INCIDÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADES DE  
TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO  
RECIFE.**

Adriana Paula de Almeida Omena

Gabriela Gomes da Silva

Jacinete Maria da Silva

**RECIFE / 2016**

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS/IMIP**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INCIDÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADES DE  
TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO  
RECIFE.**

*Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética,  
do Instituto de Medicina Integral  
Professor Fernando Figueira – IMIP,  
pelas alunas, Adriana Paula de Almeida  
Omena, Gabriela Gomes da Silva e  
Jacinete Maria da Silva sob a orientação  
da professora Nayara Rosane e co-  
orientação de Amanda Valois.*

**Recife/2016**

## **PESQUISADORES:**

### ***Adriana Paula de Almeida Omena***

Enfermeiranda. Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS/IMIP

E-mail: [drika\\_omena@hotmail.com](mailto:drika_omena@hotmail.com)

### ***Gabriela Gomes da Silva***

Enfermeiranda. Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS/IMIP

E-mail: [gabrielagomesdasilva@hotmail.com](mailto:gabrielagomesdasilva@hotmail.com)

### ***Jacinete Maria da Silva***

Enfermeiranda. Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS/IMIP

E-mail: [jaci.fps2014@hotmail.com](mailto:jaci.fps2014@hotmail.com)

### ***Amanda Alves Valois Santana***

Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente. Enfermeira da Clínica pediátrica do Hospital das Clínicas. Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

E-mail: [amanda\\_uti@hotmail.com](mailto:amanda_uti@hotmail.com)

### ***Nayara Rosane Vasconcelos Silva***

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Coordenadora de Enfermagem do Hospital Miguel Arraes. Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

E-mail: [nayararosane@hotmail.com](mailto:nayararosane@hotmail.com)

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

IMIP-Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira

EA- Evento Adverso

IBGE- Instituto de Geografia e Estatística

UTI-Unidade de Terapia Intensiva

UPP- Úlcera por Pressão

## **Sumário**

1. INTRODUÇÃO .....	8
2. METODOLOGIA .....	11
3. RESULTADOS .....	12
4. DISCUSSÕES.....	15
5. CONCLUSÃO.....	19
6. REFERENCIAL TEÓRICO .....	21

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Evento Adverso (EA) é qualquer incidente que ocasiona dano, incapacidade temporária de funções do corpo e/ou até mesmo a permanência do paciente em serviços de saúde resultando em doença, sofrimento, lesões, até mesmo ao óbito. A ocorrência de EA gera um grave prejuízo financeiro anual, principalmente em UTIs, onde a maioria dos eventos adversos que ocorrem são considerados evitáveis. **OBJETIVO:** descrever a incidência de eventos adversos encontrados em unidades de terapia intensiva (UTI) em um Hospital de Referência do Recife. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo do tipo descritivo, quantitativo, de coorte prospectivo, realizado em um hospital de referência em saúde integral do Recife. A população de estudo foi constituída de 183 pacientes adultos e/ou idosos internados em UTIs. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário estruturado pelas pesquisadoras de questões aberta e fechadas. **RESULTADOS:** A incidência de eventos adversos foi de 53,1%. Dentre os eventos adversos, 47,6% não acarretaram em dano ao paciente, enquanto que 12,1% resultaram em dano moderado. Úlcera por pressão (16,4%), falha na identificação do paciente (12,6%) e extubação acidental (2,8%) foram os eventos adversos mais encontrados. **CONCLUSÃO:** Os resultados analisados mostram a importância da monitorização dos eventos adversos que devem ser realizados pela equipe de enfermagem e os demais profissionais das UTIs, visando a implementação de medidas preventivas.

**PALAVRAS-CHAVES:** UTI, EVENTOS ADVERSOS, INCIDÊNCIA.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Adverse Event (AE) is any incident that causes damage, the body functions temporary disability and / or even the patient's stay in health services resulting in disease, suffering, injury or even to death. The occurrence of EA generates a serious annual financial loss, especially in ICUs, where most of the adverse events that occur are considered preventable. **OBJECTIVE:** Present the incidence of adverse events found in intensive care units (ICU) in a Reference Hospital of Recife. **METHODS:** descriptive, quantitative and prospective cohort study, conducted in a philanthropic hospital in full health of Recife. The study population consisted of adult patients and/or elderly patients admitted in ICUs. The research instrument was a structured questionnaire by the researchers of open and closed questions. **RESULTS:** The incidence of adverse events was 53.1%. Among the adverse events, 47.6% did not result in harm to the patient, while 12.1% resulted in moderate damage. Pressure ulcers (16.4%), failure patient identification (12.6%) and accidental extubation (2.8%) were the most frequent adverse events.

### CONCLUSION:

The analyzed results show the importance of monitoring for adverse events should be carried out by the nursing staff and other professionals in the ICU for the implementation of preventive measures

**KEYWORDS:** ICU, ADVERSE EVENT, IMPACT.

## 1 INTRODUÇÃO

Evento Adverso (EA) é qualquer incidente que ocasiona dano, incapacidade temporária de funções do corpo e/ou até mesmo a permanência do paciente em serviços de saúde resultando em doença, sofrimento, lesões, até mesmo ao óbito.<sup>1</sup>

O grau de dano que poderá ser causado ao paciente divide-se em: Nenhum quando o paciente não sofre danos; Leve, quando sofre danos mínimos e de curta duração; Moderado, quando há uma perda de função temporária e/ou necessita-se de uma intervenção terapêutica adicional e prolonga a internação e Grave, quando necessita-se de uma intervenção para poupar a vida com grandes danos permanentes e risco fatal (podendo levar a óbito).<sup>1</sup>

A ocorrência de EA gera um grave prejuízo financeiro anual, como por exemplo, no Reino Unido e na Irlanda do Norte, o gasto do Sistema Nacional de saúde com EA foi em torno de 400 milhões de libras ao ano, enquanto nos EUA foram estimados entre 17 a 19 bilhões de dólares anuais<sup>1</sup>.

No Brasil, notou-se um aumento significativo de EA a partir do ano de 2007, onde a população mais afetada, segundo a NOTIVISA (Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária) são as crianças e os idosos, onde atualmente, encontra-se um aumento significativo da população adulto-idoso.<sup>2,3</sup>

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) cerca de 20% dos pacientes internados sofrem a probabilidade de ocorrência de um evento adverso, tendo em vista que 40-45% são considerados evitáveis<sup>4</sup>. Nas UTIs tornou-se comum a ocorrência de quedas do leito,



úlceras por pressão, extubações, hemorragias por desconexão de drenos e cateteres, perda de acessos venosos, perda de sondas nasogástricas e falhas na identificação do paciente.<sup>4,5</sup>

Dentro das grandes instituições, a gerência de risco responde pelos registros de eventos adversos cabendo a ela decisões referentes à situações danosas ou ações para a redução das consequências e probabilidade de ocorrências de falhas na segurança do paciente internado. Para minimizar os riscos potenciais de eventos adversos é imprescindível o conhecimento e controle da fonte de danos no ambiente hospitalar. Esse gerenciamento torna-se possível através de busca ativas (estratégia de localização) e notificações (ato de comunicação dos profissionais de saúde, a fim de referir o despontar de irregularidades relacionadas ao paciente) feitas pelos profissionais da gerência de risco e enfermeiros de cada setor.<sup>6</sup>

A equipe multiprofissional é fundamental na prestação de cuidados e prevenção de EA em diversos planos da internação hospitalar do paciente. Manter o cuidado individualizado e a comunicação entre os profissionais é de grande importância para o controle dos EA, o enfermeiro ou qualquer profissional da equipe pode realizar a notificação ou a subnotificação (não formalização das informações).<sup>7,8</sup>

A partir dos acontecimentos das falhas no modo de assistir ao paciente percebeu-se o déficit nas notificações de EA dificultando a implementação de ação e estratégias futuras para minimizar danos ao paciente, tornando o ato de assistir um método de prevenção eficiente. Essa pesquisa teve o objetivo descrever os principais tipos de EAs presentes nas Unidades de Terapia Intensiva do IMIP.

#### **4 METODOLOGIA**

Trata-se de estudo do tipo quantitativo, descritivo, de coorte prospectivo realizado em um hospital filantrópico, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), localizado na cidade do Recife. O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa na instituição participante, onde foi aprovado com o parecer de nº 1412794 . O presente estudo foi realizado em três Unidades de Terapia Intensiva nas especialidades clínica-cirúrgica adulto: UTI Transplante, UTI Clínica e UTI Cirúrgica, totalizando 31 leitos das três UTIs. Foram incluídos nesse estudo os paciente internados nas UTIs, no período de 14 de março à 14 de Junho de 2016. A população de estudos constituiu 183 pacientes. Os pacientes foram acompanhados até a saída dos serviços incluídos no estudo (alta, transferência ou óbito). Os EAs que tiveram início antes da admissão do paciente nas UTIs não foram incluídos na pesquisa. Os dados da pesquisa foram obtidos através de um formulário para registros de eventos adversos, tanto por observação, quanto por prontuários, ou informações da própria equipe multidisciplinar que compõe cada UTI. Os dados foram analisados através do programa EPI INFO 7.0 tratando de estatísticas onde os resultados foram apresentados em números absolutos e percentuais. O estudo foi realizado com o princípio da resolução nº 466/12, que visa referenciar princípios básicos da bioética assegurando os direitos e deveres da comunidade da pesquisas e aos sujeitos participante dela.<sup>9</sup>

## 5 RESULTADOS

Foram estudados 183 pacientes com média de idade de 56 anos, sendo 49,7% com idade entre 20 a 59 anos, predominando o sexo masculino (53,3%). A média de internamento e hospitalização nas UTI foi de 7 dias, onde a permanência para cuidados pós-cirúrgicos foram responsáveis por 50,8% das causas de internamento. Dentre os pacientes estudados 7,4 % evoluíram para sepse e 19,7% para óbito.

Os dados sócios demográficos relacionados e evolução clínica são apresentados na tabela 1.

**Tabela 1 – Características demográficas e de evolução clínica dos pacientes internados em Unidade Terapia Intensiva.**

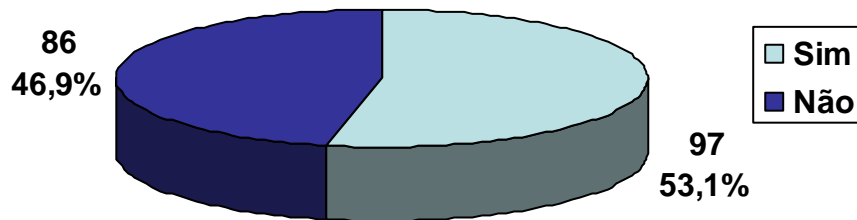
<b>VARIAVEIS</b>	<b>N</b> (N=183)	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	97	53,3
Feminino	86	46,7
<b>Idade</b>		
14 a 19 anos	4	2
20 a 59 anos	91	50
Acima de 60 anos	88	48
<b>Sepse</b>		
Sim	14	7,4
Não	169	92,6
<b>Motivo de internamento</b>		
Distúrbios neurológicos	4	2
Distúrbios Cardiovasculares	22	12
Distúrbios Respiratórios	20	11
Pós-cirúrgicos	93	51
Outros	44	24
<b>Local de Internamento</b>		
UTI Transplante	63	34,4
UTI Clínica	63	34,4
UTI Cirúrgica	57	31,2

<b>Motivo de Alta</b>		
Alta/Transferência	147	80,3
Óbito	36	19,7

---

A incidência de eventos adversos no presente estudo foi de 53,1% (gráfico 1). Dos 97 eventos adversos, a UTI Transplante apresentou o maior índice: 41 casos (42,3%), enquanto a UTI clínica apresentou 37 casos (38,1%) e a UTI cirúrgica, 19 casos (19,6%).

**Gráfico 1 – Ocorrência de eventos adversos nos pacientes em Unidades de Terapia Intensiva.**



Nas UTIs estudadas, 100% das notificações de evento adverso foram realizadas por enfermeiros. Dentre os eventos adversos estudados não foi constatado falha na administração de hemocomponentes, falha na administração de medicamentos, falha no transporte e falha de equipamento, corroborando com as informações apresentadas pela gerência de risco e agência transfusional da instituição. Quanto à ocorrência de queimaduras pós-procedimentos cirúrgico, foi identificado apenas 1 caso. Os demais

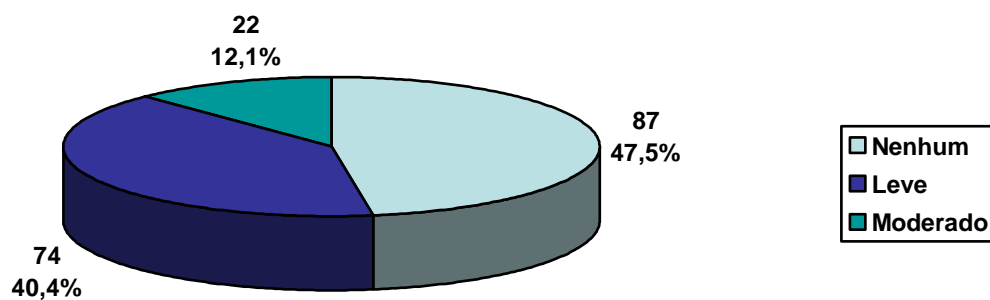
eventos adversos encontrados são descritos na tabela 2, salientando a ocorrência de UPP em 16,4% dos casos.

**Tabela 2 – Frequência dos tipos de evento adversos ocorridos em pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva**

Variáveis	N	%
Falha na Identificação do paciente	23	12,6
Extubação acidental	5	2,8
Úlcera por pressão	30	16,4

Dos eventos adversos 87 casos (47,5%) não acarretaram nenhum dano ao paciente, e 22 casos (12,1%) foi de dano moderado (gráfico 2).

**Gráfico 2 – Graus dos eventos adversos ocorridos nas Unidade de Terapia Intensiva.**



## 6 DISCUSSÃO

Estudo realizado numa UTI de um hospital de grande porte do Rio Grande do Sul, foi encontrada uma predominância do sexo masculino (58%) colaborando com a presente pesquisa onde dos internamentos, 53,3% foram do sexo masculino <sup>10</sup>. Essas evidências são verificadas em muitos países, onde os homens são mais admitidos em UTI e apresentam maior possibilidade de receberem um suporte assistencial mais agressivo que as mulheres.<sup>11</sup>

A média de idade de pacientes de UTI apresentada no estudo foi de 56 anos, prevalecendo paciente entre 20 à 59 anos. Dados semelhantes foram descritos em um estudo de perfil de pacientes admitidos em UTI que a idade média foi de 64 anos, prevalecendo pacientes acima de 60 anos de idade.<sup>11</sup>

Dos motivos de internamento em UTI, um estudo referiu que distúrbios neurológicos teve um índice de 25%, distúrbios respiratórios 12%, distúrbios cardiovasculares 7%, e outras causas 5%.<sup>10</sup> Discordando um pouco com esse estudo que referiu distúrbios neurológicos com 2%, distúrbios cardiovasculares 12%, distúrbios respiratórios 11% e outros com 24%. Quanto ao pós-operatório, um estudo constata um índice de 37 % em um n=576 <sup>12</sup> discordando dos dados encontrados, que foi de 51% em um total de 183 pacientes.

Uma vez que foram pesquisadas três tipos de UTI e dentre elas encontravam-se uma UTI cirúrgica, acredita-se que a rotatividade dos pacientes é mais presente em UTI que admitem pacientes para cuidados pós operatórios do que em unidades com perfil de

atendimento a paciente de clinica médica o que resulta num maior número de internamentos, responsável por 50,8%.

Quanto aos óbitos nas UTIs, foi constatado 19,7%, enquanto um outro estudo apresenta um pouco mais que o dobro, 56,2%.<sup>11</sup>

Os Eventos Adversos representaram 53,1%, um índice semelhante a um estudo em um hospital do Sul, que apresentou 47,7%. Entre os eventos ocorridos a úlcera por pressão representou 25,8% e a extubação acidental 9,7%<sup>13</sup>, corroborando com o presente estudo onde a UPP representou 16,4% e a extubação acidental 2,8%.

Foi identificado que 7,4% dos pacientes apresentaram sepse nas UTIs de uma média de internamento de 7 dias. A presença de sepse refere-se à infecção associada a manifestações sistêmicas, considerado um processo de resposta inflamatória.<sup>14</sup> Um estudo atual relaciona o tempo de internamento com o progresso da sepse, encontrando um índice (sepse) de 20,1% e uma média de internamento de 30 dias<sup>15</sup> concordando com a presente pesquisa, visto que o índice de sepse foi proporcional ao tempo de internamento. Outro estudo refere que houve um aumento de 31 dias na média do tempo de permanência de pacientes que sofreram um evento adverso quando internados em unidades terapia intensiva.<sup>16</sup>

No estudo atual, foi constatado um índice de 16,4% de úlcera por pressão, condizendo com alguns estudos<sup>17</sup> que apresentam respectivamente 22,2%, e divergindo de outro que apresenta um índice alarmante de 59,5%<sup>18</sup>. Outro estudo em um hospital de Minas Gerais apresenta um índice pequeno de 7%, dado a condições de uma menor população de estudo (n=100)<sup>17</sup>. O déficit na mudança de decúbito foi uma das principais causas para as lesões por pressão.

Estudo mostra que uma das medidas eficiente contra evoluções de lesão por pressão, é a mobilização e reposicionamento do paciente a cada 2 horas, assim como cuidados com a pele, uso de colchões de redistribuição do peso, a avaliação da hidratação da pele, cuidados nutricionais, entre outros <sup>18</sup>.

Mesmo tendo ocorrido com uma menor frequência no estudo, os 5 casos (2,73%) de extubação acidental vai de encontro a estudos recentes que referiram 3 extubações (9,7%) é importante salientar que esse evento pode trazer sérias complicações, uma delas é a maior dificuldade na reintubação e aumento gradativo de ventilação mecânica<sup>13</sup>.

Falhas de restrições físicas, proporção enfermeiro/paciente 1:10, técnico de enfermagem/paciente 1:2 ou 3, transporte na realização de exames, raios-X no leito, são mencionados como os principais fatores de risco para extubação<sup>13</sup>. Um outro estudo revela esse risco que representa a maioria dos casos, onde a agitação do paciente e a sedação inadequada são fatores coadjuvantes para esse tipo de evento, além de profissionais inexperientes e a fixação inadequada do tubo.<sup>19</sup>

As contenções físicas dos membros dos pacientes tornaram-se uma prática comum para evitar a perda dos dispositivos de intubação. No estudo, a contenção representou 1,64%, tendo em vista que das 3 contenções apresentadas, 2 evidenciaram edemas de membros superiores. Atualmente, os debates de ética criticam o uso de contenção sem o consentimento do paciente/familiares. Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identifica-los precocemente.<sup>20,21</sup>

A falha na identificação representa um dos problemas atuais relacionados a pesquisa em questão. No presente estudo foi constatado um índice de 12,6% de falha. Um



estudo de um hospital no Rio Grande do Sul refere que 11,6% , onde das falhas estava relacionada a pulseira de identificação do paciente.<sup>22</sup>

A sobrecarga de trabalho em conjunto à desproporção entre o número de profissionais de enfermagem e de pacientes é mencionada como fator contribuinte para o aumento da incidência de situações de risco em pacientes críticos. Deve-se ressaltar que, a grande maioria do pessoal de enfermagem acumula mais de um emprego, tem alta rotatividade face à baixa remuneração habitualmente adotada ou até mesmo as condições de trabalho na instituição enfatizando um elevado nível de estresse.<sup>4</sup> No cotidiano da assistência, é perceptível que a quantidade de pessoal influencia diretamente na qualidade da assistência prestada. O planejamento do cuidado torna-se parte essencial para reduzir a carga de erros, viabilizando uma melhor assistência ao paciente crítico. E o enfermeiro, deve estar preparado para liderar e fiscalizar sua equipe.<sup>23,24</sup>

## **5 CONCLUSÃO**

No presente estudo identificou-se os riscos mais frequentes para ocorrência de EA, dentre eles destacam-se lesão por pressão, falha na identificação do paciente e extubações acidentais. Os resultados analisados mostram a importância da monitorização dos eventos, evitando assim círculos viciosos e tendo em vista a melhoria da assistência e segurança prestada ao paciente.

Sugere-se que a prevenção de eventos adversos são suscetíveis a dificuldade dos enfermeiros de implementar na assistência o que boa parte das bases teóricas ressaltam. A não prática de medidas preventivas resultam na eclosão de índices significativos de eventos danosos ao paciente.

Portanto, os esforços contínuos como o melhor planejamento das ações de enfermagem na prevenção de EAs, o incentivo da educação continuada a equipe multiprofissional, uma melhoria na atenção ao paciente acamado e a identificação precoce de risco para eventos adversos devem ser priorizados, visando uma atuação integral quanto a assistência de qualidade e a segurança do paciente adulto internado em UTI.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a importante colaboração do Dr. e Professor Adjunto de Meteorologia e Climatologia da Universidade Federal Rural de Pernambuco Pabício M.O. Lopes, e da Enfermeira Sandra Moura, responsável pela Gerência de Risco do Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira (IMIP).

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Documento Referência Para Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF [periódico online]. 2014 [acesso em: 15 Out. de 2015]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
2. Oliveira JR, Xavier RMF, Júnior AFS. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011\*, Revista Brasileira de enfermagem [periódico online]. Brasília, 22(4):671-678, out-dez 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a13.pdf>
3. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saude Publica. 2003;19(3):725-33. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300005.
4. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Revista Brasileira de Enfermagem [Periódico online]. set-

- out 2014 [acesso em 29 de out de 2015]; 67(5):692-9. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>
5. Pedreira CL, Brandão AS, Reis MA. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. Revista brasileira enfermagem. Vol.66 no. 3 Brasília May/June 2013 [acesso em 12 de out. de 2015], 0034-7167. 2015. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000300019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000300019&script=sci_arttext).
6. Carneiro CH, Capucho SB, Reis LV. Cartilha de gerenciamento de risco. 2010. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/510f0a460507f.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, 1 de Abril de 2013 [acesso em: 29 de out. de 2015] Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
8. CM , Krocokcz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. Rev Esc Enferm USP [periódico online]. 2011 [acesso em: 20 de out. de 2015]. 45(1):167-72. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342011000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000100023)

9. Ministério da saúde (Br). RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012, Publicada no Diário Oficial da União, nº 12 – 13 de junho de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
10. Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. Rev Enferm UFSM 2012 Mai/Ago;2(2):320-329.
11. Freitas ERFS. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. Rev Latinoam Enferm. 2010;18(3):317-23.
12. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(3):276-282.
13. Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; 23(2):222-8. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a13.pdf>.
14. Todeschini AB, Trevisol FS. Sepses associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva\*, Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011 set-out;9(5):334-7. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n5/a2245.pdf>.
15. Juncal VR, Neto LAB, Camelier AA, Messeder OHC, Farias AMC. Impacto clínico do diagnóstico de sepse à admissão em UTI de um hospital privado em Salvador, Bahia\*, J. bras. pneumol. vol.37 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2011.

16. Forster AJ, Rose NG, van Walraven C, Stiell I. Adverse events following an emergency department visit. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(1):17-22.
17. Silva MLN1, Caminha RTÓ, Oliveira SHS, Diniz ERS, Oliveira JL, Neves VSN. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. *Rev. Rene*. 2013; 14(5):938-4.
18. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. *Acta Paulista de Enfermagem*. Dezembro, 2010.
19. 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.
20. 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.
21. COFEN, Lei de 5.905, N° 427/ 2012. 15 de Fevereiro de 2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html).
22. Hoffmeister LV, Schebella GM, Moura S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original jan.-fev. 2015;23(1):36-43 DOI: 10.1590/0104-1169.0144.2522*.
23. Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; 23(2):222-8*. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a13.pdf>.

24. Duarte SCM, Conceição MA Stipp, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015 jan-fev;68(1):144-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>.



