

SEGURANÇA DO PACIENTE NA UTI: UMA REVISÃO DA LITERATURA

PATIENT SAFETY IN THE ICU: A REVIEW OF THE LITERATURE

Franciele Ferreira da Cruz¹
Rosimeira Pereira Gonçalves²
Simone Rosa Raimundo³
Mônica Santos Amaral⁴

Resumo

A UTI é um ambiente que tem por objetivo a manutenção da vida e a recuperação da saúde, e para isso, utiliza-se de intervenções cada vez mais complexas, aumentando as chances de erros e eventos adversos que colocam em risco a segurança do paciente. Objetivo: Apontar os principais eventos adversos/erros que são cometidos na UTI e as medidas recomendadas para os profissionais da enfermagem que visam garantir a segurança do paciente em UTI. Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão descritiva e qualitativa da literatura, utilizando como técnica a revisão integrativa. Resultados: Percebeu-se que os principais erros e falhas que ocorrem dentro das Unidades de Terapias Intensivas, estão relacionados a três categorias: aos medicamentos; aos registros nos prontuários e seguimento da SAE e os eventos adversos observados foram ulcera por pressão, infecções da corrente sanguínea, flebites, hipotensão arterial, em sua maioria de competência da enfermagem. A principal recomendação consiste na comunicação, na capacitação e na conscientização dos profissionais sobre os erros e eventos adversos. Considerações finais: Os profissionais da enfermagem devido à assistência direta ao paciente são responsáveis pela manutenção de sua segurança. No entanto, o despreparo e a falta de conhecimento dos profissionais fazem com que garantir essa segurança seja um grande desafio. Diante disso, conclui-se que existem inúmeras falhas na assistência de enfermagem, e nesse sentido, espera-se que este trabalho possa contribuir para melhorar a qualidade dessa assistência e que os profissionais da enfermagem possam garantir a segurança dos pacientes na UTI.

Palavras-chaves: Assistência. Segurança. Eventos adversos.

Abstract

The ICU is an environment that has the objective of maintaining life and recovering health, and for this, uses of increasingly complex interventions, increasing the chances of errors and adverse events that endanger patient safety. Objective: To identify the main adverse events / errors that are committed in the ICU and the recommended measures for the nursing professionals that aim to guarantee the safety of the patient in the ICU. Materials and methods: This is a descriptive and qualitative review of the literature, using integrative revision as a technique. Results: It was noticed that the

¹ Enfermeira, pós-graduada em Urgência e emergência e UTI. E-mail: Franciele.mnd@outlook.com

² Enfermeira, pós-graduada em Urgência e emergência e UTI. E-mail: Enfrosimeira@hotmail.com

³ Enfermeira, pós-graduada em Urgência e emergência e UTI. E-mail: Simone.rosa.raimundo@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Especialista em UTI, Urgência e Emergência, Enfermagem do Trabalho, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde PUC-GO. Docente do CGESP. E-mail: coordenacao.ead@cgespensino.com
Revista Científica FacMais, Volume. XII, Número 1. Abril. Ano 2018/1º Semestre. ISSN 2238-8427.
Artigo recebido dia 12 de dezembro de 2017 e aprovado dia 21 de janeiro de 2018.

main errors and failures that occur within the Units of Intensive Therapies, are related to three categories: to the medicines; the records in the medical charts and follow-up of SAE and the adverse events observed were pressure ulcer, bloodstream infections, phlebitis, hypotension, most of which were nursing competence. The main recommendation is the communication, training and awareness of professionals about errors and adverse events. Final considerations: Nursing professionals due to direct patient care are responsible for maintaining their safety. However, the unpreparedness and the lack of knowledge of the professionals make guaranteeing this safety a great challenge. Therefore, it is concluded that there are numerous failures in nursing care, and in this sense, it is expected that this work can contribute to improve the quality of this assistance and that nursing professionals can guarantee the safety of patients in the ICU.

Keywords: Assistance. Safety. Adverse events.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a expressão “segurança do paciente”, tem sido muito utilizada na área da saúde e se tornado uma das temáticas mais inovadoras e prioritárias nas últimas décadas. Ela é definida como ato de evitar, prevenir e melhorar os possíveis eventos adversos e erros cometidos pelos profissionais na prática assistencial e que possam colocar em risco a vida dos pacientes, principalmente pelos profissionais da enfermagem, a fim de assegurar uma assistência de qualidade (VINCENT, 2010; CAPUCHO; CASSIANI, 2013; CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Essa preocupação em não causar nenhum dano ao paciente é datada desde o começo da medicina, e manifestada por Hipócrates e por Florence Nigthingale, que em sua obra “Notas sobre Hospitais”, já retratava sobre as condições de trabalho e sobre as estratégias de prevenção de erros durante o desempenho da assistência de saúde, uma vez que, a segurança do paciente além de refletir a qualidade da assistência, constitui-se um direito das pessoas. Daí a necessidade e a preocupação que se têm sobre essa temática (CARVALHO, 2009; FREITAS *et al.*, 2014).

Com o surgimento de novas tecnologias se tornou possível observar a ocorrência de eventos indesejados e falhas na qualidade e segurança da assistência. Isso porque antes os tratamentos eram simples e seguro, porém ineficazes. Com a modernidade, as terapias se tornaram cada vez mais complexas e eficazes, no entanto, mais perigosas, o que requer muita habilidade dos profissionais, principalmente os atuantes na UTI (TAVARES, 2013; VINCENT, 2010).

Vale ressaltar que a falta de conhecimento e segurança dos profissionais de saúde, fazem com que acabem realizando procedimentos errados, colocando em risco a vida do paciente. Por esse motivo garantir um cuidado seguro tem sido um desafio constante para as organizações de saúde (TAVARES, 2013; FREITAS *et al.*, 2014).

Sobre essa questão, o relatório do Instituto Americano de Medicina apontam dados importantes em relação à segurança do paciente, onde os erros de medicação foram responsáveis pela morte de 7.391 americanos. Sabe-se que os profissionais da enfermagem são responsáveis pela segurança do paciente, e também da qualidade e eficácia da assistência a qual está sendo prestada, uma vez que, eles passam a maior parte do tempo em contato com os pacientes (DIAS *et al.*, 2014; CAVALCANTE *et al.*, 2015).

De acordo com Toffoletto (2008), quanto mais complexa as terapias, maior será o avanço e a utilização de tecnologias, e associados a isso, tem-se a sobrecarga de trabalho e a falta de conhecimento e habilidades, levando ao erro durante a assistência de enfermagem, e conseqüentemente danos ao paciente, principalmente da UTI.

Sabe-se que a UTI consiste num ambiente que tem por finalidade a manutenção da vida e recuperação da saúde, e por isso, possui um alto grau de complexidade, onde o paciente em estado crítico necessita de atendimento especializado e eficaz. Em virtude dessa complexidade e da utilização de vários procedimentos e intervenções terapêuticas, as chances de ocorrer eventos adversos e erros são ainda maiores, colocando em risco a segurança e a vida do paciente (SILVA; CUNHA; MOREIRA, 2011; ALVES *et al.*, 2016; BECCARIA *et al.*, 2009).

Segundo Reason (2009), existem duas abordagens acerca do erro: a primeira refere-se ao próprio sujeito, ou seja, ao profissional, e consistem nos atos inseguros, como desatenção, descuido, negligência, imprudência; e a segunda abordagem refere-se ao sistema, ou seja, as instalações, organização, entre outros, que levam as falhas ativas, e conseqüentemente a ocorrência de eventos adversos e/ou incidentes.

Nesse sentido, por entender e reconhecer que a qualidade do cuidado de enfermagem está ligada diretamente a segurança do paciente e que os profissionais da enfermagem são mais propensos a eventos adversos e a erros durante a prestação de assistência, pretende-se com o presente estudo responder ao seguinte

questionamento: Quais os eventos adversos/erros que ocorrem na UTI e colocam em risco a segurança do paciente? Quais as medidas recomendadas para a prevenção/redução desses eventos?

Esse estudo é de suma importância, uma vez que se entende a necessidade de garantir a qualidade e a segurança dos pacientes da UTI, já que os mesmos apresentam estado de saúde crítico.

2 OBJETIVO

Descrever os principais eventos adversos/erros que são cometidos na UTI que coloca em risco a segurança do paciente e as medidas recomendadas para os profissionais da enfermagem que visam garantir a segurança do paciente em UTI.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa da literatura, utilizando como técnica a revisão integrativa, pois ela permite descobrir o que já foi produzido cientificamente em uma determinada área do conhecimento, impulsionando assim, o aprendizado (SOARES *et al.*, 2014).

A revisão integrativa possibilita resumir o passado da literatura sejam eles empírica ou teórica, com o intuito de fornecer uma compreensão mais ampla de um determinado evento, além de permitir a inclusão de estudos com diferentes metodologias, conceitos, ideias, entre outras coisas (WHITEMORE; KNAFL, 2005; BROOME, 2006).

A pesquisa foi elaborada em seis etapas: a primeira refere-se à identificação do tema e elaboração do questionamento; segundo, o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; terceiro, a categorização dos estudos; quarto, a avaliação dos estudos a serem incluídos na revisão; quinto, a interpretação dos resultados e, por último a síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pesquisa foi realizada entre os meses de julho e agosto de 2017, nas bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google acadêmico, utilizando os seguintes descritores: segurança do paciente e Unidade de Terapia Intensiva.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção das publicações foram: publicações disponíveis na íntegra de forma gratuita no banco de dados, nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2011 a 2016 e que abordassem o objetivo desejado. A seleção dos estudos foi baseada na leitura do seu título e resumo, e quando necessário, o texto completo.

Os critérios de exclusão utilizados foram: publicações indisponíveis na íntegra na forma gratuita, publicados em anos anteriores a 2011, fora dos idiomas português e inglês e que não abordavam os objetivos desejados.

Utilizando os descritores “Segurança do paciente AND Unidade de Terapia Intensiva”, foram encontrados 78 publicações na BVS, sendo que apenas 67 estavam disponíveis na íntegra. Ao selecionar no filtro os idiomas português e inglês e os anos de 2011 a 2016, esse número reduziu-se a 35 publicações. Na Scielo foram encontradas 29 publicações, que ao selecionar no filtro os critérios de inclusão, chegou-se a 11 publicações. No Google acadêmico foram encontradas 19 publicações após a aplicação dos critérios de inclusão.

Para análise e síntese do material foram observados os seguintes procedimentos: 1) Leitura informativa ou exploratória, que constituiu na leitura do material para saber do que se tratavam as publicações; 2) Leitura seletiva, que se preocupou com a descrição e seleção do material quanto a sua relevância para o estudo, excluindo-se as publicações que não eram pertinentes ao tema de interesse; e 3) Leitura crítica ou reflexiva que buscou as definições conceituais sobre a importância da família na recuperação do paciente com depressão.

Após a análise das 65 publicações encontradas, foram selecionadas e incluídas na revisão 14 publicações e inseridos em duas categorias conforme os objetivos: os principais eventos adversos/erros que são cometidos na UTI que colocam em risco a segurança do paciente e as medidas recomendadas para os profissionais da enfermagem que visam garantir a segurança do paciente em UTI.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídas 8 publicações do Google acadêmico, 3 da Scielo e 3 da Lilacs. Ao analisar os métodos de pesquisa, observou-se uma variedade como observacional, prospectivo, exploratório, descritivo, quantitativo, qualitativo, epidemiológico e

avaliativo, sendo que os mais prevalentes foram os métodos quantitativo, presente em 5 publicações, seguida da exploratória (n=4) e observacional (n=3). Em relação ao ano de publicação, a maioria foram publicadas no ano de 2015. O quadro 1, apresenta a síntese dos estudos analisados, conforme o ano de publicação, título, objetivo, metodologia, e fonte.

Quadro 1. Distribuição das publicações incluídas quanto ao título, objetivos, métodos, ano e base. Goiânia-GO, 2017.

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODOS	ANO	BASE
GONÇALVES, L. A.	Segurança do paciente em UTI: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes	Analisar a carga de trabalho de enfermagem de acordo com as horas de assistência e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes	Estudo observacional prospectivo, abordagem quantitativa	2011	Google acad.
GONÇALVES, L. A. et al.	Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva	Verificar a adequação entre a alocação da equipe de enfermagem e as horas de cuidado requeridas pelos pacientes, bem como identificar a relação entre essa alocação com eventos adversos/incidentes (EAI).	Pesquisa observacional, descritiva e prospectiva,	2012	SCIELO
SILVA, T.; WEGNER, W.; PEDRO, E.N. R.	Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante	descrever os eventos adversos identificados pelo familiar/cuidador em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP)	Pesquisa qualitativa exploratório-descritiva	2012	LILACS
MELLO, J. F. de; BARBOSA, S. de F. F.	Cultura de segurança do paciente em Terapia Intensiva: Recomendações da enfermagem.	Sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente em duas Unidades de Terapia Intensiva adulto	Estudo quantitativo, tipo survey, transversal e comparativo	2013	Google acad.
TAVARES, V.H.	Segurança do paciente em Terapia Intensiva: análise do uso da restrição física	Analisar o uso da restrição física em pacientes de UTI.	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa	2013	Google acad.

TOFFOLETTO, M. C.; RUIZ, Z. R.	Melhorando a segurança dos pacientes: estudo dos incidentes nos cuidados de enfermagem	analisar os incidentes relacionados aos cuidados de enfermagem	Investigação quantitativa do tipo transversal	2013	LILACS
BARBOSA, T. P.; et al.	Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva	Verificar as boas práticas assistenciais de enfermagem para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva.	Pesquisa descritiva	2014	Google acad.
NOVARETTI, M. C. Z.; et al.	Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI	Identificar a influência da sobrecarga de trabalho da Enfermagem na ocorrência de incidentes sem lesão e eventos adversos em pacientes internados em UTI.	Estudo prospectivo, tipo coorte	2014	SCIELO
ZAMBON, L. S.	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	Identificar e caracterizar a ocorrência de eventos adversos em UTIs do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de SP.	Estudo observacional do tipo coorte	2014	Google acad.
COSTA, T. D. da.	Avaliação do cuidado de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: na visão de profissionais, pacientes e familiares	Avaliar o cuidado de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva	Pesquisa avaliativa	2015	Google acad.

DUARTE, S. da C. M. et al.	Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem	Identificar as publicações científicas sobre os eventos adversos na assistência de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados e discutir os principais eventos adversos na assistência de enfermagem	Revisão integrativa com abordagem qualitativa	2015	SCIELO
SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T.	Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva	avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima e cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva (UTI) e a relação entre os instrumentos HSOPSC e o SAQ.	Estudo exploratório transversal	2015	SCIELO
SARAIVA, C. O. P. de O.	Segurança do paciente em Terapia Intensiva Neonatal: identificação e análise de eventos adversos	Identificar e analisa os eventos adversos ocorridos em uma UTIN	Estudo epidemiológico do tipo transversal, exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa, descritivo e analítico.	2015	Google acadêmico
ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E. C. P.	Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo	Avaliar a ocorrência de eventos adversos e o impacto deles sobre o tempo de permanência e a mortalidade na unidade de terapia intensiva (UTI).	Estudo prospectivo	2016	LILACS

Fonte: As autoras, 2017.

Ao analisar as publicações os dados foram divididos quanto aos principais eventos adversos e incidentes/erros que ocorrem na UTI e nas medidas recomendadas para os profissionais da enfermagem que visam garantir a segurança do paciente em UTI.

4.1 Principais eventos adversos/incidentes e erros que ocorrem na UTI

Revista Científica FacMais, Volume. XII, Número 1. Abril. Ano 2018/1º Semestre. ISSN 2238-8427.

Antes de abordar sobre os principais eventos adversos/ incidentes e erros encontrados na literatura, é necessário estabelecer primeiramente a diferença entre erro e evento adverso.

Entende-se por erro como uma falha da assistência pelo seu planejamento inadequado ou pela sua execução de maneira errada. Quando esses erros acabam gerando danos para o paciente, passa a ser caracterizado como eventos adversos, sendo estes responsáveis pela morbimortalidade, acarretando ônus econômico e social, além do sofrimento para os próprios pacientes e seus familiares. Vale mencionar que esses eventos podem ser evitados, uma vez que são decorrentes de falhas na própria assistência (SARAIVA, 2015; SILVA; CUNHA; MOREIRA, 2011).

Ao analisar a literatura percebeu-se que os principais erros e falhas que ocorrem dentro das Unidades de Terapias Intensivas, sejam elas adulto, pediátrica ou neonatal estão relacionados a três categorias: aos medicamentos; aos registros nos prontuários e seguimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, enfermagem; e à realização dos procedimentos, como o manejo inadequado de cateteres. E os eventos adversos, são resultados desses erros, como por exemplo, as úlceras por pressão, as infecções da corrente sanguínea, flebites, hipotensão arterial, entre outros, conforme mostra o quadro 2.

Quadro 2: Eventos adversos e incidentes/erros/falhas que ocorrem na UTI. Goiânia-GO, 2017

Eventos Adversos	Incidentes/Erros/falhas	Publicações
<ul style="list-style-type: none"> • Dermatites, • Assaduras, • Úlcera por pressão, • Problemas na contenção física de pacientes, • Flebite, • Quedas. • Infecção hospitalar: • Hipotensão arterial, • Hipoglicemia, • Náuseas • Vômitos • Hipotermia • Infecção relacionada à assistência à saúde • Infecção primária de corrente sanguínea, pneumonia, 	<ul style="list-style-type: none"> • Falhas no seguimento da prescrição de enfermagem; • Falhas na SAE; • Falhas no seguimento da prescrição médica. • Falhas no registro de dados no prontuário pela enfermagem; • Falha no processo de comunicação; • Não realização de mudança de decúbito; • Falhas no preparo e administração de medicações; • Dose perdida, medicação errada e dosagem incorreta; • Manejo inadequado de cateteres vasculares, ventilatório, cateter gástrico e urinário; • Falhas da enfermagem na manipulação de cateteres e sondas; 	<ul style="list-style-type: none"> • GONÇALVES, 2011; • GONÇALVES et al., 2012; • SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012; • TAVARES, 2013; • TOFFOLETTO; RUIZ, 2013; • NOVARETTI et al., 2014; • ZAMBON, 2014; • COSTA, 2015; • DUARTE et al., 2015; • SANTIAGO; TURRINI, 2015; • SARAIVA, 2015; • ROQUE; TONINI; MELO, 2016

<ul style="list-style-type: none"> • Infecção de acesso vascular central • Hipertermia • Terapia respiratória • Complicações relacionadas ao cateter central • Lesões de pele • Sangramento • Equimose • Infraestrutura/instalações 	<ul style="list-style-type: none"> • Falhas na administração de dietas enterais; • Fragilidade na passagem de plantão; • Incidentes relacionados à auto-retirada e perda de artefatos terapêuticos: auto-drenagem, tubo nasogástrico e tubos endotraqueais; • Erro relacionado à coleta e/ou encaminhamento dos exames ao laboratório; • Erro relacionado aos procedimentos médicos • Incidentes do tipo administrativo, documentação, infraestrutura, hemoderivados, nutrição, procedimento e gestão organizacional • Falha no ventilador mecânico • Silenciar o alarme do monitor 	
---	---	--

Fonte: As autoras, 2017.

Gonçalves *et al.* (2012), no seu estudo procuraram avaliar os eventos adversos e incidentes na UTI do 4º e 6º andar do Hospital Universitário de São Paulo, e perceberam que os erros mais prevalentes consistiam na preparação e na administração dos medicamentos e também nos registros de enfermagem nos prontuários.

Nesse sentido, Novaretti *et al.* (2014), trazem um dado muito importante sobre os eventos adversos e incidentes (EAI). Eles registraram 15.054 EAI no período estudado, e destes 10.115, estavam ligados à competência da enfermagem. Da mesma forma foram observados por Gonçalves (2011), que registrou 1082 eventos adversos e erros dentro da UTI, todos ligados à enfermagem. Dessa maneira, pode-se entender que os enfermeiros e técnicos de enfermagem são os maiores responsáveis pela manutenção da segurança do paciente na UTI, porém, na realidade isso não vem acontecendo.

A primeira categoria de erros e falhas consiste na preparação e administração de medicamentos que incluem a perda de doses, omissão de dose, dosagem errada e administração de medicamento errado, entre outros. Convém mencionar que, a maioria desses erros ocorre pelo despreparo do profissional, pela falta de registro nos prontuários, uma vez que, muitas medicações são suspensas e não são relatadas, e também pela falta de compreensão dos registros por se apresentarem com letras ilegíveis (TOFFOLETTO; RUIZ, 2013; GONÇALVES, 2011).

Segundo Silva (2011), os erros de medicamentos podem estar ligados à falha na implementação dos cinco certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, *Revista Científica FacMais, Volume. XII, Número 1. Abril. Ano 2018/1º Semestre. ISSN 2238-8427.*

dose certa e hora certa. Além disso, pode ser decorrente de falhas no planejamento do aprazamento da prescrição médica, a não realização das medicações, erros no horário de administração, a falta de monitorização, erros na preparação da medicação, erros na via de administração e erros na técnica de administração (TAVARES, 2013; DUARTE *et al.*, 2015).

Sabe-se que o número de medicamento sempre esteve associado à ocorrência de eventos adversos, principalmente dentro das UTI, pois conforme Roque, Tonini e Melo (2016), para garantir a sobrevivência do paciente se utiliza de 5 ou mais medicamentos, e conseqüentemente aumenta-se o risco de erros, representando 98,3% dos eventos adversos. Vale mencionar que a maioria dessas ocorrências é atribuída a enfermagem, uma vez que consiste numa atividade rotineira e que faz parte do trabalho assistencial desses profissionais (TAVARES, 2013).

Outra categoria refere-se aos registros nos prontuários, prescrição de enfermagem e SAE, e que são determinantes para uma prática assistencial segura na UTI. No entanto, o que se percebe é que os registros da enfermagem apresentam-se com letras ilegíveis, e com informações insuficientes e incompletas, apontando para uma assistência negligenciada, pois a má elaboração dos registros põem em risco a fidedignidade das informações e impede de ter a noção do real quadro do paciente (COSTA, 2015).

Outra categoria refere-se aos procedimentos, que corresponde a maior proporção eventos adversos ligados diretamente à assistência e que inclui como erros: contaminação de produtos, manejo inadequado de sondas e cateteres, sondas mal posicionadas, falta de fixação de dispositivos terapêuticos, como tubos endotraqueais e sondas, punção venosa inadequada, retirada indevida de drenos, entre outros (TAVARES, 2013; TOFFOLETTO; RUIZ, 2013; BARBOSA *et al.*, 2014; ROQUE; TONINI; MELO; 2016).

No estudo realizado por Tavares (2013), a prevalência dos eventos adversos estava ligada aos procedimentos, sendo 51,7% proveniente de retiradas de dispositivos terapêuticos e a extubações não planejada, 13,8% oriundos de contaminação de materiais, falta de fixação, entre outros, e 11,7% decorrentes da obstrução de sondas e cateteres venosos.

Da mesma maneira Zambon (2014) que identificou em seu estudo 1.126 eventos adversos, destes 54% estavam relacionados a procedimentos, e que 44,2%

causaram danos e lesões na pele, como: dermatites e ulcera por pressão, relacionados a curativos, a utilização de fraldas e ausência de mudança de decúbito, hematomas, soromas e flebites, associados aos acessos vasculares.

Sabe-se que a auto-retirada e a retirada inadequada dos artefatos terapêuticos, colocam em risco a segurança e a vida do paciente. Nos casos de drenos podem ocasionar complicações como pneumotórax, hemorragias, choque hipovolêmico; retirada indevida de cateteres venosos e arteriais além do surgimento de hematomas, predispõem a infecções relacionadas à assistência (TAVARES, 2013; TOFFOLETTO; RUIZ, 2013; ZAMBON, 2014; ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

Dentro dos processos e procedimentos, Duarte *et al.* (2015), traz outras categorias de eventos adversos, além das citadas anteriormente, que também estão ligadas a assistência de enfermagem: 1) Vigilância do paciente; 2) manutenção da integridade cutânea e 3) relacionados aos recursos materiais.

1) Vigilância do paciente: engloba a queda do paciente do leito e da própria altura, além de perda de cateteres, sondas e drenos. A falta de vigilância sobre o paciente e da manutenção dos equipamentos colocam em risco a segurança do paciente, uma vez que os mesmos devem estar em constante vigília, além de estarem sedados e com camas com grades laterais para sua proteção (DUARTE *et al.*, 2015; TAVARES, 2013).

2) Manutenção da integridade cutânea: Essa categoria está relacionada a higiene e ao conforto do paciente, e uma dos principais eventos são as úlceras por pressão, proveniente da falta de mudança de decúbito e também do posicionamento inadequado do paciente no leito, e por isso, é apontado com resultado de erros na assistência dos profissionais da saúde, principalmente da enfermagem (TAVARES, 2013; BARBOSA *et al.*, 2014; DUARTE *et al.*, 2015; ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

3) Relacionado aos recursos materiais: Nessa categoria engloba a falta de equipamentos e presença de aparelhos com defeitos e de péssima qualidade (DUARTE *et al.*, 2015).

Além dessas, o autor Costa (2015) apontam as instalações da UTI fora dos padrões e a falta de capacitação dos profissionais como situações que colocam em risco a segurança do paciente, e os autores Silva, Wegner e Pedro (2012) destacam o hábito que muitos profissionais possuem de silenciar o monitor, contribuindo para que as alterações ocorridas nos pacientes passem despercebidas.

Convém mencionar que existem alguns fatores que corroboram para a ocorrência desses erros e eventos observados nas publicações, colocando em risco a segurança do paciente na UTI, como: a complexidade dos casos, a necessidade de decisões urgentes, a falta de informação e comunicação entre os membros da equipe, a falta de preparo e capacitação tanto dos profissionais médicos e enfermeiros, a sobrecarga de trabalho, a falta de liderança e o déficit de pessoal (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012; NOVARETTI *et al.*, 2014; DUARTE *et al.*, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015).

4.2 Medidas recomendadas para os profissionais da enfermagem que visam garantir a segurança do paciente em UTI

As medidas recomendadas possuem relação direta as falhas e erros cometidos pelos profissionais durante a prática diária. Na realidade são na verdade uma serie de intervenções que tem como finalidade a redução e a prevenção de risco, garantindo ao paciente um cuidado seguro. O quadro 3, mostra algumas das estratégias recomendadas conforme encontrada nas publicações.

Quadro 3: Medidas recomendadas para garantir a segurança do paciente na UTI encontradas nas publicações. Goiânia-GO, 2017

Recomendações	Publicações
<ul style="list-style-type: none"> • Socialização das normas existentes no que se refere à instalação e manejo da veia central e administração venosa central e periférica; • Conceber e implementar um programa de treinamento contínuo no gerenciamento de pacientes que requer cuidados especializados • Implementar protocolo de sedação para pacientes com agitação psicomotriz • Socializar e treinar em relação ao protocolo existente de contenção física do paciente com agitação psicomotriz • Sedação e contenção mecânica (nos casos de pacientes agitados, a fim de evitar a auto-retirada de dispositivos terapêuticos, como tubo endotraqueal e drenos) • Estabelecer uma comunicação efetiva entre os profissionais, pacientes e familiares • Restrições de membros dos pacientes • Identificação do circuito o ventilador mecânico • Planejamento e implementação de protocolos ou Bundles destinados à prevenção de ulcera por pressão • Sensibilização da equipe e do próprio paciente quanto à necessidade da realização da mudança de decúbito • Utilização de protetores para as proeminências ósseas • Inspeção e proteção da pele • Identificação dos pacientes sob o risco de desenvolver úlcera • Elevação de grades nas camas • Adequação da infraestrutura hospitalar • Sensibilização dos profissionais quanto à vigilância adequada 	<ul style="list-style-type: none"> • SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012; • MELLO; BARBOSA, 2013; • TAVARES, 2013; • TOFFOLE TTO; RUIZ, 2013; • BARBOSA et al., 2014; • COSTA, 2015

<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de técnicas de contenção de movimento • Restrição no leito (desde que realizada corretamente e de forma monitorada e não traga prejuízos ao paciente) • Orientar os pacientes e familiares quanto à manutenção dos dispositivos terapêuticos • Orientar a equipe quanto a técnica correta de inserção e manuseio dos dispositivos, como os cateteres e sondas. • Explorar possibilidades ao fornecimento de material de melhor qualidade • Capacitação adequada de recursos humanos • Promover melhorias na estrutura física • Trabalho em equipe dentro das unidades • Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente do supervisor/ gerente • Aprendizado organizacional e melhoria contínua; • Feedback e comunicação a respeito de erros • Respostas não punitivas aos erros • Apoio de gestão hospitalar para a segurança do paciente; • Trabalho em equipe entre as unidades do hospital; • Transferências internas e passagens de plantão 	
---	--

Fonte: As autoras, 2017.

Pode-se observar que as maiorias das recomendações partem primeiramente da capacitação dos profissionais, para a o manuseio dos dispositivos, prevenção das úlceras por pressão, utilização de sedativos, restrição mecânica, entre outros, presente em quase todos os estudos (MELLO; BARBOSA, 2013; TAVARES, 2013; TOFFOLETTO; RUIZ, 2013; COSTA, 2015).

Silva, Wegner e Pedro (2012), destacam a comunicação efetiva, como uma das recomendações primordiais que ser aplicada na UTI visando à segurança do paciente, a comunicação efetiva, apontada por eles como algo que deve está inserido no processo de assistência, pois é impossível prestar um cuidado seguro sem que comunicação com os demais profissionais, pacientes e familiares.

Convém mencionar que os pacientes hospitalizados na UTI já estão vulneráveis a diversas situações, e quando não há essa interação, gera insegurança e temor diante dos cuidados dos profissionais. Essa comunicação deve ser feita na passagem de plantão e também pelos registros nos prontuários e forma coesiva, coerente e completa, pois um dos grandes erros cometidos consiste na deficiência dos registros da enfermagem.

Vale ressaltar que de todas as medidas recomendadas para prevenção e redução de risco na UTI, as que menos são desempenhadas e que foram observadas por Barbosa *et al.* (2014) incluem a mudança de decúbito, ocasionando eventos adversos referentes a manutenção da integridade cutânea; restrição de membros dos pacientes; correndo de risco da auto-retirada do tubo endotraqueal e drenos; e por fim a identificação do circuito do ventilador mecânico.

Ao analisar a literatura foi possível observar duas divisões bem interessantes acerca das medidas a serem desempenhadas na UTI para a segurança do paciente. A primeira foi estabelecida por Tavares (2013), dividindo conforme os eventos adversos:

- **Úlcera por pressão:** Planejamento e a implementação de protocolos destinados à prevenção de ulcera por pressão, sensibilização da equipe quanto a necessidade da realização da mudança de decúbito, utilização de protetores para as proeminências ósseas, inspeção e proteção da pele e a Identificação dos pacientes que possuem risco de desenvolver úlcera;
- **Quedas:** Elevação de grades nas camas; adequação da infraestrutura hospitalar; treinamento e capacitação do pessoal e a sensibilização dos profissionais quanto à vigilância adequada;
- **Medidas Restritivas:** aplicação de técnicas de contenção de movimento e restrição no leito de forma correta e monitorada, com o intuito de não trazer prejuízos para o paciente;
- **Retirada dos dispositivos terapêuticos:** Orientação dos pacientes e familiares quanto à manutenção dos dispositivos terapêuticos e da equipe de profissionais quanto à técnica correta de inserção e manuseio dos dispositivos, como os cateteres e sondas.

E a segunda, foi proposta por Mello e Barbosa (2013), cuja divisão consiste no âmbito da unidade e no âmbito hospitalar. No quesito da unidade, é composta por sete dimensões:

- **Trabalho em equipe dentro das unidades:** promover um relacionamento com a equipe, união, respeito e motivação;
- **Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente do supervisor/ gerente:** realizar supervisão de funcionários novos; promover supervisão, acompanhamento e cobrança em relação aos cuidados;
- **Aprendizado organizacional e melhoria contínua:** realizar pesquisas, treinamento, capacitações no ambiente de trabalho, extensivo a todos os profissionais, sobre técnicas, manuseio de materiais, entre outros. adotar postura crítica, construtiva e assumir os erros; entre outras;

- **Feedback e comunicação a respeito de erros:** informar os profissionais de todos os turnos sobre mudanças e suas justificativas; discutir sobre os prováveis erros para a sua prevenção;
- **Abertura para comunicações:** realizar reuniões periódicas com toda a equipe de enfermagem para identificação dos principais problemas que possam interferir na segurança do paciente; promover comunicação direta e clara, melhorando a comunicação entre enfermeiros e técnicos, entre outros;
- **Pessoal:** melhorar o quantitativo de profissionais; reduzir a sobrecarga de trabalho; melhorar a distribuição da carga horária; criar estratégias para reduzir absenteísmo; promover melhores salários e exclusividade.
- **Respostas não punitivas aos erros:** Realizar avaliações de caráter não punitivo; adotar estratégias para que o profissional comunique o erro, entre outros.

No âmbito da organização hospitalar segundo Mello e Barbosa (2013), é composta por três dimensões: a primeira refere-se ao apoio de gestão hospitalar para a segurança do paciente que incluem recomendações como: disponibilizar materiais e equipamentos em quantidade e qualidade; realiza vistorias frequentes e manutenção das camas e grades; melhorar os utensílios para a restrição física dos pacientes.

A segunda dimensão apontada pelo autor trata-se do trabalho em equipe entre as unidades do hospital, cujas medidas consistem em manter bom relacionamento entre as unidades da instituição, realiza trabalho conjunto com a farmácia para diminuir os erros com medicamentos; e a última dimensão, refere-se a transferências internas e passagens de plantão, que engloba atividades como manter mais atenção na passagem de plantão e transmitir as informações adequadas sobre as ocorrências com o paciente.

Com base na análise da literatura, pode-se afirmar que as recomendações que devem ser utilizadas dentro da UTI para garantir a segurança do paciente se resumem em três elementos: Instalações da UTI e recursos materiais, Terapia Medicamentosa e Capacitação de Recursos Humanos, apontados por Costa (2015), como necessárias para combater eventos indesejáveis, e impedir que sucessivos erros possam chegar ao paciente e causar algum dano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência de eventos adversos na representa um sério problema na assistência à saúde, nesse sentido o estudo identificou as publicações científicas sobre os principais eventos adversos ocorridos na UTI e as medidas que devem ser desempenhadas para prevenir e/ou reduzir a ocorrência de erros e que visam garantir a segurança do paciente.

Pode-se observar que de todas as ocorrências de erros e eventos adversos dentro da UTI, à maioria são de competência da enfermagem e estão ligadas a medicamentos, registros nos prontuários e principalmente a realização de procedimentos.

Os profissionais da enfermagem devido à assistência direta ao paciente são responsáveis pela manutenção de sua segurança. No entanto, o despreparo e a falta de conhecimento dos profissionais fazem com que garantir essa segurança seja um grande desafio. Por esse motivo, as recomendações mais importantes observados consistem na comunicação, na capacitação e na conscientização dos profissionais sobre os erros e eventos adversos, com a finalidade de preveni-los e/ou reduzi-los.

Diante disso, conclui-se que existem inúmeras falhas na assistência de enfermagem que colocam em risco a segurança do paciente, e nesse sentido, espera-se que este trabalho possa contribuir para identificar esses erros, e assim, melhorar a qualidade da assistência, e que de fato, os profissionais da enfermagem possam garantir um cuidado seguro aos pacientes hospitalizados na UTI.

REFERÊNCIAS

ALVES, K. Y. A. et al. Segurança do paciente na terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 3714-3724, jan. 2016. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3920/pdf_1780>. Acesso em: 12 jul 2017.

BARBOSA, T. P.; OLIVEIRA, G. A.; LOPES, M. N.; POLETTI, N. A.; BECCARIA, L. M. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 243-8, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0243.pdf>>. Acesso em: 15 jul 2017.

BECCARIA, L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem. **Revista Bras. Ter. Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 agost 2017.

BROOME, M. E. **Integrative literature reviews for the development of concepts**. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. 2006, p.24.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 791-8, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400791&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 agost 2017.

CARVALHO, V. Da enfermagem hospitalar – um ponto de vista. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 640-44, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a26.pdf>>. Acesso em: 01 agost 2017.

CAVALCANTE, A. K.C. B.; ROCHA, R. C.; NOGUEIRA, L. T.; AVELINO, F. V. S. D.; ROCHA, S. S. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, p. 1-7, 2015. Disponível em <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>>. Acesso em: 20 agost 2017.

COSTA, T. D. da. **Avaliação do cuidado de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: na visão de profissionais, pacientes e familiares**, 157f, 2015. Tese doutorado em enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/20878>>. Acesso em: 15 agost 2017.

DIAS, J. D.; MEKAARO, K. S.; TIBES, C. M. dos S.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **REME-Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 866-873, out-dez 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26745&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 agost de 2017.

DUARTE, S. da C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, Feb, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 agost 2017.

FREITAS, J. S.; SILVA, A. E. B. C.; MINAMISAVA, R.; BEZERRA, A. L. Q.; SOUSA, M. R. G. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. Lat.-Am. Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 454-60, 2014.

Franciele Ferreira da Cruz, et al. *Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura.*

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf. Acesso em: 18 agosto 2017.

GONÇALVES, L. A. **Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes**, 163f, 2011. Tese doutorado. Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-24102011-080549/pt-br.php>>. Acesso em: 16 agosto 2017.

GONÇALVES, L. A.; ANDOLHE, R.; OLIVEIRA, E. M.; BARBOSA, R. L.; FARO, A. C. M.; GALLOTTI, R.M.D.; PADILHA, K. G. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm, USP**, v. 46, p. 71-7, 2012. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/site/Index.php/paginas/mostrar/1419/2094/147>>. Acesso em: 17 agosto 2017.

MELLO, J. F. de; BARBOSA, S. de F. F. Cultura de segurança do paciente em Terapia Intensiva: Recomendações da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-33, out-dez 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>>. Acesso em: 16 julh 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 28 julh. 2017.

NOVARETTI, M. C. Z.; SANTOS, E. de V.; QUITÉRIO, L. M.; DAUD-GALLOTTI, R. M. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 5, p.692-9, set-out 2014. Disponível em <<http://oaji.net/articles/2015/672-1423855613.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

REASON, J. T. **Human error**. 20 ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302 p.

ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E. C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, p. 1-15, out 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/pt_1678-4464-csp-32-10-e00081815.pdf>. Acesso em: 16 agosto. 2017.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N.T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, p. 123-130, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700123&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 14 julh 2017.

SARAIVA, C. O. P.O. **Segurança do paciente em terapia intensiva neonatal: identificação e análise de eventos adversos**, 72f, 2015. Dissertação Mestrado. *Revista Científica FacMais, Volume. XII, Número 1. Abril. Ano 2018/1º Semestre. ISSN 2238-8427.*

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em <http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/20802/1/CeciliaOliviaP AraguiDeOliveira_DISSERT.pdf>. Acesso: em 23 agost 2017.

SILVA, R. C. L.; CUNHA, J. J. S.; A; MOREIRA, C. L. S. Eventos adversos em cuidados intensivos: o que conhecem os enfermeiros. **Rev. pesq cuid fundam online**, v. 3, n. 2, p. 1848-1855, 2011.

SILVA, T.; WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 2, p. 337-44, 2012. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a14.htm>. Acesso em: 27 jul. 2017.

SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.48, n. 2, p. 335-45, Apr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2017.

TAVARES, V. H. **Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Análise do Uso da Restrição Física**. 2013. 129 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13888/1/2013_VaniaHilarioTavares.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

TOFFOLETTO, M. C. **Fatores associados aos eventos adversos em uma Unidade de Terapia Intensiva**. 150f, 2008. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde.../Maria_Cecilia_Toffoletto.pdf>. Acesso em: 12 de agost. 2017.

TOFFOLETTO, M. C.; RUIZ, X. R. Melhorando a segurança dos pacientes: estudo dos incidentes nos cuidados de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p 1099-07, 2013. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/78067/82111>>. Acesso em: 27 jul. de 2017.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. 1 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>>. Acesso em: 01 jul. de 2017.

ZAMBON, L. S. **Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e** *Revista Científica FacMais, Volume. XII, Número 1. Abril. Ano 2018/1º Semestre. ISSN 2238-8427.*

Franciele Ferreira da Cruz, et al. Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura.

identificação de fatores de risco para sua ocorrência. Tese doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Ciências Médicas, São Paulo, 2014. Disponível em: <www.teses.uspsbr/disponiveis/5/5165/tde-04072014.../LucasSantosZambon.pdf>. Acesso em: 23 de jul. 2017.