

EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DOCUMENTAL

Hadassa Ferreira Précoma¹, Fernanda Leticia Frates Cauduro²

RESUMO:

Nos serviços em saúde, a busca pela qualidade é continua diante dos padrões da assistência, sendo á ausência de evento adverso ou falhas que envolvem a qualidade um objetivo a ser alcançado. A identificação dos eventos adversos elucida diversas lacunas presentes na assistência ao paciente crítico. O objetivo dessa pesquisa foi identificar os eventos adversos em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral no Município de Curitiba - PR. A coleta de dados procedeu após autorização formal pela instituição co-participante. Os dados são notificados a partir de sistema eletrônico de gerenciamento de risco referente ao ano de 2014. Foram registrados 55 eventos adversos do total de 582 admissões, com prevalência de idade superior a 60 anos, havendo predomínio do sexo masculino (53,2%) e média de idade de 79 anos. Os eventos adversos de maior incidência foram as úlceras por pressão (60%). O cuidado seguro requer uma aliança entre toda a equipe multiprofissional. O evento adverso notificado é um indicador importante que evidencia a qualidade da assistência.

Palavras chaves: eventos adversos; segurança do paciente; gerenciamento de riscos.

1. Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Campos de Andrade – UNIANDRADE.
2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas de Tecnologia da Informação nos Processos de Trabalho em Enfermagem - GEPETE.

Introdução

O cuidado ao paciente crítico requer competências e habilidades específicas da equipe de saúde que atuam em unidades de terapia intensiva (UTI), uma vez que este ambiente, por vezes, torna-se o último recurso para o tratamento e recuperação de saúde.¹ O cenário da UTI apresenta necessidades de conhecimento e habilidades técnicas, diferentes competências para correta interpretação e intervenção, avaliando de forma rápida e eficiente as respostas humanas. Entretanto, a gama de procedimentos invasivos, aliado a recursos humanos insuficiente e aparato tecnológico não dominado pelos profissionais que ali trabalham, geram riscos ao doente, dentre eles os eventos adversos (EA).¹

Os EA são compreendidos como a ocorrência indesejável de dano ao paciente durante o cuidado, o qual contribui para o aumento nas taxas de morbimortalidade hospitalar, além do alto impacto financeiro para as instituições.² De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), milhões de pacientes sofrem lesões incapacitantes ou morrem pela ocorrência dos EA, o que reflete na qualidade do cuidado ofertado e na segurança do paciente (SP).³

Variados e complexos são os aspectos dos sistemas da saúde que podem gerar erros e EA e prejudicar a SP. Durante anos, os problemas relacionados á SP foram silenciados devidos á cultura de culpa e/ou medo do castigo pela ocorrência do erro. Contudo, dados epidemiológicos conduzem estudos em vários países mostrando que a SP é uma preocupação de âmbito global, salvo esses estudos ainda estarem ocorrendo em países desenvolvidos, naqueles onde foram iniciadas as políticas de melhoria transformação no sistema de saúde.⁴

A segurança apresenta relação atrelada á qualidade. Para a OMS, qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui a excelência profissional, o uso eficiente de recursos e mínimo de risco aos usuários.⁵

Do contexto histórico, a inquietação pela segurança e qualidade na área da saúde surgiu na antiguidade, porem apenas em meados do século XX, Flexner apresentou a teoria de padrões de qualidade, avaliando a qualidade dos programas de saúde nas escolas médicas americanas e canadenses através da acreditação.⁶

Em 1951, a Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH), assumiu a responsabilidade de avaliar regularmente a qualidade da assistência prestada nos hospitais por meio dos padrões mínimos estabelecidos pelo Colégio Americano de

Cirurgiões. A JCAH, é uma organização independente, não governamental que propôs de forma voluntaria um programa que avalia de forma organizada e estrutural indicadores, padrões e critérios para auxiliar as instituições a melhorarem a qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes. Após algumas décadas a JCAH amplamente reconhecida e com expansividade em suas atividades com certificação vista a mais de 15 mil programas de saúde e instituições no mundo, passou a ser chamada de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAOH).⁷

No Brasil, em 1998 foi lançado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, pelo Ministério da Saúde (MS), e no ano seguinte, a OMS, cuja responsável pela certificação dos serviços de saúde do país, sendo referencia no processo permanente da qualidade dos serviços em saúde.⁸

A preocupação com a SP ganhou ênfase em 1990 após a propagação dos resultados de uma pesquisa que elucidou os erros não sendo causa individual nas competências profissionais. Desde 1999 organizações mundiais estudam os EA em saúde e, dentre o mais notável, destaca-se o Institute of Medicine (IOM) o qual publicou um relatório onde estimou-se que 44 mil a 98 mil de norte americanos morrem anualmente em decorrência de erros associados ao cuidado em saúde ,comprometendo a segurança do paciente.³ Essa estimativa embasou-se após a revisão de prontuários na cidade de Nova Iorque, Colorado e Utah.^{9,10}

Nesse sentido, segurança do paciente é definida como o conjunto de ações e atitudes que visam reduzir a ocorrência de danos e impedir a ocorrência de eventos adversos ao paciente durante o cuidado médico hospitalar.¹¹

Em outubro de 2004 houve outro marco referente à SP, quando a OMS lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente por meio de Resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, recomendando aos países maior atenção ao tema Segurança do Paciente.²

Diante disso, tornou-se pertinente conhecer conceitos como cultura de segurança do paciente e qualidade assistencial que busca proporcionar um conjunto de ações, elementos e estrutura que minimizem a ocorrência de eventos adversos durante o tratamento clínico de um paciente.

A cultura de segurança é definida como produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma

organização saudável e segura.¹² A partir dessa avaliação, tem-se acesso às informações dos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções.¹²

Ao associar o tema SP em UTI encontramos na literatura nacional e internacional estudos que revelam os EA de maior prevalência nestas unidades, os recursos orçamentários despendidos pelas organizações de saúde, bem como questões relacionados ao sentimento de frustração de pacientes, familiares e equipe pela falibilidade da terapêutica adotada.⁹ Um estudo realizado no Brasil, mostrou que a administração de medicamentos, e cuidados com vias aéreas são os EA de maior incidência em UTI.¹⁰ Segundo estudo realizado pela Faculdade de Medicina de Harvard, em Boston, mais de 20% dos pacientes admitidos em UTI sofreram, em algum momento do tratamento, pelo menos um tipo de EA.¹¹

Com a finalidade de promover estratégias para a redução dos EA nos serviços de saúde do Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de ampliar a qualidade no cuidado em ambiente hospitalar. Este programa tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todas as instituições de assistência médica do território nacional. Também ficou estabelecido, através da RDC N°36/2013, a obrigatoriedade da notificação de EA e a implementação de seis protocolos, a saber: identificação do paciente, comunicação entre profissionais, administração segura de medicamentos, cirurgia segura, higiene das mãos, redução de úlcera por pressão e quedas.

Frente à importância do tema segurança do paciente, e a peculiaridade do atendimento em unidades críticas, o objetivo desse estudo é descrever e caracterizar os EA em uma UTI de um hospital privado do município de Curitiba.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental descritiva, exploratória e transversal, em que foi investigadas a ocorrência dos EA em uma unidade de UTI geral. A pesquisa documental recorre a tipos de fontes diversificadas e dispersas, entretanto os fatos apresentados dispõem de informações passíveis de categorização e quantificação.¹³

O cenário da pesquisa foi um serviço de UTI que dispõe de 12 leitos. A equipe atuante no serviço, de caráter multiprofissional, dispõe de equipe médica, enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição e fonoaudiologia. Os documentos utilizados para esta pesquisa foram obtidos a partir do sistema eletrônico disponível na unidade em que armazenam-se informações pertinentes a notificação dos EA. Para tal, foram acessados os EA ocorridos no ano de 2014, pois foi a partir desse período que iniciaram as notificações dos EA através do sistema eletrônico.

A coleta dos dados no sistema eletrônico ocorreu de janeiro a março de 2015 e procedeu-se o levantamento dos dados conforme as cinco dimensões do gerenciamento de risco disponível na UTI, sendo estes risco de quedas, flebite, broncoaspiração, úlcera por pressão (UPP) e sangramento.

Resultados

No período de janeiro a dezembro 2014 a UTI admitiu o total de 582 pacientes para tratamento clínico e/ou cirúrgico. Quanto a característica dos pacientes, 46,7% das admissões foram do sexo feminino e 53,2% masculino, com faixa etária predominante acima de 60 anos. A UTI manteve cerca de 10 pacientes/dia, aproximadamente 48 admissões/mês, com uma média de permanência de 5 dias para pacientes clínicos e 2 dias para pacientes cirúrgicos. Cabe ainda ressaltar que houve nesse período pacientes crônicos com permanência de até quatro meses.

O sistema eletrônico de notificação de EA contempla cinco categorias para gerenciamento de risco, conforme acima citado. Nesse sistema são sinalizados quais riscos o paciente está exposto e quando ocorre a notificações do EA são expostas as causas/fatores para a ocorrência dos mesmos.

Frente aos achados no sistema eletrônico, foram registrados 55 EA durante o ano de 2014. Na tabela 1 está caracterizado o *n*° de EA ocorridos no período.

Tabela 1 – Caracterização dos eventos adversos notificados no sistema eletrônico de gerenciamento de risco em uma UTI Geral de um Hospital privado. Curitiba Brasil, 2015

Característica dos eventos adversos notificados	Número de notificações dos eventos adversos n° (%)
<i>Úlcera por Pressão</i>	33 (60%)
<i>Queda</i>	2 (3,63%)

Flebite	17 (31%)
Broncoaspiração	3 (5,45%)
Total de notificações realizadas	55 (100%)

Dentre as variáveis na tabela 2, pode-se verificar o número de notificações de acordo com o tipo de evento levantado por sexo. As UPP foram os eventos de maior incidência no levantamento de dados sendo desses 60% dos EA. Nesta mesma ordem observamos a notificação de flebite (31%), broncoaspiração (5,45%) e queda (3,63%).

Tabela 2 – Caracterização dos eventos adversos notificados quanto ao numero de eventos por sexo e media de idade dos pacientes internados em uma UTI Geral de um Hospital privado. Curitiba, Brasil, 2015.

Evento notificado	Sexo		Media de idade	
	Feminino n°(%)	Masculino n(%)	Feminino	Masculino
Úlcera por Pressão	13(39,39%)	20(60,6%)	77	81
Queda	-	2(100%)	-	82
Flebite	11(65%)	6(35%)	76	65
Broncoaspiração	-	3(100%)	-	88
N° de eventos por sexo:	24(43,63%)	31(56,36%)	76	79
N° de pacientes 582	272	310		

Ainda na tabela 2 pode-se identificar a prevalência de idosos. As consequências podem ser em grande ou pequena escala, podendo causar prejuízo permanente para os pacientes. Neste cenário observamos não apenas a necessidade de um amparo logístico ao idoso grave, mas gerenciamento econômico e real efetividade do suporte intensivo dessa população.

Na tabela 3 verificamos a ocorrência de um ou mais eventos no mesmo paciente. O paciente A, B e C sofreram durante o mesmo internamento 2 UPP em regiões distintas. O paciente D e E sofreram uma UPP e uma broncoaspiração, e o paciente F sofreu duas quedas e uma flebite. Diversos são os fatores contribuintes para que houvesse acima de um incidente com dano por paciente.

Tabela 3 - Caracterização dos eventos adversos notificados de cunho superior a mais de um evento pelo mesmo paciente internado em uma UTI Geral. Curitiba, Brasil, 2015.

Paciente	UPP	Queda	Flebite	Broncoaspiração
Paciente A	X ^{**}			
Paciente B	X ^{**}			
Paciente C	X ^{**}			
Paciente D	X [*]			X [*]
Paciente E	X [*]			X [*]
Paciente F		X ^{**}	X [*]	

Discussão

Partindo da premissa que há o aumento da população idosa no Brasil e no mundo justificam-se os achados nesta pesquisa de pacientes internados com idade superior a 60 anos em UTI. Segundo o IBGE o numero de idosos no Brasil cresceu 17%.¹⁴ Segundo Carvalho¹⁵ o envelhecimento é um processo dinâmico, com alterações progressivas ao organismo tornando-o suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas. Para Hennessy et al.¹⁶ A população idosa representa cerca de 26% a 51% dos pacientes que são admitidos em UTIs norte americanas. Na atualidade precisamos compreender a complexidade que o idoso apresenta e a relação entre as doenças crônicas e fatores desencadeadores de descompensação clínica, bem como o papel que a UTI desempenhara nesses casos.

A preocupação com segurança do paciente busca identificar as lacunas existentes na assistência de saúde, cujo foco não é punir os culpados mais elucidar fatos que demonstrem as falhas sistêmicas que contribuem para erros.

A Portaria MS/GM nº529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS que devem ser elaborados e implantados. O sistema eletrônico para gerenciamento de risco da UTI avaliada contempla apenas dois dos seis protocolos básicos para a segurança do paciente*.

Os EA registrados vão ao encontro dos dados apresentados pela OMS de que 10% de paciente internados em hospitais são acometidos por EA, e a subnotificação é uma realidade.¹⁷ Um fator atrelado a essa possibilidade de subnotificação é a rotatividade de enfermeiros chefes de cuidados críticos.

De acordo com os eventos notificados, os de maior incidência foram as UPP, sendo importante ressaltar que este é um evento previsível, devendo o profissional de saúde identificar os fatores que podem desenvolver ou agravar uma UPP. Medidas como monitoramento, exame físico, proteção de pele, mudança de decúbito e proeminências ósseas livres proporcionam conforto. Contudo, a UPP causa prolongamento de hospitalização, custos, e em alguns estágios predispõem a riscos para complicações e um acréscimo de sofrimento físico e emocional.^{18,19}

Constatou-se o registro de duas quedas em um mesmo paciente. Segundo Marin, a queda é o EA mais comum dentro do ambiente hospitalar, totalizando cerca de 70% dos acidentes. A queda é resultado de uma vigilância inadequada, ausência de comunicação entre profissional e paciente, e principalmente falhas na identificação de medidas que minimizem a queda, como exemplo o simples ato de manter as grades elevadas.²⁰ A contenção física ou química ainda é vista como uma técnica desumana. Inevitavelmente, para evitar danos, utiliza-se dessa técnica principalmente nos processos de “*desmame*” de drogas, “*delirium*”, e outros, que muitas vezes causam agitação e confusão. Mas se aplicadas de forma adequada estas tornam-se um meio de promover a segurança do paciente.^{21,22}

Os problemas relacionados à flebite são frequentes nos serviços de saúde, e atingem diversas faixas etárias, ou seja, são um risco potencial para recém nascidos e idosos. Atrelado ao envelhecimento, a falta de capacitação profissional, escassez de estudo e diretrizes nacionais relacionados a terapia intravenosa corroboram a prática de enfermagem ao paciente idoso que compromete a SP e a qualidade da assistência. Dentre a multiplicidade da flebite não esta atrelada apenas a infiltrações ou extravasamentos decorrentes de alterações no sistema tegumentar. A complicação pode ocorrer por seleção inadequada do sitio de punção, permanência prolongada de cateteres, inspeção e técnica de manejo inadequada.²³

Para Jabbar¹⁸ o suporte nutricional de um paciente grave é um dos maiores desafios clínicos dentro da UTI, sendo a via enteral preferencialmente utilizada nesse cenário. O paciente grave apresenta maior risco de broncoaspiração ou intolerância gástrica. A broncoaspiração é uma complicação fatal da nutrição enteral, com prevalência de 1 a 44% dos pacientes. A melhor forma de prevenir a broncoaspiração é o posicionamento adequado do paciente no leito, sendo a posição Fowler ou semi Fowler a mais recomendada por impedir que distensão abdominal ou refluxo gástrico cause a broncoaspiração.^{24,25} A maior parte dos

eventos que ocorrem a beira do leito poderiam ser evitados, com isso o sofrimento, recursos e os custos seriam reduzidos.²⁶

Neste contexto, a chave para a redução do erro é simplificar os processos, reduzindo as etapas e padronizando o sistema.²⁷ Pelo dinamismo que a UTI impõe, são nos períodos de maior tensão que EA ocorre, seguidos de imprudência e/ou imperícia apresentando maiores falhas associadas inclusive com a mortalidade. Todo o procedimento realizado em UTI é essencial ao paciente, por isso, cada ato realizado deve contemplar todas as etapas precisas e livres de falha que leve ao erro.

A UTI é local impar no âmbito hospitalar e concede ao intensivista a oportunidade de executar ações de forma planejada e individualizada. No entanto, inúmeras técnicas deixam de ser realizadas, algumas vezes pela demanda de cuidados, falta de profissionais, falta de recursos materiais e tecnologia desconhecida, por exemplo.

Cabe ainda ressaltar, que a UTI é um ambiente favorável para a ocorrência de EA, por vezes insalubre para os profissionais que em diversas situações atuam em constante pressão e angústia, pois as emergências ocorridas na UTI são transformadas em vivências rotineiras.²⁸

Conclusão

A excelência na assistência tem sido constante meta nas instituições de saúde. Ao tratarmos de paciente grave, o cuidado deve acontecer continuamente e livre de EA. Na UTI construímos o conhecimento real à fisiologia humana, quando associamos esse ambiente aos esforços concentrados no atendimento aos pacientes.

Toda UTI deve atender a um parâmetro de qualidade que assegure ao paciente o direito a sobrevida, assim como uso de todos os recursos disponíveis para a manutenção e estabilidade de parâmetros vitais. Uma assistência humanizada, exposição mínima aos riscos, e monitoramento permanente da evolução do tratamento. A qualidade da assistência deve ser vista como uma meta a ser atingida, no contexto de avaliação positiva, estabelecendo parâmetros mensuráveis, implementando e utilizando indicadores que externem fatores que circundam as falhas.

A UTI é um ambiente impar dentro de uma instituição de saúde, por isso torna-se uma alternativa viável, onde, o paciente continuará a receber tratamento e cuidados pertinentes á medida de evolução do quadro clinico, sendo supervisionado e monitorado dentro de técnicas especializadas.

Os profissionais não estão isentos das responsabilidades que conduzam uma assistência focada na busca pela segurança. A notificação da existência do EA facilita a investigação. Ampliar a conscientização da notificação, bem como do seu estímulo por parte dos profissionais de saúde. Independente da forma de registro, impresso, manuscrito ou eletrônico, a notificação deve ser realizada pelo enfermeiro ou qualquer outro profissional capacitado em qualquer face no momento da identificação da ocorrência EA.

No que concerne ao enfermeiro, este deve estar inserido no processo de cuidar, para que possa identificar lacunas que comprometem a segurança do paciente. O trabalho multiprofissional deve ser desempenhado, com vistas a uma assistência que preserve o paciente e que gere o máximo de excelência e qualidade nos serviços em questão, bem como, cada profissional envolvido deve estar envolvido e comprometido com o propósito de uma assistência segura, interando-se com a sua parcela de responsabilidade no processo de cuidado.

Quando falamos em educação, engloba-se nos dias atuais a educação continuada, sendo aquela realizada de um modo geral para toda a equipe que já conhece as rotinas e protocolos do serviço, mas que necessita ser lembrado ou quando há alguma mudança. O serviço de educação continuada deve ser atuante, contribuindo para melhoria técnica da equipe, visando não apenas o contexto que já encontra-se inserido, mas contemplar os dados epidemiológicos dos pacientes admitidos, que em face destes usufruem de aparelhos sofisticados, técnicas modernas e continuas. Ainda, os treinamentos devem visar não apenas os indicadores negativos, mais ser cooperador na tomada de decisão, positivar a experiência técnica, lembrar técnicas que deixam de ser executadas da forma correta por costumes adquiridos com o tempo. Quando diminuirmos os erros, garantimos o restabelecimento do paciente, bem estar físico e psíquico e satisfação por um trabalho executado dentro dos padrões da qualidade.

Referencias

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. ForWardProgram 2006-2007 [internet]. [acesso em 15 Maio 2015]. Disponível em: [HTTP://www.who.int/patient-safety/information_center/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.1pdf](http://www.who.int/patient-safety/information_center/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.1pdf)
2. Oliveira J. O uso de indicadores para avaliar a qualidade da assistência de Enfermagem na UTI. In: Viana R, Whitaker IY e Col. Enfermagem em Terapia Intensiva: praticas e vivencias. Porto Alegre: Artmed, 2001 Cap. 5, p.57-61.
3. Anvisa, Ministério da Saúde (BRASIL). Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss). Folder. Edição: Assessoria de Comunicação da Anvisa. Brasília, DF: Anvisa, 2004a
4. Pedreira MLG, Peterline MAS. Como garantir a segurança do paciente em UTI. In: Viana R, Whitaker IY e Col. Enfermagem em Terapia Intensiva: praticas e vivencias. Porto Alegre: Artmed, 2001 Cap.4, p.47-56.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para a sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento na saúde. Genebra, 1981.
6. Nogueira RP. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. [internet]. [acesso em 07 Setembro 2015]. Disponível em: <http://www.jcipatientsafety.org/>.
8. Organização Nacional de Acreditação. [internet]. [acesso em 07 Setembro 2015]. Disponível em: <http://www.ona.org.br/>.
9. Madureira CR, Veiga K, Sant'ana AFM. Managment of tecnology in intensive care units. Rev Latino-Am Enferm. 2000;8(6):68-75
10. Padilha KG. Considerações sobre a ocorrência de iatrogênias na assistência á saúde: dificuldade inerentes ao tema. EscEnferm USP 2001; 35(3): 90-28
11. Orlovsky C. nursing News. Critical care patients at risk for medical erros. 2005. [internet]. [acesso em 12 Agosto 2015]. Disponível em: http://www.nursezone.com/nursing-news-events/more-news/Critical-Care-Patients-at-Risk-for-Medical-Errors_26956.aspx
12. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture: prepared by westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: September 2004.

13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
14. Brasil. Instituto brasileiro de geógrafa e estatística. Perfil dos idosos. [internet] Brasília: IBGE 2008 disponível em: <http://www.ibge.org.br/home/presidente/noticias/25072002p-idosos.shtm>
15. Carvalho F. Fisiologia do envelhecimento. In: Neto PM. Gerontologia: velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002
16. Henessy D, Juzwishin K, Yergens D, et al. Outcomes of elderly survivors of intensive care: a review of the literature Chest. 2005;127:1764-74
17. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Rapid Assessment MethodosFor Estimating Hazards 2002 [internet]. [acesso em 9 Maio 2015] Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/activities/system/en/rapid_assessment_metho ds.pdf
18. Araujo CDR, Lucena STM, Santos JBC, Soares MJGO. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em ulcera por pressão. EscEnferm UERJ. 2010;18:64-359.
19. Blanes L, Duarte IS, Calil JÁ, Ferreira LM. Avaliação clinica e epidemiológica das ulceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. Rev. Ass. Med. Bras, v.50, n.2, p.182-187, 2004.
20. Marin HF, Bourie P, Safran C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. Ver Latino-AmEnferm. 2000;8:27-32
21. Decesaro MN, Padilha KG. Queda: comportamentos negativos de enfermagem e conseqüências para o paciente durante o período de internação em UTI. Arqcienc saúde. 2001; 5(2): 115-25.
22. Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Avaliação de riscos e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. RevLatino-Am Enferm. 2008; 16: 752-7.
23. Infusion Nurse Society. Policies and procedures for infusion nursing of the older adult. INS; 2004. 111p.
24. Riper S, Maynard N. Alimentar o doente em estado critico; nursing. 1993; 23-8
25. Planas M, Porta L, Masclans J, et al. Complicacionesgenerals de lanutricion enteral. Medintensive 1994. 18:410-15
26. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy of the Institute Of Medicine; 1999

27. Cassiani SHB, Miasso AI, Silva AEBC, Fakin FT, Oliveira RC. Aspectos gerais e números de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. Ver LatinoamEnferm. 2004;12(5):781-9
28. Oliveira ECN. O psicólogo na UTI: reflexões sobre saúde, vida e morte nossa de cada dia. PsicolCiencProf. 2002;22(2):30-41