

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

BEATRIZ BARBOSA DIAS
ISABELA CRISTINA DA SILVA
KATE WINSLET SIQUEIRA DOS SANTOS

**INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

GOIÂNIA

2020

BEATRIZ BARBOSA DIAS
ISABELA CRISTINA DA SILVA
KATE WINSLET SIQUEIRA DOS SANTOS

INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso III do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Promoção da saúde

Orientador: Prof. Dr. Adenicia Custódia Silva e Souza

Goiânia

2020

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nos conceder o dom do cuidado e fazer de nós instrumentos aqui na terra, fazendo a diferença na vida das pessoas em momentos tão difíceis. Aos nossos pais e demais familiares por acreditarem em nós durante toda nossa vida e principalmente em nossa caminhada universitária. Orgulhamos em dizer que os temos como família. A nós colegas e parceiras de estudos durante o período da universidade que sempre acreditamos que a Enfermagem é baseada em ciência e o seu impacto na vida dos pacientes e sempre nos fortificamos em todas decisões acadêmicas, é uma gratidão estamos juntas. Aos amigos que torceram e que estiveram presentes durante toda essa caminhada, vocês foram muito importantes. Obrigada pela compreensão quando não era possível encontramos. Esse ano vivemos um ano de pandemia não foi nada fácil, mas a caminhada se torna mais leve quando temos amigos e familiares que vibram pela nossa vitória. Agradecemos aos nossos namorados que em todos os momentos entenderam a dinâmica da nossa rotina e de forma humilde e tranquila se fizeram presentes durante esta última etapa e nos auxiliaram a enfrentar todas as nossas dificuldades, obrigada por serem tão parceiros e compreensivos. Agradecemos também, a Mestranda Cecília Maria Barbosa de Sousa por todas as contribuições durante a execução do trabalho, pelas orientações e treinamentos principalmente durante a coleta de dados. Aos nossos professores, queridos mestres que nunca deixaram de buscar conhecimento para nos atualizar nos fazer profissionais melhores. Em especial agradecemos nossa orientadora Prof. Dr. Adenícia Custodia Silva e Souza, obrigada por estar conosco com a Iniciação Científica e na construção do Trabalho de Conclusão de Curso e nos mostrar o empedramento do enfermeiro que detém o conhecimento. Agradecemos também aos pacientes que estiveram aos nossos cuidados, vocês foram fundamentais para o nosso crescimento profissional. Agradecemos também as unidades que nos acolheram no estágio extracurricular: Santa Casa de Misericórdia, Hospital Samaritano e Instituto de Neurologia de Goiânia. Aos nossos enfermeiros supervisores, amigos e todos os demais que participaram direta e indiretamente da nossa formação acadêmica, somos gratas a vocês. Obrigada.

“O fim determina o valor do esforço”

(Frases Judaicas)

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os incidentes e eventos adversos registrados em prontuários de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

Metodologia: Estudo retrospectivo, descritivo, de análise documental realizado em um hospital de médio porte da rede privada, no período de 2019 a 2020. Os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos pelas pesquisadoras no mês de novembro e registrados em uma planilha previamente elaborada. A análise foi realizada por estatística descritiva.

Resultados: Dos 221 prontuários analisados, 82 apresentaram registros de 175 incidentes e eventos adversos, com média de 2,13% eventos por pacientes. Os incidentes e eventos adversos mais frequentes foram lesão por pressão; infecção de trato urinário associado a sonda vesical de demora; procedimentos de intubação e/ou punção de cateter venoso central; intercorrências na inserção/remoção de cateteres e sondas; hipoglicemia e hiperglicemia relacionados a dieta ou uso de medicamentos e infecção relacionada a assistência em saúde, especialmente, as infecções de sítio cirúrgico e de corrente sanguínea. Os incidentes e eventos adversos ocorreram nos primeiros dias de internação, em pacientes do sexo masculino entre 60 e 89 anos de idade. Houve óbito de 24 destes pacientes.

Conclusão: Os incidentes e eventos adversos registrados são evitáveis e estavam relacionados a cuidados prestados pela equipe multiprofissional. Os resultados mostram indicadores que contribuem para a implementação de medidas de prevenção de danos.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Unidade Terapia Intensiva. Pessoal de Saúde. Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos.

ABSTRACT

Objective: To characterize incidents and adverse events recorded in the medical records of patients admitted to the Intensive Care Unit. **Methodology:** Retrospective, descriptive study of documentary analysis carried out in a medium-sized private hospital in the period from 2019 to 2020. Data were collected from electronic medical records by the researchers in November and recorded in a spreadsheet previously prepared. An analysis was performed using descriptive statistics. **Results:** Of the 221 medical records, 82 records of 175 incidents and adverse events, with an average of 2.13% events per patient. The most frequent incidents and adverse events were pressure injuries; urinary tract infection associated with delayed bladder catheter; intubation and / or central venous catheter puncture procedures; complications in the insertion / removal of catheters and probes; hypoglycemia and hyperglycemia related to diet or use of medications and infection related to health care, especially as changes in the surgical site and blood flow. The incidents and adverse events occurred in the first days of hospitalization, in male patients between 60 and 89 years of age. 24 of these patients died. **Conclusion:** The recorded incidents and adverse events are preventable and related to the care provided by the multidisciplinary team. The results show indicators that contribute to the implementation of damage prevention measures.

Key Words: Patient Safety. Intensive Care Units. Health Personnel. Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions.

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Perfil dos pacientes internados nas duas UTI que apresentaram Incidentes ou eventos adversos de Janeiro de 2019 a Janeiro de 2020 (n=82). Goiânia, Goiás, Brasil, 2020.....	20
Tabela 2: Incidentes e eventos adversos ocorridos em pacientes internados nas UTI Clínica e Cirúrgica de janeiro de 2019 a janeiro de 2020 (n=175). Goiânia, Goiás, Brasil, 2020	21
Tabela 3: Perfil dos óbitos de pacientes internados nas UTI Clínica e Cirúrgica que tiveram incidentes e eventos adversos no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020 (n=24). Goiânia, Goiás, Brasil, 2020.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Código de Endereçamento Postal
CVC	Cateter Venoso Central
CVD	Cateter Vesical de Demora
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EA	Evento Adversos
IHI	Institute of healthcare improvement (Instituto de melhorias de cuidado em saúde)
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISC	Infecção de Sítio Cirúrgico
ITU	Infecção do Trato Urinário
LPP	Lesão por Pressão
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAI	Pressão Arterial Invasiva
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
SNE	Sonda Nasoenteral
SVD	Sonda Vesical de Demora
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	OBJETIVO.....	13
3.	REVISÃO DE LITERATURA	14
4.	MATERIAL E MÉTODO.....	17
4.1.	Local do Estudo.....	17
4.2.	Delineamento do Estudo.....	17
4.3.	População e amostra	17
4.4.	Instrumento de Coleta de dados.....	18
4.5.	Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	19
5.	RESULTADOS.....	20
6.	DISCUSSÃO.....	24
7.	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS.....	32
	ANEXO I	43

1.INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece os eventos adversos (EA) e incidentes como importantes problemas de saúde pública, uma vez que sua ocorrência não diminuiu, como o esperado, apesar da implementação de estratégias recomendadas para a mitigação de EA (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

Neste contexto, cabe ressaltar que a produção de estudos voltados para a segurança do paciente, especialmente envolvendo os incidentes e EA, estão concentradas na sua maioria nos países desenvolvidos (BRASIL, 2014).

Dessa forma, reforça a necessidade de se ampliar o desenvolvimento e a difusão de pesquisas no Brasil que aborda a questão e suas implicações, a fim de repercutir na melhoria da qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2014).

As falhas ou danos assistenciais indesejáveis acometidos em pacientes hospitalizados durante a assistência à saúde são conhecidos como eventos adversos (EA). Assim, os EA são caracterizados por ocasionar complicações assistenciais indesejáveis, podendo levar ao dano temporário, permanente ou podendo levar como consequência a morte do indivíduo (MASCARENHAS *et al.*, 2017).

Os EA ocasionam o aumento do número de dias de internação hospitalar, uma vez que o mesmo traz custos e diminui a quantidade de leitos para outros paciente que necessitam de assistência hospitalar (DUTRA *et al.*, 2017).

Estudo mostra que os profissionais da área de saúde como enfermeiros têm o conhecimento e reconhece a ocorrência de EA na assistência de enfermagem. Apontam ainda que os EA podem trazer consequências e inconformidades causando danos aos pacientes e consequentemente comprometendo sua segurança (AOZANE *et al.*, 2016).

Em 2017, no Brasil, ocorreram 1.299.540 EA relacionados à assistência hospitalar, desses, estima-se que a mortalidade a eles associada foi de 235.127 brasileiros, evidenciando também os custos relacionados aos EA na saúde suplementar, que foram cerca de 10,61 bilhões de reais (COUTO *et al.*, 2018). Tais EA e incidentes são importantes indicadores da qualidade da

assistência, sendo dados essenciais para a identificação dos erros, prevenção e planejamento de uma assistência mais segura (NASCIMENTO *et al.* 2020).

A ocorrência de EA se dá por diversos motivos, destacando-se a desatenção no momento da realização do procedimento desejado e pelo descumprimento dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) já estabelecido pela unidade de saúde. Outros fatores como falta de capacitação, sobrecarga de trabalho, duplas jornadas, cansaço físico e emocional a qual os profissionais de saúde estão submetidos, podem influenciar na ocorrência dos EA (AOZANE *et al.*, 2016).

Os EA e incidentes refletem na qualidade do cuidado. Através destes é possível rastrear os problemas que os pacientes passam como forma resultante da exposição ao sistema de saúde, focando na segurança do paciente. Estima-se que os indicadores sejam avaliados sob a ótica da importância e relevância com o intuito de promover melhorias para o sistema de saúde em atuar perante os resultados registrados em prontuário (CLATT; ALMEIDA; SUSIN, 2020).

A padronização dos procedimentos em enfermagem, seja com manuais, protocolos, entre outros, é uma ferramenta gerencial primordial utilizada para melhorar a assistência, ajudando na tomada de decisões do profissional e possibilitando a correção de não-conformidades (SALES *et al.*, 2018). Quanto aos dispositivos que previnem conexão incorreta de sondas, cateteres e seringas, assim como equipos de cores diferentes de acordo com a finalidade, contribuem de forma efetiva, como uma barreira e um alerta aos profissionais para minimizar os riscos de EA ao paciente (MATSUBA; CIOSAK, 2017).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor de alta complexidade de manuseio e utilização de equipamentos hospitalares, pacientes instáveis hemodinamicamente e que demandam ação imediata, pelo risco iminente de morte. Os exames, procedimentos invasivos, propicia um espaço vulnerável para incidentes com a equipe e principalmente com os pacientes (LORDELO; GAMA, 2019).

O paciente internado na UTI está exposto a muitos riscos que são ocasionados na presença de dispositivos como drenos, permanência no leito,

infecção em bronco aspirações, risco de lesão, hemorragias que coloca em risco o estado hemodinâmico, queda, tubos e cateteres, agitação psicomotora, desequilíbrio, padrão respiratório ineficaz, uso de ventilador mecânico e uso de sedativos (LORDELO; GAMA, 2019).

Segundo Stellute et al. (2018) a UTI responde por 52,4% dos EA hospitalares indesejáveis. Assim os profissionais que prestam cuidados assistenciais na UTI são os principais mediadores para rastrear os fatores de risco, notificar a ocorrência de danos ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e executar plano de ação para oferecer qualidade assistencial e segurança ao paciente.

A partir desses riscos faz necessária uma atenção dos gestores de indagar o registro e utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem com o objetivo de implantar estratégias que visem a excelência do cuidado e proporcionar ao usuário um atendimento integral (LORDELO; GAMA, 2019).

Dada à importância de se conhecer sobre os registros de EA e incidentes nos prontuários da UTI em virtude do domínio da prevenção do mesmo, questiona-se: Qual a frequência e os tipos de incidentes e eventos adversos registrados em prontuários de pacientes internados em UTI?

Esse estudo justifica-se por apontar os registros de EA e incidentes em um estabelecimento de saúde. Os resultados podem desencadear uma discussão para a adoção de estratégias de prevenção repercutindo na melhora da qualidade da assistência multiprofissional prestada aos pacientes. Pode contribuir, ainda para a gestão hospitalar no sentido de reduzir custos com desperdícios de insumos e até mesmo de reinternações hospitalares.

Também, trará subsídios para o planejamento da educação permanente, e ainda contribuir para adoção de medidas que traduzam na certificação da qualidade dos cuidados.

2. OBJETIVO

Caracterizar os incidentes e eventos adversos registrados em prontuários de pacientes internados em Unidade de terapia Intensiva.

3. REVISÃO DA LITERATURA

As falhas nos processos da assistência hospitalar promovem a ocorrência de Eventos Adversos (EA) em consequência de incidentes. Os estabelecimentos de saúde exercem atividades complexas e críticas, em que expõe os pacientes aos riscos. Os EA resultam em dano ao paciente sujeitando-o a problemas no cuidar que refletem no distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal (DUARTE *et al.*, 2016).

A Segurança do Paciente compreende a redução do risco de danos ao paciente em serviços hospitalares. A ocorrência de incidentes relacionados à assistência de saúde afeta de 4% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (BRASIL, 2017).

A alta incidência de EA nas instituições hospitalares são oriundas do erro humano, que requer que os profissionais adotem normativas de registrar o dano, e rever as práticas assistenciais utilizadas, a fim de garantir a segurança do paciente (SILVA, 2010).

A avaliação retrospectiva das causas dos incidentes sem danos (evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde), dos eventos adversos (danos à saúde) e dos quase erros ou near miss (incidentes que ocorreram, mas não atingiram o paciente), encontrados em ficha de notificação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) são necessários para intervenções e uma prática segura (BRASIL, 2017).

Os incidentes estão relacionados à ausência de protocolos, horário próximo à passagem de plantão, condições que se encontra o ambiente hospitalar, conhecimento da equipe assistencial sobre EA, gestão de risco ineficaz, entre outros (BRASIL, 2017).

A falha de identificação de riscos existentes, leva à danos imediatos aos pacientes. Atentar para os riscos e estabelecer as recomendações de medidas corretivas é fundamental para prevenir e eliminar as falhas (BRASIL, 2017).

Os EA representam uma das principais causas de carência de recursos nos sistemas de saúde mundialmente. Nos Estados Unidos da América e na Nova Zelândia as iatrogenias são responsáveis por 30%, em âmbito global, dos custos com saúde (COUTO *et al.*, 2017).

Estudo realizado em um Hospital de Barcelona identificou o registro de 1287 relatos de EA durante um período de seis anos, dos quais 600 (50,8%) ocorreram na UTI neonatal, 15 (1,2%) impactam nos indicadores de mortalidade e 1282 (99,6%) foram classificados como evitáveis (RUIZ *et al*, 2015).

No Brasil, um estudo de coorte, formado por 355 pacientes admitidos na UTI de um hospital universitário, no período de agosto de 2011 a julho de 2012, demonstrou a ocorrência de 324 eventos adversos em 115 pacientes internados ao longo de um ano de seguimento (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

Esse mesmo estudo demonstrou uma taxa de incidência de 9,3 eventos adversos por 100 pacientes-dia e a ocorrência de 2,8 eventos adversos por paciente. O aumento do tempo médio de internação na UTI esteve vinculado a ocorrência dos EA. Os pacientes que sofreram EA apresentaram maior tempo de internação, quando comparados àqueles que não sofreram.

A detecção dos EA é o ponto crucial para atuar com vistas no aprimoramento da segurança na prestação de cuidados de saúde. Para isso, métodos como notificação de incidentes, revisão de processos, sistemas de notificação voluntária, observação, dentre outros recursos têm sido empregados a fim de identificá-los (PIERDEVARA *et al.*, 2016).

O Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) configura-se como um sistema informatizado de notificação em âmbito nacional, no qual corrobora para o gerenciamento de riscos (BRASIL, 2020).

A ocorrência de EA no ambiente hospitalar se torna cada vez mais frequente. Esses eventos, na maioria das vezes, não são notificados, e prejudica a implantação de medidas de proteção e estão relacionados a cultura punitiva da notificação (DUARTE *et al.*, 2015).

De acordo com Fonseca (2019) as principais causas das subnotificações de eventos adversos nos ambientes hospitalares são decorrentes de medo de punição (100%), vergonha (66%), culpa (46,6%), medo de ser demitido (40,0%), represálias (33,3%), sobrecarga de trabalho (33,3%), falta de conhecimento (20,0%), não saber como realizar a notificação (20,0%), esquecimento (20,0%). Esses fatores ocasionam o distanciamento da cultura de segurança do paciente na assistência hospitalar.

Nesse contexto, a cultura de segurança do paciente é um fator determinante para qualidade do cuidado e assegura um ambiente oportuno para segurança do paciente (FONCESA, 2019).

As subnotificações hospitalares de EA dificultam a identificação de indicadores e avaliações do cuidado seguro com aumento de incidentes. Esses eventos levam ao aumento nos dias de internação e prejuízos financeiros. A realização de notificação contribui para a diminuição de subnotificação e o fortalecimento da segurança do paciente (SANTOS *et al.*, 2017).

A gestão hospitalar deve incentivar os profissionais da saúde a realizar as notificações e desmistificar a cultura punitiva, além de implementar estratégias como educação permanente, implantação de protocolos, dentre outros (SANTOS *et al.*, 2017).

4.MATERIAL E MÉTODO

4.1. Local do Estudo

Este estudo foi realizado em um Hospital de médio porte da rede particular, localizado na Região Centro-Oeste do Brasil e, ainda não é acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O hospital funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana e oferece serviços de assistência clínica, cirúrgica, ambulatorial e de urgência e emergência. Destaca-se por oferecer mais de 30 especialidades médicas, com mais de 200 médicos e cerca de 300 colaboradores diretos, além dos colaboradores indiretos, distribuídos nos turnos matutino, vespertino e noturno.

No setor de internação, o hospital apresenta aproximadamente 90 leitos, divididos em apartamentos, enfermarias e duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sendo uma de tratamento clínico e a outra cirúrgica. O hospital participante do estudo é campo de prática de acadêmicos de graduação dos cursos de Enfermagem e Fisioterapia.

A UTI é composta por duas unidades uma cirúrgica e uma clínica ambas com 12 leitos. Os profissionais que compõe a equipe das duas UTI são representado por 42 técnicos de enfermagem, sendo 21 para em cada UTI, 08 enfermeiro, fisioterapeuta e médicos para as duas UTI. Os profissionais são distribuídos por plantões, sendo diurno e noturno.

4.2. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, de natureza descritiva, e abordagem quantitativa, englobando análise documental de dados secundários provenientes dos prontuários eletrônicos de pacientes internados em UTI.

4.3. População e amostra do estudo

O estudo compreendeu a identificação dos incidentes e eventos adversos relacionados a assistência de pacientes que estiveram internados na UTI, registrados nos prontuários eletrônicos. Foram identificados 1636 prontuários de pacientes atendidos no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020, por se tratar do momento em que houve implantação de prontuários eletrônicos no hospital.

A população do estudo foi composta por todos os prontuários que apresentaram registros de procedimentos realizados que levaram a incidentes e eventos adversos oriundos da assistência aos pacientes, internados nas Unidade de Terapia Intensiva (UTI), clínica e cirúrgica.

A amostra foi constituída de 221 prontuários, calculada a partir do número total de prontuários no ano com erro amostral de 5% e taxa de confiança de 95%. Essa amostragem foi aleatória, por sorteio, utilizando programa Excel da Microsoft.

Foram incluídos os prontuários eletrônicos da última internação do paciente na UTI clínica ou cirúrgica que apresentavam procedimentos realizados por todos os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes no hospital, sendo médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

Foram excluídos os prontuários nos quais os registros de procedimentos e ou incidentes apresentaram informações incompletas ou que não estavam relacionados à assistência ao paciente e os prontuários referentes a pacientes com tempo de internação inferior a 24 horas.

4.4. Instrumento de Coleta de dados

O instrumento para coleta de dados dos prontuários eletrônicos foi adaptado para uso em pacientes de UTI a partir do *Trigger tool*, desenvolvido pelo Institute of Healthcare improvement (IHI), (GRIFFIN; RESAR, 2009). O instrumento, constou de indicadores referenciados no *Trigger tool*: intubação, procedimentos venosos/arteriais, distúrbios hemodinâmicos, distúrbio metabólico, lesão por pressão, erro de medicação, bronco aspiração, identificação do paciente, quedas, sonda vesical de demora (SVD), sonda naso enteral (SNE) e drenos.

Com base nesta ferramenta foi possível a elaboração de um instrumento com possibilidade de identificação dos incidentes e eventos adversos. O instrumento foi avaliado quanto a objetividade, pertinência e clareza das questões e apreciado por três especialistas na temática.

A coleta dos dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2020, após a seleção da amostra e disponibilização pelo hospital em três computadores da sala de estudo. Por meio do Login e senha da pesquisadora, coordenadora do estudo temático e colaboradora do hospital, foi feito o acesso aos prontuários. Os dados foram coletados por quatro pesquisadoras, devidamente capacitadas para esta coleta. Cada prontuário foi revisado em sua totalidade e os dados referentes ao período de internação na UTI foram coletados e registrados no instrumento impresso, sendo um para cada prontuário. Os dados foram coletados em 10 dias, com uma média de 20 prontuários por dia.

Após a coleta, os dados foram inseridos no Programa *Excel* da *Microsoft*, para a organização e análise utilizando estatística descritiva, frequência e porcentagens.

4.5. Aspectos éticos e legais da Pesquisa

Esse estudo está inserido em um projeto temático: A segurança do paciente, um enfoque na formação e no cuidado. Que foi aprovado pelo CEP da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GOIÁS) sob nº 1822751 e observou todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo Seres Humanos conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

4. RESULTADOS

Foram analisados 221 prontuários. Destes, 82 apresentaram registros de Incidentes e eventos adversos. Entretanto, foi encontrado o registro de 175 incidentes e eventos adversos, porque alguns prontuários tinham registro de mais de uma ocorrência. Houve uma média de 2,13% de eventos por pacientes.

Os incidentes e eventos adversos ocorreram com maior frequência nos pacientes acima de 60 anos (Tab.1)

Tabela 1. Perfil dos pacientes internados nas duas UTI que apresentaram Incidentes ou eventos adversos de Janeiro de 2019 a Janeiro de 2020 (n=82). Goiânia, Goiás, Brasil, 2020.

Perfil	N	%
Unidade		
UTI Cirúrgica	43	52,4
UTI Clínica	39	47,6
Sexo		
Masculino	44	53,7
Feminino	38	46,3
Idade		
20 – 29	2	2,4
30 – 39	2	2,4
40 – 49	3	3,7
50 – 59	12	14,6
60 – 69	13	15,9
70 – 79	18	22,0
>80 anos	32	39,1
Tempo de internação		
1 a 5 dias	38	46,3
6 a 10 dias	26	31,7
11 a 15 dias	7	8,5
16 a 20 dias	5	6,1
21 a 30 dias	6	3,7
Acima de 30 dias	3	3,7
Tratamento		
Clínico	60	73,2
Cirúrgico	22	26,8
Motivo da saída		
Alta	53	64,6
Óbito	24	29,3
Transferência	5	6,1

Autoria Própria (2020).

Os incidentes e EA em sua maioria estavam relacionadas a cuidados desenvolvidos pela equipe multiprofissional (Tab. 2).

Tabela 2. Incidentes e eventos adversos ocorridos em pacientes internados nas UTI Clínica e Cirúrgica de janeiro de 2019 a janeiro de 2020 (n=175). Goiânia, Goiás, Brasil, 2020

Incidente/evento adverso	n	%
Intercorrências na inserção/remoção de cateteres e sondas	21	12,0
Lesão por Pressão	18	10,3
Hipoglicemia por dieta zero/ uso insulina	17	9,7
Hiperglicemia pelo uso de Med/dieta enteral	12	9,1
Intercorrências durante/ após procedim. intubação/punções	13	7,4
Tração acidental de sondas/drenos/acesso venoso periférico	12	6,9
Infecção de corrente sanguínea	11	6,3
ITU relacionado a SVD	9	5,1
Hipotensão/hipertensão por medicamentos	8	4,6
Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica	8	4,6
Sangramento não esperado após procedimento cirúrgico	8	4,6
Obstrução de sondas e cateteres	7	4,0
Infecção de Sítio Cirúrgico	6	3,4
Perda de tubos e cateteres	6	3,4
Readmissão em UTI em tempo <24 horas	6	3,4
Bronco aspiração	5	2,9
Medicamento dispensado errado	1	0,6
Reação medicamentosa	1	0,6
Reintubação com tempo menor que 24 horas	1	0,6
Sangramento pelo uso de anticoagulante	1	0,6
Total de ocorrências	175	100

Autoria Própria (2020)

Os eventos adversos mais recorrentes foram as lesões por pressão. Sendo que destas, três ocorreram em mucosa. A hipoglicemia por dieta zero ocorreu em 13 pacientes (7,43%) e pelo uso de insulina em quatro (2,29%). A administração de medicamentos levou a hipertensão e hipotensão em quatro pacientes respectivamente. As trações acidentais ocorreram mais com o acesso venoso periférico e as intercorrências durante a inserção de sondas e cateteres foram por sangramento.

As perdas de dispositivos médico-hospitalar se deram por extubação não planejada e perda de cateter de pressão arterial invasiva, cateter venoso central e sonda vesical de demora. As obstruções ocorreram em sonda nasoentérica, cateter de pressão arterial invasiva, sonda vesical de demora e cateter orotraqueal por rolhas.

Nas intercorrências durante ou após procedimentos de intubação/punções destacou-se o sangramento traqueal, mas também

ocorreram choque do tipo hipovolêmico, edema de Glote e acidente durante a punção arterial e de líquido.

As infecções por topografia foram eventos adversos encontrados frequentemente em decorrência da atuação da equipe multiprofissional. Nas Infecção de corrente sanguínea foram identificados a presença de sinais flogísticos em quatro pacientes e flebite em sete.

Dos pacientes que tiveram incidentes e EA, 24 foram a óbito e tinham em sua maioria mais de 80 anos e um tempo de internação de um a 10 dias (Tab. 3). Neste estudo não foi possível afirmar se os óbitos foram decorrentes dos eventos adversos.

Tabela 3. Perfil dos óbitos de pacientes internados nas UTI Clínica e Cirúrgica que tiveram incidentes e eventos adversos no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020 (n=24). Goiânia, Goiás, Brasil, 2020

Perfil dos óbitos	n	%
Unidade		
UTI Cirúrgica	13	54,2
UTI Clínica	11	45,8
Tratamento		
Clínico	20	83,3
Cirúrgico	4	16,7
Sexo		
Masculino	13	54,2
Feminino	11	45,8
Idade		
40 – 49	1	4,2
50 – 59	3	12,5
60 – 69	4	16,7
70 – 79	4	16,7
80 – 89	7	29,2
90 – 99	5	20,8
Dias de internação		
1 a 5 dias	7	29,2
6 a 10 dias	11	45,8
11 a 15 dias	3	12,5
16 a 20 dias	1	4,2
21 a 30 dias	1	4,2
Acima de 30 dias	1	4,2
Causa dos óbitos		
Parada cardiorrespiratória não especificada	14	58,3
Choque séptico	3	12,5
Pneumonia bronco aspirativa	2	8,3

Insuficiência Respiratória Aguda	2	8,3
Sepse urinária	1	4,2
Morte encefálica	1	4,2
Bradycardia	1	4,2

Autoria Própria (2020).

5. DISCUSSÃO

Dos 221 prontuários analisados, foram identificados 82 incidentes e EA. A faixa etária com maior prevalência dos agravos corresponde de 60 a 89 anos e no sexo masculino (53,7%).

É importante ressaltar que a população idosa é um grupo vulnerável e que apresenta grande dependência de cuidados, por fatores vinculados ao processo de envelhecimento e ao aparecimento de comorbidades. Pacientes com essa faixa etária também apresentaram maior índice de ocorrência de incidente e eventos adversos durante a internação em UTI (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018; TOFFOLETTO et al., 2016).

Ha uma predominância na ocorrência de incidentes e EA no sexo masculino em 65% dos casos (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018), visto que o sexo masculino por fatores culturais não tem a rotina de buscar atendimento hospitalar e quando procuram o serviço de saúde na maioria das vezes apresenta estado grave de saúde.

Os incidentes e eventos adversos ocorreram em um tempo de internação que variou entre um a 10 dias. Esse tempo de internação em UTI para a ocorrência de incidente e evento adverso também foi relatado em outro estudo (TOFFOLETTO *et al.* 2016).

Quanto a distribuição dos profissionais de enfermagem na UTI estuda, a mesmo apresentou 42 técnicos de enfermagem, sendo 21 para em cada UTI e 08 enfermeiro para as duas UTI, sendo alocado por plantões diurno e noturno.

Por ser a UTI um ambiente que abarca pacientes de cuidados intensivos, torna-se imprescindível um dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem que atenda as demandas apresentadas pelos pacientes, de forma que não haja uma sobrecarga dos profissionais deste setor (SILVA, 2019).

Assevera-se que a utilização de instrumentos mais completos e de fácil aplicação, que levem em pauta as singularidades dos pacientes e dos cuidados prestados possa auxiliar na distribuição do quadro de profissionais de enfermagem e que reflita as reais necessidades apresentadas neste cenário (SILVA, 2019).

Lesão por pressão foi um dos eventos adversos que ocorreu com maior frequência na UTI. Os mecanismos de suporte à vida como a ventilação mecânica, sedação contínua, drogas vasoativas, monitorização e diversos tipos de dispositivos como cateteres, drenos e sondas exigem cuidados intensivos e expõe estes pacientes a alterações no processo de manutenção da integridade da pele, favorecendo ao desenvolvimento de lesão por pressão (LPP) (OTTO *et al.*, 2019).

Lesão por pressão, como causa externa, corresponde à segunda maior causa de morbidade hospitalar em homens (BRASIL, 2016). Está relacionada a fatores etiológicos, tais como: cardiopatias, DPOC, sepse com foco pulmonar, AVC, e risco de morte iminente (BORGHARDT *et al.*, 2016).

Os pacientes em estado crítico que apresentam média de balanço hídrico positivo têm mais risco para ocorrência de LPP, sendo associado o edema com a presença de LPP (OTTO *et al.*, 2019).

Durante a internação na UTI, existem situações que comprometem a perfusão tissular da pele, como: redução da pressão sanguínea decorrente de alterações cardiovasculares, uso de fármacos e instabilidade hemodinâmica (CAMPANILI *et al.*, 2015). Dentre essas situações o paciente sofre com as alterações do fluxo sanguíneo para a área que está sobre pressão ou cisalhamento, comprometendo a oxigenação e a nutrição dos tecidos no local, podendo levar ao desenvolvimento de isquemia, hipóxia, edema e necrose tecidual (LOUDET *et al.*, 2017).

Apesar de todos esses fatores que predispõem o aparecimento de LPP, na maioria das vezes, elas surgem pela falta de cuidado da enfermagem. A equipe de enfermagem deve estar vigilante desde a entrada do paciente na UTI para planejar, avaliar e implementar as medidas de prevenção. O uso de instrumentos como a Escala de Braden é um aliado importante para o planejamento das ações que favorecem a minimização de problemas futuros das LPP (OTTO *et al.*, 2019). A mudança de decúbito é a principal medida para prevenir a LPP e constitui um cuidado de enfermagem (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Por ser a UTI um ambiente que abarca pacientes de cuidados intensivos, torna-se imprescindível um dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem que atenda as demandas apresentadas pelos pacientes, de forma que não haja uma sobrecarga dos profissionais deste setor. Assevera-se que a utilização de instrumentos mais completos e de fácil aplicação, que levem em pauta as singularidades dos pacientes e dos cuidados prestados possa auxiliar na distribuição do quadro de profissionais de enfermagem e que reflita as reais necessidades apresentadas pelos pacientes (SILVA *et al.*, 2019).

Outro evento adverso diretamente relacionado com a assistência de enfermagem, é a Infecção de Trato Urinário (ITU) associado a sonda vesical de demora. Na maioria das vezes, é o enfermeiro quem faz a inserção e o manuseio e cuidado, durante a permanência da sonda, está sob a responsabilidade da equipe de enfermagem.

A inserção do cateter urinário, por si, já representa um risco de infecção e a isso se associa a inobservância da técnica asséptica durante o procedimento e manuseio, especialmente relacionado a higienização das mãos dos profissionais e da higienização íntima do paciente (KEULEN *et al.*, 2017)

No cateterismo vesical de demora (CVD) os riscos para infecção são maiores e mais significativos após 72 horas de sua permanência, por aumentar a lesão tecidual uretral. Não há um tempo recomendado para a sua troca, mas deve haver uma avaliação contínua, para identificar essa necessidade e/ou fazer a sua retirada o mais rápido possível (ARRAIS; OLIVEIRA; SOUSA, 2017). Os cuidados de enfermagem ao paciente com CVD são fundamentais na prevenção das infecções e perpassa pela higienização das mãos sempre ao manusear esse cateter ou eliminar o conteúdo da bolsa de drenagem, a manutenção da perviedade da sonda e a vigilância de sinais precoce de infecção.

Apesar dos erros de medicação estarem entre os incidentes de maior prevalência no mundo (FIGUEIREDO *et al.*, 2018; WHO, 2017), este estudo mostra apenas um incidente relacionado a erro de medicação. Consideramos que isso não corresponde à realidade e que por inúmeras razões, deve haver omissão de registros desses erros no prontuário. Os motivos para essa omissão são escassez de informação, sobrecarga de trabalho, medo e desmotivação

profissional (MASCARENHAS *et al.*, 2017). Esse não registro dificulta a identificação do problema e a adoção de medidas para a sua correção.

A assistência do paciente em UTI exige a realização de vários procedimentos invasivos com uso de diferentes dispositivos e, quase sempre em situações emergenciais. Em todas as situações deve-se primar pela qualidade. Entretanto, em situações de parada cardiorrespiratória e na necessidade do procedimento de intubação, nem sempre é possível observar a rigorosidade da técnica (BECCARIA *et al.*, 2009). Este estudo mostra 13 (7,4%) eventos adversos relacionados a procedimentos de intubação e/ou punção de cateter venoso central, tanto durante a sua realização quanto após. Destaca-se que são procedimentos invasivos realizados exclusivamente por médicos (HERVÉ, 2019) porem posteriormente aos cuidados da equipe multiprofissional para sua manutenção, em especial a equipe de enfermagem a qual permanece o maior tempo prestando assistência ao paciente.

O acesso venoso central é muito utilizado na UTI, tanto para uso terapêutico, quanto para monitorização hemodinâmica e em um tempo que deve ser inferior a três semanas (ZERATI *et al.*, 2017). A avaliação do cateter começa pela checagem da punção com uma radiografia simples de tórax para avaliar o posicionamento, presença de pinçamento ou mesmo angulação que impeçam um fluxo adequado (ZERATI *et al.*, 2017).

A maioria dos incidentes e eventos adversos está relacionada a cuidados da equipe multiprofissional, dentre eles os mais frequentes foram as intercorrências na inserção/remoção de cateteres e sondas 21 (12,0%). Essas intercorrências podem ter origem em alterações anatômicas, mas também podem ocorrer por desatenção ou descumprimento de protocolos padronizados para a inserção ou remoção.

Estes EA podem variar de leve a grave e vão desde a potencial Síndrome da Sonda Enteral, na qual ocorrem lesões da mucosa laríngea e paralisia das pregas vocais, laceração esofágica em consequência de remoção da sonda emaranhada em si mesma, perfuração gástrica, pneumotórax hipertensivo, queimadura de segundo grau por refluxo do suco gástrico, entre outros (ANZILIERO *et al.*, 2019), até a Pneumonia Bronco aspirativa devido a

localização incorreta da Sonda Nasogástrica ou ao refluxo de conteúdo gástrico pela posição esofágica da ponta distal da sonda (ANZILIERO; BEGHETTO, 2018).

Os dados deste estudo mostram 16 eventos adversos (9,1%) por hiperglicemia pelo uso de medicamentos ou dieta enteral. Os distúrbios endócrinos como a hiperglicemia ocorre com frequência em UTI devido ao estresse fisiológico e isso eleva o risco de complicações relacionadas ao sistema inflamatório, pelo tempo de internação e índice de mortalidade. Assim, os ajustes realizados nas infusões de insulina, devem ser fundamentados nas aferições glicêmicas e, é importante que o enfermeiro conheça o algoritmo usado para estas aferições para minimizar as aplicações inadequadas (GRANADEIRO *et al.*, 2020). Contudo, pacientes críticos em uso de drogas vasoativas para hemodinâmica poderão diminuir a perfusão periférica acarretando resultados incorretos na aferição da glicemia (PAIXÃO *et al.*, 2014).

Na concentração da nutrição parenteral deve ter toda reposição de eletrólitos a ser feita em paralelo com a alimentação, o que garante maior adequação para a reposição dos parâmetros hemostáticos e da taxa glicêmica. A infusão deverá ser adequadamente em 24 horas, sendo que, a cada vez mais existe uma preocupação com a síndrome de realimentação e a manutenção da homeostase plasmática em relação aos eletrólitos (BOOT; KOEKKOEK; ZANTEN, 2018).

A hipoglicemia seja por dieta zero ou pelo uso de insulina, também foram eventos adversos registrados 17 vezes (9,7) no período avaliado. O inadequado suporte nutricional é um fator de risco para a hipoglicemia, limitando a produção de glicose ou acelerando a sua utilização. O controle glicêmico é direcionado pelo descontrole ou mau controle nutricional (BRINATI, 2018). Pacientes com redução de ingestão oral, vômito, diminuição ou interrupção da dieta enteral ou parenteral desenvolve risco para hipoglicemia. Dessa forma, é primordial o controle do peso, do estado nutricional e a aferição frequente da taxa de glicose dos pacientes em dieta enteral ou parenteral contínua, para prevenir a variação glicêmica (PAIXÃO *et al.*, 2014).

Destaca-se que o conhecimento das patologias de base dos pacientes e a vigilante avaliação da terapêutica e suas respostas é de responsabilidade de toda a equipe intensivista e de vital importância para a prevenção de agravos.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) também foram eventos adversos registrados nos prontuários com destaque para as Infecção de corrente sanguínea (ICS) com uma frequência de 11 (6,3%) e, todas relacionadas ao uso de cateteres.

Dentre os fatores de risco para a infecção de corrente sanguínea relacionado ao acesso vascular destaca-se a localização do acesso, o tipo de solução infundida, experiência do profissional que realiza a sua inserção, manutenção e retirada e o seu tempo de permanência do cateter. Esses fatores compõem os pontos estratégicos para ações preventivas dessas infecções (MESIANO; MERCHÁN-HAMANN, 2007).

Embora, as infecções de sítio cirúrgico (ISC) sejam consideradas de alta frequência, respondem por milhares de óbitos anualmente e apresentam maior custo financeiro (BRASIL, 2017) se mostrou pouco frequente neste estudo, provavelmente, porque a maioria dos pacientes submetidos a cirurgias não necessitam de recuperação em UTI.

Independente da topografia, as IRAS são eventos adversos que podem e devem ser evitados e exige atenção de toda a equipe, em especial quanto a higienização das mãos.

Chama atenção neste estudo a tração acidental de sondas, drenos e acesso venoso periférico 12 (6,9%) que normalmente ocorrem por descuido profissional durante a realização de cuidados ou mesmo são tracionados pelo próprio paciente, na tentativa de se livrarem deles. O cuidado na fixação e prevenção de tração desses dispositivos é fundamental para evitar infecção e complicações para o paciente (SOARES *et al.*, 2020).

O evento adverso bronco aspiração foi registrado apenas cinco vezes (2,9%), frequência menor do que a encontrada em UTI geral de um hospital privado no sul do Brasil (PRÉCOMA; CAUDURO, 2015). O risco de bronco aspiração é maior em pacientes que necessitam de cuidados intensivos (ALMEIDA *et al.*, 2016) e isso representa um alerta para a sua prevenção por

meio do adequado posicionamento do paciente no leito (PRÉCOMA; CAUDURO, 2015).

A bronco aspiração contribui para o desenvolvimento de pneumonia que em pacientes de mais idade pode levar a óbito. Dentre os pacientes que tiveram incidentes e eventos adversos na UTI, 29,3% foram a óbito e, embora não conseguimos relacionar se os óbitos foram decorrentes dos eventos adversos, ao menos dois deles (8,3%) ocorreram por pneumonia bronco aspirativa.

Outros estudos mostram taxas altas de óbitos em pacientes que tiveram algum tipo de EA (38,3%) (TOFFOLETTO *et al.* 2016) e (21,6%) (MAIA *et al.* 2018), respectivamente.

Os óbitos em pacientes que tiveram eventos adversos ocorreram mais em homens (54,2%), com idade de 80 anos acima, por parada cardiorrespiratória (58,3) com tempo de internação de 01 a 10 dias. Dados semelhantes foram encontrados em estudo nacional por Maia *et al.* (2018).

Diante dos dados encontrados neste estudo, consideramos que muitos dos incidentes e eventos adversos, não foram registrados no prontuário revelando que há subnotificação, mas outros estudos precisam ser realizados para confirmar essa hipótese.

Os incidentes e EA registrados podem, em sua maioria, ser prevenidos e os dados encontrados representam indicadores importantes para direcionar planejamento e ações de prevenção. Estão relacionados a cuidados implementados pela equipe multiprofissional e, esta deve unir esforços no sentido de qualificar a assistência para garantir a segurança do paciente

7. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que os incidentes e EA ocorrem nos primeiros dias de internação, com maior frequência em pacientes do sexo masculino com faixa etária de 60 a 89 anos. Os incidentes e EA mais frequentes estiveram relacionados a lesão por pressão; ITU associado a SVD; procedimentos de intubação e/ou punção de cateter venoso central; intercorrências na inserção/remoção de cateteres e sondas; hipoglicemia e hiperglicemia relacionados a dieta ou uso de medicamentos e IRAS, especialmente, as infecções de sítio cirúrgico e de corrente sanguínea.

Dos pacientes que tiveram registros de incidentes e eventos adversos, 24 foram a óbitos, provavelmente alguns com relação direta a esses eventos adversos.

Uma parte expressiva dos EA registrados nos prontuários analisados são evitáveis e estão relacionados a cuidados prestados não apenas pela equipe de enfermagem, mas também por toda a equipe multiprofissional e a sua análise mostra a importância dos registros e traz indicadores que contribuem para a implementação de medidas de prevenção de danos.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, A. E. M. *et al.* Prevalência de risco moderado e alto de aspiração em pacientes hospitalizados e custo-efetividade da aplicação de protocolo preventivo. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 216-220, 2016. DOI: 10.21115/JBES.v8.n3.p216-220. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Hermano_Rocha/publication/313812934_Prevalencia_de_risco_moderado_e_alto_de_aspiracao_em_pacientes_hospitalizados_e_custo-efetividade_da_aplicacao_de_protocolo_preventivo/links/58b1c17845851503be9b115e/Prevalencia-de-risco-moderado-e-alto-de-aspiracao-em-pacientes-hospitalizados-e-custo-efetividade-da-aplicacao-de-protocolo-preventivo.pdf. Acesso em: 08. abr. 2020.

ANZILIERO, F. *et al.* EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À SONDA ENTERAL: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2019. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8a7c/7bee4d5b6d31a91cad48439b5cb445886188.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020

ANZILIERO, F.; BEGHETTO, M.G. Incidents and adverse events in enteral feeding tube users: warnings based on a cohort study. **Nutrição Hospitalar**. v. 35, n. 2, p. 64-259, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/178185> DOI: 10.20960/nh.1440 Acesso em: 25 nov. 2020

ARRAIS, E. L. M.; OLIVEIRA, M. L. C.; SOUSA, I. D. B. Prevenção de infecção urinária: indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em idosos. **Revista Enfermagem UFPE**. v.11, n. 8, p. 7- 3151, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110221/22137> Acesso em: 24 nov. 2020

AOZANE, F. *et al.* PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PRIVADO SOBRE EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 2, p. 379-86, 2016. DOI: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201601. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10967/12295>. Acesso em: 07 abr. 2020.

BARBOSA, P. S.; SOUSA, P.P.F. **Atuação do enfermeiro na prevenção de infecção do trato urinário (itu) em paciente internado na uti relacionado ao cateterismo vesical de demora**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Faculdade de Enfermagem, 2019. Disponível em:

<https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/295>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BOOT, R.; KOEKKOEK, K.; ZANTEN, A.R.H.V. Refeeding syndrome: relevance for the critically ill patient. **Current opinion in critical care**, v. 24, n. 4, p. 235-240, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/co-criticalcare/Abstract/2018/08000/Refeeding_syndrome_relevance_for_the_critically.4.aspx Acesso em: 08 dez. 2020

BORGHARDT, A.T. *et al.* Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 7- 460, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0460.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020

BOULLATA, J.I. *et al.* ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 41, n. 1, p. 15-103, 2017. DOI: 10.1177/0148607116673053. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607116673053>. Acesso em: 25 nov. 2020

BECCARIA, L. M. *et al.* Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3>. Acesso em: 25 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-5>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, De 12 de Dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7++Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>. Acesso em: 28 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA No 05/2019. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2019-gvims-ggtes-anvisa>. Acesso em: 18 nov. 2020.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Notificações em Vigilância Sanitária**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/notivisa>. Acesso em: 27 mai. de 2020.

BRANDÃO, M. G. S. A; BRITO, O. D; BARROS, L. M. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/84>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRINATI, L.M. *et al.* **Fatores de risco associados à glicemia instável em pacientes críticos**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883326>. Acesso em: 25 nov. 2020

CAMPANILI, T.C.G. F. *et al.* Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 4, p. 7-14, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700007. Acesso em: 24 nov. 2020

CLATT, F. C.; ALMEIDA, B. R.; SUSIN, A. C. Eventos adversos relacionados a medicações em terapia intensiva adulto: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e646974402-e646974402, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4402> DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4402>. Acesso em: 19 nov. 2020.

COUTO, R.C. *et al.* **Anuário da segurança assistencial hospitalar no**

Brasil. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IES). Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144-54, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672015000100144 Acesso em: 29 mai. 2020.

DUARTE, S.C. M. *et al.* Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Cogitare enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1-8, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sabrina_Duarte2/publication/306296458_CHARACTERIZACAO_DE_ERROS_NA_ASSISTENCIA_DE_ENFERMAGEM_EM_TERAPIA_INTENSIVA/links/5be33f9e92851c6b27aedf68/CARACTERIZACAO-DE-ERROS-NA-ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-EM-TERAPIA-INTENSIVA.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020.

DUTRA, D.D. *et al.* Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico. Adverse events in Intensive Care Units: bibliometric study. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n.3, p. 669-675, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5522> Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/5522-32805-1-PB.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

FIGUEIREDO M.L.; OLIVEIRA, C.S.O.; BRITO M.F.S.F.; D'INNOCENZO, M. Analysis of incidents notified in a general hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 111-119, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574> Acesso em: 27 nov. 2020

FURINI, A.C.A; NUNES, A.A; DALLORA, M.E.L.V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. SPE, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180317.pdf> Acesso em: 08 abr. 2020.

FONSECA, P. N. O. ; SANTOS T. R. S. **Causas de subnotificação de eventos adversos por profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso - Bacharelado em enfermagem pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac, Brasília, 2019. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/319/1/Thiago_Santos_0001843_Priscila_Fonseca_0001837.pdf. Acesso em: 29 mai. 2020.

GADELHA, G. O. *et al.* Fatores de risco para óbito em pacientes com eventos adversos não infecciosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692018000100326&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2020.

GRANADEIRO, R.M.A. *et al.* Hipoglicemia durante a infusão contínua de insulina na Unidade de Terapia Intensiva. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e163996748-e163996748, 2020. Disponível em: <https://www.rsjournal.org/index.php/rsd/article/view/6748> Acesso em: 25 nov. 2020.

GRIFFIN, F.A; RESAR, R.K. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. **Institute for Healthcare Improvement**. Cambridge, MA, 2009. Disponível em: www.IHI.org Acesso em: 09 jan. 2020.

GÖTTEMS, L.B.D. *et al.* Estudio de los casos notificados como incidentes en un hospital público de 2011 a 2014. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 861-867, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000500861&script=sci_abstract&tlng=es Acesso em: 25 nov. 2020.

HERVÉ, M.E.W. **Associação da transição do cuidado com eventos adversos após a alta de um centro de terapia intensiva.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/201308> Acesso em: 25 nov. 2020.

LORDELO, M.V.; GAMA, G.G.G. Segurança do paciente: notificação de incidentes na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 1, p. 33-40, 2019. Disponível em: Acesso em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2076> DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i1.2076> Acesso em: 18 nov. 2020.

LOUDET, C.I. *et al.* Diminuição das úlceras por pressão em pacientes com ventilação mecânica aguda prolongada: um estudo quase experimental. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 29, n. 1, p. 39-46, 2017 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n1/0103-507X-rbti-29-01-0039.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020

MAIA, C. S. *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. 217-320, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2018.v27n2/e2017320/pt>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MASCARENHAS, F.A.S. *et al.* **Notificação de eventos adversos em saúde e queixas técnicas: construção de infográfico animado educacional**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188755> . Acesso em: 08 abr. 2020.

MATSUBA, C. S. T.; CIOSAK, S. I. Movimento pela segurança na terapia nutricional enteral: o que há de novo com os dispositivos? **BRASPEN JOURNAL**, v. 32, n. 2, p. 175-182, 2017. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/08/15-AA-Movimento-pela-seguran%C3%A7a.pdf> Acesso em: 18 nov. 2020

MAKEHAM, M. *et al.* **Methods and measures used in primary care patient safety research**. Geneva: World Health Organization, p. 01-49, 2008. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_ful.pdf?ua=1 Acesso em: 08 abr. 2020.

MAZZO, A. *et al.* Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 333-339, 2011. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/510/448> Acesso em: 24 nov. 2020.

MESIANO, E.R.A.B; MERCHÁN-HAMANN, E. Infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 453-459, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300014>. Acesso em: 02 dez. 2020.

MENDES, W. *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013001425> Acesso em: 24 nov. 2020.

MENDONÇA, P.K *et al.* Prevenção de Lesão por Pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e4610017.pdf> Acesso em: 08 Dez 2020.

MIRA, J.J. *et al.* Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría**, v. 52, n. 2, p. 67-77, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752013000200003&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 18 nov. 2020

MORAES, S. M. **Avaliação da confiabilidade da ferramenta global trigger tool do institute for healthcare improvement para estimativa da ocorrência de eventos adversos em pacientes adultos internados em um hospital público de belo horizonte.**2018. Dissertação (Mestrado Ciência Aplicada à Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/user/Downloads/disserta__o_sara_final%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/disserta__o_sara_final%20(1).pdf). Acesso em: 09 jan. 2020.

MOREIRA, I. A. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 23. n. 4. p. 461- 467, 2015. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/15683> Acesso: 08 abr. 2019.

MOURA, M.L.O; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 523-535, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2012.v15n3/523-535/pt> Acesso em: 24. Nov. 2020.

NASCIMENTO, K. M. B. *et al.* Predisposição à eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. 3 - 20, 2020. Disponível em: Acesso em: <https://www.rsjournal.org/index.php/rsd/article/view/6627> DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6627> 18 nov. 2020.

OLIVEIRA, C.O.P. **Segurança do paciente em terapia intensiva neonatal: identificação e análise de eventos adversos**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - NT, 2015. f. 72. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/20802/1/CeciliaOliviaP AraquaiDeOliveira DISSERT.pdf> Acesso em: 09 jan. 2020.

OTTO, C. *et al.* Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 1, p. 07-11, 2019. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Fatores-De-Risco-Para-o-Desenvolvimento-De-Les%C3%A3o-Por-Press%C3%A3o-Em-Pacientes-Cr%C3%ADticos.pdf> Acesso em: 24 nov. 2020

Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A importância da Farmacovigilância: monitorização da segurança dos medicamentos**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/importancia.pdf> Acesso em: 24 de Nov. 2020.

Organização Mundial da Saúde e Segurança do Paciente (OMS). **Estrutura conceitual para a classificação internacional para segurança da paciente versão 1.1: relatório técnico final**. Organização Mundial da Saúde, janeiro, 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>. Acesso: 07 abr. 2020.

PAIXÃO, C.T. *et al.* Fatores de risco para hipoglicemia em pacientes que usam infusão contínua de insulina endovenosa na unidade de terapia intensiva. **ABCS Health Sciences**. v.39, n.3, p. 8-194, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-746727> Acesso em: 25 nov.2020

PEREIRA, S.R.M *et al.* Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 338-344, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a07.pdf> Acesso em: 24 de Nov. 2020.

PRÉCOMA, H.F; CAUDURO, F.L.F. Eventos adversos notificados em unidade de terapia intensiva: análise documental. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 1, n. 4, p. 1527-1539, 2015. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/971/947> Acesso em: 18 nov. 2020

PIERDEVARA, L. *et al.* Uma experiência com a Global Trigger Tool no estudo dos eventos adversos num serviço de medicina. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 9, p. 97- 105, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn9/serlVn9a11.pdf> . Acesso em: 27 mai. 2020.

RAFTER, N. *et al.* The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals - a retrospective record review study. **BMJ quality & safety**, v. 26, n. 2, p. 111-119, 2017. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/2/111.short> Acesso em: 24 nov. 2020.

RUIZ, M.T.E. *et al.* Caminando hacia una cultura de seguridad en la unidad neonatal: experiencia de 6 años. In: Anales de Pediatría. **Elsevier Doyma**, v. 83, n.4, p. 236-243, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403314005657> Acesso em: 27 mai. 2020

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00081815, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2016.v32n10/e00081815/pt/> Acesso em: 18 nov. 2020

SALES, C. B. *et al.* Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n.1, p. 126-134. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000100126&script=sci_abstract&tlng=es Acesso em: 18 nov. 2020

SANTOS, M. M. *et al.* A notificação de eventos adversos pela equipe de enfermagem: uma abordagem bibliográfica. **Congresso Internacional de Enfermagem**, v. 1, n.1, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5565/2442> . Acesso em: 29 mai. 2020.

SILVA, L.C *et al.* Dimensionamento de Pessoal e sua Interferência na Qualidade do Cuidado. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236551/31368> Acesso em: 08 dez. 2020.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 422-4, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11885> Acesso em: 28 mai. 2020.

SILVA, L.T. *et al.* The Brazilian Portuguese version of the Pediatric Trigger Toolkit is applicable to measure the occurrence of adverse drug events in Brazilian pediatric inpatients. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 1, p. 61-68, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553618300090>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SOARES, D.T.S *et al.* Cuidado del paciente crítico en la realización del examen de imagen en la cama: revisión integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n6/pt_0034-7167-reben-73-06-e20180948.pdf Acesso em: 24 de Nov. 2020.

SOARES, E.A. *et al.* Cultura de Segurança do Paciente e a Prática de Notificação de Eventos Adversos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 36, p.1657-1657, 2019. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1657> Acesso em: 08. Abr. 2020.
World Health Organization (WHO). **Medication Without Harm. Global Patient Safety Challenge**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/> Acesso em: 27 nov. 2020

STELLUTE, G. *et al.* Conhecimento de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva acerca da notificação de eventos adversos/Nurse's knowledge on the notification of adverse events in Intensive Care Unity. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 63, n.2, p. 77-84, 2018. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/252/411> Acesso em: 08 abr. 2020.

TOFFOLETTO, M.C. *et al.* Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1039-1045, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601039&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2020.

ZERATI, A.E. *et al.* Cateteres venosos totalmente implantáveis: histórico, técnica de implante e complicações. **Jornal vascular brasileiro**, v. 16, n. 2, p. 128-139, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492017000200128&script=sci_arttext&lng=pt Acesso em: 25 nov. 2020

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: EVENTOS ADVERSOS EM PRONTUÁRIOS – UTI

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

UTI: _____ Iniciais: _____ Registro: _____ Sexo: Feminino ()
 Masculino () Data de nascimento: __/__/__ Data de admissão: __/__/__ Data
 da saída: __/__/__ Tempo de internação: _____ Saída por ()
) Alta () transferência () Óbito **Causa do**
óbito: _____ Motivo da
 internação: _____ Realizou procedimento cirúrgico: ()
 Não () Sim Qual: _____ Patologia de
 Base: _____
 Readmissão na UTI em tempo menor que 24h: Sim () Não ()

PROCEDIMENTOS

INTUBAÇÃO

- () Intubação não realizada por questões operacionais
- () Extubação não Planejada () Quantas vezes: _____
- () Obstrução por rolha: Sim () Não () Quantas
vezes: _____
- () reintubação em menos de 24 horas. Quantas vezes: _____
- () PAV. Data do diagnóstico _____
- () entubações após admissão na UTI: _____
- () Decúbito horizontal
- () Aspirado com secreção sanguinolenta
- () Aspirado com secreção purulenta
- () Outros _____

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento
invasivo ()

PROCEDIMENTOS VENOSOS/ARTERIAIS

- () Perda de CVC. Causa _____
- () Obstrução de CVC
- () Presença de sinais flogísticos em inserção de CVC. Local _____

() Intercorrência durante a colocação ou remoção do CVC . Qual?

() Intercorrências durante a punção venosa periférica. Qual: _____

() Flebite. Local? _____

() Acidente durante a punção arterial . Especificar _____

() Intercorrências durante inserção ou remoção de PAI _____

Número de flebite após admissão na UTI: _____

Outros: _____

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento invasivo ()

DISTÚRBIOS HEMODINÂMICOS

() Sangramento durante procedimento como? _____

() Sangramento por perda de dispositivo como? _____

() Sangramento pelo uso de anticoagulante _____

Tipo de Hemorragia:

Número de episódios de hemorragia após admissão na UTI: _____

() hipotensão pelo uso de medicamento. Qual medicamento?

() Hipertensão por medicamento ou falta dele. Qual medicamento?

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso data: _____

DISTURBIO METABÓLICO

() Hiperglicemia. Causa provável.....

() Hipoglicemia. Causa provável.....

Número de distúrbio metabólico após admissão na UTI: _____

Quais:---- _____

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento invasivo

LESÃO POR PRESSÃO

() LPP ocorrida na UTI Local: _____

() Lesão por Dispositivos: qual: _____

() Lesão de mucosa: qual mucosa: _____

Número de LPP após admissão na UTI: _____

Classificação da LPP:

() estágio I onde: _____

() estágio II onde: _____

() estágio III onde: _____

() estágio IV onde:.....

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento invasivo ()

ERRO DE MEDICAÇÃO

() Medicamento administrado errado: qual: _____

() Medicamento dispensado errado: Qual: _____

() Prescrição incorreta: Qual: _____

() Troca de medicamento. Especificar: _____

() medicamento administrado na via errada. Qual: _____

() Erro no preparo do medicamento. Qual: _____

Número de erro de medicação após admissão na UTI: _____

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento invasivo ()

BRONCOASPIRAÇÃO

() Por cabeceira pouco elevada

() Por dieta via oral não assistida

() Liberação da dieta por SNE antes de realização de RX

() Mal posicionamento da SNE

Número de broncoaspiração após admissão na UTI: _____

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento invasivo ()

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

() Ausência de Pulseira de identificação

() Apenas um identificador do paciente

() Nome incompleto

() Nome errado

Número de identificação incorreta após admissão na UTI: _____

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento invasivo ()

QUEDAS

() Queda do leito

() Queda no banho:

() Queda da maca

() Queda durante deambulação

Número de queda após admissão na UTI: _____

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento invasivo ()

SVD

() Perda da SVD: como:----- _____

() Infecção do trato urinário após introdução da SVD: Sim () Não ()

() Obstrução de SVD

() Alterações durante a inserção de SVD. Qual _____

Número de passagem de SVD após admissão na UTI: _____

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento invasivo ()

SNE

() Perda da SNE: como: _____

() Obstrução da SNE:

() Intercorrências durante a inserção da SNE _____

Número de passagem de SNE após admissão na UTI: _____

Classificação do evento: Incidente () Evento adverso () Procedimento invasivo: Sim () Não ()

DRENOS

() Tração acidental de drenos. Como? _____

() Obstrução de drenos, Especificar _____

() Hemorragia pelo dreno. Especificar _____

() Intercorrências durante a inserção ou remoção. Quais? _____

() Outros eventos. Registrar _____

RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

A estudante BEATRIZ BARBOSA DIAS do Curso de ENFERMAGEM, matrícula 2016.1.0024.0211-1, telefone: 62 99641-5123 e-mail barbosaabeatriz@gmail.com, na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 15 de dezembro de 2020.

Assinatura do autor:



Nome completo do autor: Beatriz Barbosa Dias

Assinatura do professor-orientador:



Nome completo do professor-orientador: Adenicia Custódia Silva e Souza

RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

A estudante **Isabela Cristina da Silva** do Curso de Enfermagem, matrícula: 2016100241049-1, telefone: (62) 9444-7106, e-mail: isabela.cris2107@gmail.com na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de curso intitulado: **Incidentes e eventos adversos em unidade de terapia intensiva**, gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 16 de dezembro de 2020.

Isabela Cristina da Silva
Ac. de Enfermagem / PUC Goiás
Mat. 2016.1.0024.1049-1

Assinatura do autor:



Nome completo do autor: Isabela Cristina da Silva

Assinatura do professor-orientador:



Nome completo do professor-orientador: Adenicia Custódia Silva e Souza

RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

A estudante **Kate Winslet Siqueira dos Santos** do Curso de Enfermagem, matrícula 201610024022561, telefone: (62) 992520206, e-mail: katewinsletss20@gmail.com, na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **Incidente e Eventos Adversos em Unidade de Terapia Intensiva**, gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 15 de Dezembro de 2020.

Assinatura do autor:

Kate Winslet S. dos Santos

Nome completo do autor: Kate Winslet Siqueira dos Santos

Assinatura do professor-orientador:

Adenicia C Souza

Nome completo do professor-orientador: Adenicia Custódia Silva e Souza