

INDICADORES DE RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA: ANÁLISE DOS EVENTOS ADVERSOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Camila Cristina Pires Nascimento¹
Maria Cecília Toffoletto²
Leilane Andrade Gonçalves²
Walkíria das Graças Freitas³
Katia Grillo Padilha⁴

Estudo quantitativo, retrospectivo, objetivou caracterizar eventos adversos (EA) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Semi-Intensiva (USI) e de internação (UI) quanto à natureza, tipo, dia da semana e relação funcionário/paciente no momento da ocorrência; identificar as intervenções dos enfermeiros após o evento e as taxas de EAs. Foi realizado em um hospital privado do município de São Paulo. Foi notificado o total de 229 EAs. Predominaram eventos relacionados à sonda nasogástrica (SNG) (57,6%), seguidos por queda (16,6%) e administração de medicamentos (14,8%). A relação funcionário/paciente, no momento do evento, era de 1:2 na UTI, 1:3 na USI e 1:4 na UI. Houve distribuição semelhante de ocorrências nos diferentes dias da semana. As intervenções de enfermagem foram recolocações da SNG (83,3 %) e comunicação da ocorrência ao médico nos casos de erros de medicação (47,6%) e queda (55,2%). A maior taxa de EAs foi relacionada à SNG.

DESCRITORES: vigilância de evento sentinela; enfermagem; indicadores

INDICATORS OF HEALTHCARE RESULTS: ANALYSIS OF ADVERSE EVENTS DURING HOSPITAL STAYS

This quantitative, retrospective study aimed to characterize adverse events (AE) in Intensive Care Units (ICU), Semi-Intensive Care Units (SCU) and Inpatient Units (IU), regarding nature, type, day of the week and nursing professionals / patient ratio at the moment of occurrence; as well as to identify nursing interventions after the event and AE rates. The study was performed at a private hospital in the city of São Paulo, Brazil. Two hundred twenty-nine AE were notified. The predominant events were related to nasogastric tubes (NGT) (57.6%), followed by patient fall (16.6%) and medication errors (14.8%). The nursing professionals /patient ratio at the moment of the event was 1:2 for the ICU, 1:3 for the SCU and 1:4 for the IU. A similar distribution was observed for the other days of the week. The nursing interventions were: repositioning the NGT (83.2%) and communication of the occurrence to the physician in case of medication errors (47.6%) and falls (55.2%). The highest AE rate was related to NGT.

DESCRIPTORS: sentinel surveillance; nursing; indicators

INDICADORES DE RESULTADOS PARA LA ASISTENCIA: ANÁLISIS DE SITUACIONES ADVERSAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Estudio cuantitativo, retrospectivo que determinó las características de las situaciones adversas (SA) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Cuidados Semi-intensivos (UCS) y Servicio de Hospitalización (SH), en cuanto su naturaleza, tipo, día de la semana y la relación numérica trabajador / paciente. Asimismo, se identificó las intervenciones de enfermería y se calculo la tasa para SA. Realizado en un hospital privado de la ciudad de São Paulo. Se notificaron 229 SA, predominando los relacionados con la sonda nasogástrica (SNG) (57,6%), caídas (16,6%) y administración de medicamento (14,8%). La relación trabajador / paciente por día fue de 1:2 en UCI, 1:3 en UCS y 1:4 en SH. Las intervenciones de enfermería frente a estas situaciones fueron la recolocación de SNG (83,3%), la información al médico tanto en los casos de errores de medicación (47,6%), como en caídas (55,2%). La mayores tasas fueron observadas para los casos de SNG.

DESCRIPTORES: vigilancia de guardia; enfermería; indicadores

¹ Enfermeira do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Brasil, e-mail: camilnascimento@yahoo.com.br; ² Enfermeira, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: mariacel@usp.br, e-mail: leilaneag@yahoo.com.br; ³ Enfermeira Executiva do Hospital 9 de Julho, Brasil, e-mail: wfreitas73@yahoo.com.br; ⁴ Enfermeira, Professor Associado da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: kgpadilh@usp.br.

INTRODUÇÃO

O enfoque da qualidade dos serviços nas instituições empresariais e, em particular, nas instituições hospitalares, busca oferecer à clientela serviços com qualidade total, livre de riscos e danos, gerando assim a satisfação e segurança do cliente/paciente⁽¹⁾. Sob esse ponto de vista, tem-se que as falhas na assistência hospitalar vão contra esse princípio e podem acarretar danos não só aos clientes/pacientes como aos prestadores de serviços⁽²⁾.

Com o objetivo de reduzir os desvios na assistência, é preconizado que a meta de um programa de garantia de qualidade nas instituições assegure ao usuário grau elevado de excelência por meio de medição e avaliação dos componentes estruturais, das metas, dos processos e resultados apresentados pelos usuários, seguidos das alterações necessárias para a melhoria do serviço⁽³⁾.

Para o Ministério da Saúde (MS) a qualidade na execução dos serviços é elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes dos serviços de saúde. Com essa perspectiva, o MS publicou, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), os Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, com o objetivo de orientar a qualidade e o controle das ações em saúde⁽⁴⁾.

Também, com o objetivo de melhorar a qualidade assistencial dos serviços, nas últimas décadas, tiveram força os Programas de Acreditação Hospitalar que consistem em sistema de avaliação externa que verifica a concordância da estrutura e dos processos assistenciais adotados com o conjunto de padrões previamente estabelecidos. No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) oferece o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, instrumento que serve de guia às instituições para que estabeleçam padrões de atendimento com alta qualidade⁽⁵⁾.

É nesse contexto de avaliação de serviços, na qual se incluem a assistência de enfermagem, que se inserem os indicadores de resultados que constituem importante instrumento gerencial, sem os quais é impossível a avaliação objetiva da qualidade⁽⁶⁾. Definidos como representações quantitativas ou qualitativas de resultados, vários são os indicadores utilizados nos hospitais, sendo que os mais tradicionais incluem taxa de mortalidade, tempo

de permanência hospitalar, taxa de readmissão imediata, taxa de infecção hospitalar, complicações cirúrgicas e percentual de cesáreas⁽⁷⁾. Apesar da relevância desses dados, com as exigências dos programas de acreditação hospitalar, outros indicadores vêm sendo incorporados como guias para monitorar e avaliar a qualidade, entre eles as taxas de eventos adversos.

Eventos adversos (EA) são ocorrências indesejáveis, porém preveníveis, de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde⁽⁸⁾.

Nas instituições hospitalares, o envolvimento dos enfermeiros com falhas na assistência ao paciente pode ser encontrado em várias situações tais como: erros de medicação, queda do paciente, extubação, queimaduras durante procedimentos, hemorragias por desconexão de drenos e cateteres entre outros⁽⁹⁾.

Vários estudos, realizados em diferentes unidades hospitalares, têm explorado o fenômeno EA por meio da sua caracterização, bem como das conseqüências trazidas para os pacientes⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Nas unidades críticas, autores diversos investigaram esses eventos e respectivas conseqüências para os pacientes, destacando, entre seus achados, EAs com sondas, drenos e cateteres⁽¹³⁾, erros de medicação⁽¹¹⁾, queda de pacientes⁽¹⁰⁾, extubações não programadas⁽¹⁴⁾, úlceras por pressão⁽¹⁴⁾ e infecções adquiridas no hospital⁽¹²⁾. Também, condutas adotadas pelos enfermeiros imediatamente após a ocorrência desse tipo de evento em unidade de pronto atendimento foram investigadas⁽¹⁵⁾.

Com base no que foi exposto, verifica-se que, apesar do interesse crescente na exploração de tais eventos, existe ainda insuficiência de evidências quanto ao uso desses indicadores nas diferentes unidades hospitalares, razão pela qual se propõe a realização deste estudo que tem como objetivos:

- caracterizar os eventos adversos ocorridos com pacientes adultos durante a internação em unidades de terapia intensiva, semi-intensiva e internação quanto à natureza, tipo, dia da semana e relação numérica funcionário/paciente no momento da ocorrência;
- verificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros imediatamente após a ocorrência do evento adverso;

- calcular a taxa de eventos adversos ocorridos durante a internação dos pacientes em diferentes unidades hospitalares.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, descritivo, retrospectivo, do tipo transversal.

Os dados foram coletados das fichas de notificação de EAs das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Semi-Intensiva (USI) e de internação (UI) de um hospital terciário, privado, do município de São Paulo, com 250 leitos, acreditado como nível 2 pela ONA, que utiliza um sistema informatizado de notificação de EAs.

A monitorização desses eventos insere-se em um contexto não punitivo, com orientação e incentivo dos profissionais para o registro voluntário de falhas, tendo como meta maior segurança dos pacientes hospitalizados.

Com o objetivo de monitorar sistematicamente tais eventos, além do registro voluntário dos profissionais, diariamente, às 17 horas, enfermeiros da Comissão de Qualidade do Hospital coletam as demais informações necessárias para o cálculo propriamente dito das taxas de eventos adversos tais como: quantidade de pacientes entubados no dia, quantidade de pacientes com cateter venoso, sondas, tubos traqueais etc.

A amostra foi constituída por todos os pacientes, com idade igual ou superior a 18 anos, submetidos a tratamento clínico e/ou cirúrgico, admitidos no período de março a junho de 2006, que sofreram algum tipo de EA relacionado à administração de medicamentos, queda, cuidados com tubo endotraqueal ou traqueostomia, sondas e cateter venoso central, durante a internação nas unidades campos de estudo.

Coleta de dados

Para a realização deste estudo foram adotadas as definições apresentadas a seguir.

Evento adverso foi definido como ocorrência indesejável, prevenível, que pode acarretar danos à segurança do paciente que se encontra sob cuidados dos profissionais de saúde⁽¹⁶⁾.

Quanto aos erros de medicação, foi definido como um EA prevenível, ocorrido nas fases de preparo e administração de medicamentos, incluindo os seguintes tipos: omissão de dose, dose errada, concentração errada, medicamento errado, dosagem errada, técnica errada, via de administração errada, velocidade errada, horário errado, paciente errado e medicamento vencido⁽¹⁷⁾.

Referente à queda, adotou-se como definição "a mudança súbita e inesperada na posição corporal em que o mecanismo estático de fixação do corpo falha e, a resposta voluntária ou reflexa para corrigir este desequilíbrio é inadequada"⁽¹⁸⁾.

Para a realização da coleta de dados foi utilizado um instrumento denominado "Ficha de Evento Adverso", composta pelos dados demográficos e clínicos (idade, sexo, motivo da internação, data, horário e local: UTI, USI e UI), pelos tipos de EAs relacionados à administração de medicamentos (omissão de dose, dose errada, concentração errada, medicamento errado, dosagem errada, técnica errada, via de administração errada, velocidade errada, horário errado, paciente errado e medicamento vencido), queda (da cama, da cadeira, da maca e da própria altura), cateter venoso central (obstrução, extravasamento, desconexão, fixação incorreta, retirada não programada, sangramento, clampeamento e outros), sonda nasogástrica (obstrução, retirada não programada, fixação incorreta e outros) e tubo endotraqueal/traqueostomia (obstrução, retirada não programada, fixação incorreta, posição incorreta e outros), pelas intervenções realizadas pelos profissionais de enfermagem imediatamente após a ocorrência do EA e pela relação numérica paciente/profissional de enfermagem no momento do evento.

Como procedimentos para a coleta das informações, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (CEP-EEUSP), o projeto foi entregue juntamente com o termo de responsabilidade do pesquisador ao hospital campo do estudo, solicitando autorização para a realização da pesquisa.

Após o aceite da instituição, foi solicitado ao enfermeiro integrante da Comissão de Qualidade do Hospital o acesso ao sistema de registros de EAs ocorridos nos meses de fevereiro, março, abril, maio e junho de 2006. A coleta foi realizada pelas pesquisadoras nos meses de julho e agosto de 2006,

nas dependências do hospital, por meio dos dados do sistema informatizado e impresso, quando necessário.

Para a análise dos resultados, os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica e analisados por meio da estatística descritiva, sendo os resultados apresentados em números absolutos e percentuais em tabelas e figuras.

RESULTADOS

No período do estudo, ou seja, de março a junho de 2006, foram notificados o total de 229 EAs nas três unidades hospitalares analisadas que acometeram 229 pacientes (um EA por doente). Dessa amostra, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (56,3%), sendo essa distribuição predominante também por unidade, respectivamente, 47,3, 23,2 e 29,5% na UTI, USI e UI. A média de idade dos pacientes foi de 72,3 ($\pm 17,4$) e mediana de 76 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes vítimas de EA, segundo a idade e unidade hospitalar. São Paulo, 2006

Idade	UTI (%)	SEMI (%)	UI (%)	Total (%)
≤ 60 anos	26 (51)	9 (17,6)	16 (31,4)	51 (100)
61 anos	77 (43,2)	41 (23)	60 (33,7)	178 (100)
Total	103 (44,9)	50 (21,8)	76 (33,2)	229 (100)

A Tabela 1 mostra que o maior número de registros de EA ocorreu com pacientes internados na UTI (44,9%), seguidos pela UI (33,2%) e USI (21,8%). Considerando as três unidades, o grupo etário que mais sofreu EA foi predominantemente de pacientes com idade maior do que 61 anos (77,7%), sendo, em proporção decrescente, 43,26% na UTI, 33,71% na UI e 23% na USI.

Quanto aos motivos da internação hospitalar, do total de pacientes das três unidades, 85 (37,1%) apresentaram doenças do sistema cardiocirculatório, seguidos por 58 (25,3%) com problemas do sistema respiratório e 9,2% com neoplasias.

Caracterização dos EAs e das intervenções realizadas pelos enfermeiros imediatamente após a ocorrência

Tabela 2 - Distribuição dos EAs, segundo a natureza e unidade hospitalar. São Paulo, 2006

Natureza	UTI (%)	SEMI (%)	UI (%)	Total (%)
Sonda nasogástrica	69 (52,3)	39 (29,6)	24 (18,2)	132 (100)
Queda	3 (7,9)	1 (2,6)	34 (89,5)	38 (100)
Erros de medicação	15 (44,1)	8 (23,5)	11 (32,3)	34 (100)
Cateter venoso central	12 (57,1)	2 (9,5)	7 (33,3)	21 (100)
Tubo endot/traqueost	4 (1)	0 (0)	0 (0)	4 (100)
Total	103 (44,9)	50 (21,8)	76 (33,2)	229 (100)

Pelos dados da Tabela 2 nota-se que, no período do estudo, nas unidades analisadas, houve predominância de EAs relacionados à sonda nasogástrica (132-57,6%), queda (38-16,6%) e erros na administração de medicamentos (34-14,8%).

A análise por unidade, no entanto, mostra particularidades. Observa-se que, na UTI e USI predominaram os EAs com sondas nasogástricas, erros de medicação e eventos com cateteres venosos centrais. Já na UI, a queda de pacientes prevaleceu seguida pelos eventos com sondas nasogástricas e erros de medicação.

Ao se buscar identificar os tipos de ocorrências, considerando cada um dos EAs notificados, a Figura 1 traz dados referentes aos tipos de erros de medicação encontrados.

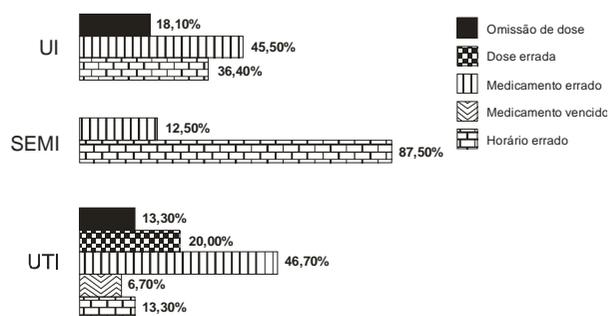


Figura 1 - Distribuição dos tipos de erros de medicação, segundo as unidades de internação. São Paulo, 2006

Os dados da Figura 1 mostram que, tanto na UTI quanto na UI, houve predomínio da administração de medicamento errado (46,7 e 45,5%, respectivamente) enquanto na USI o horário errado de administração foi predominante, com 87,5%.

Quanto às intervenções realizadas imediatamente após a ocorrência desses eventos, a

principal conduta foi a comunicação do evento ao médico (47,6%), seguida da instalação da medicação correta (44,12%).

Referente ao evento queda, diferente da UTI e USI, a maior ocorrência foi encontrada na UI sendo a queda da própria altura encontrada na maioria dessas ocorrências (78,4%).

Também, nos casos de queda, a principal conduta tomada pelos enfermeiros foi a comunicação ao médico com 55,26%, seguida da realização do exame físico e reposicionamento do paciente no leito (15,8%).

Quanto aos EAs relacionados à sonda nasogástrica, de maior frequência neste estudo, a sua distribuição, segundo o tipo, encontra-se apresentada a seguir.

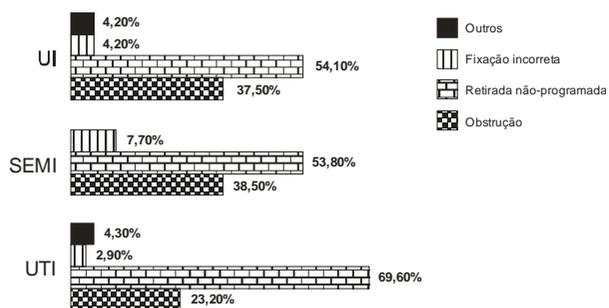


Figura 2 - Distribuição dos tipos de evento adverso com SNG, segundo a unidade de internação. São Paulo, 2006

Observa-se que a retirada não programada da sonda constitui a maioria desse tipo de evento em cada uma das unidades, isto é, 69,6% na UTI, 53,8% na USI e 54,10% na UI, seguido pela obstrução da sonda, em frequência decrescente na USI (38,5%), na UI (37,50%) e na UTI (23,20%).

Quanto às intervenções realizadas imediatamente após esses EAs, a maioria das condutas consistiu na recolocação da sonda (83,3%).

Com o propósito de investigar os EAs, segundo os dias da semana, encontrou-se a ocorrência nas diferentes unidades, em todos os dias da semana, à exceção do sábado, quando a frequência de eventos foi inexistente ou mínima.

Referente à distribuição de profissionais por paciente, segundo a ocorrência de EAs, constatou-se que os eventos ocorreram predominantemente quando a relação paciente/funcionário era a de 1:2 na UTI, 3:1 na USI e 4:1 na UI.

Tabela 3 - Taxas de ocorrência dos eventos adversos. São Paulo, 2006

Evento adverso	UTI (%)	SEMI (%)	UI (%)
Sonda nasogástrica	2,31	3,94	1,09
Cateter venoso central	0,29	0,18	0,22
Tubo endot/traqueost	0,28	-	-
Erros de medicação	0,25	0,28	0,08
Queda	0,05	0,03	0,24

Observa-se, pelos dados da Tabela 3, que as taxas de EAs, considerando o total de pacientes que estiveram expostos aos diferentes procedimentos, foi maior quanto às sondas nasogástricas, principalmente na USI, comparativamente às demais unidades.

DISCUSSÃO

Os resultados referentes à idade, sexo e motivos da internação deste estudo assemelham-se às pesquisas que abordam EAs quanto ao predomínio de sexo masculino (56,3%)^(11,14), idade maior de que 61 anos (77,7%) e internações devido a alterações do sistema cardiovascular (37,1%), seguidas do sistema respiratório (25,3%)^(11-12,14).

Sobre a caracterização dos EAs quanto à natureza, verifica-se o predomínio dos eventos relacionados à sonda nasogástrica (132-57,6%), identificando-se com achados de estudos sobre EAs em UTI e unidades de internação, demonstrando maior demanda de atenção por parte da equipe de enfermagem na manipulação e cuidados com esse artefato⁽¹²⁻¹³⁾.

Também, particularidades interessantes quanto ao tipo e local da ocorrência dos eventos com sonda nasogástrica merecem ser discutidas. Observa-se que a retirada não programada da sonda constitui a maioria desse tipo de evento, com maior frequência nas UTI (53,8%) e USI (54,20%), permitindo supor que a gravidade desses pacientes demanda não apenas número elevado de artefatos, mas também manuseio desses pela equipe de enfermagem, fazendo com que esses sejam fonte de risco para a ocorrência de eventos.

Seguido dos EAs com sonda nasogástrica, queda (38-16,6%) e erros de medicação (34-14,8%) predominaram, respectivamente, nas UIs e UTIs. Estudos abordando essa temática assemelham-se aos resultados encontrados⁽¹²⁻¹³⁾.

Quanto à queda com maior frequência nas UIs, talvez se justifique pelo fato dos pacientes que, sem vigilância constante, se levantam sem auxílio para atender suas necessidades básicas. Considerando-se as sérias complicações que as quedas podem trazer para a integridade física e emocional dos pacientes, além das conseqüências econômicas para a instituição, o EA queda vem sendo considerado indicador de resultado, contribuindo de forma expressiva para novo enfoque na qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente.

Sobre os erros de medicação quanto ao tipo, estudos apontam diferentes resultados e grande variedade na tipologia dos erros, refletindo a complexidade inerente a essa atividade^(11,14-15).

A maior ocorrência desses nas UTIs pode ser fundamentada pela complexa terapia medicamentosa e, quando associada à gravidade dos pacientes, deve merecer o máximo de atenção pelos profissionais de enfermagem.

Quanto às intervenções realizadas pelos enfermeiros imediatamente após o evento, a recolocação da sonda nasogástrica (83,3%) e a comunicação ao médico nos eventos relacionados à queda (55,26%) e medicação (47,6%), algumas suposições podem ser sugeridas. Pelo conhecimento dos riscos de sérias conseqüências que um evento na administração de medicamento ou queda pode trazer, os enfermeiros prontamente comunicam ao médico numa tentativa de prevenir agravos aos pacientes. Já, a retirada acidental de uma sonda nasogástrica pode ser, na maioria das vezes, seguramente remediada com a recolocação da mesma.

Também, o enfoque da segurança e qualidade na assistência ao paciente, com conseqüente criação de uma cultura de segurança,

permite que a equipe se sinta segura ao informar a ocorrência de um EA.

Quanto à distribuição dos profissionais por paciente, neste estudo, com a relação de um funcionário para dois pacientes nas UTIs, os eventos adversos aconteceram, e com maior frequência, nessas unidades. Nesse sentido, cabe supor que a alocação de pessoal deve ser guiada pela gravidade e pela carga de trabalho de enfermagem, e não apenas pelo quantitativo, além da valorização da excelência da prática de enfermagem.

Em síntese, indicadores de resultados como os eventos adversos são ferramentas fundamentais da qualidade por apontarem aspectos do cuidado que podem ser melhorados tornando a assistência aos pacientes livre de riscos e falhas e, portanto, mais segura.

CONCLUSÕES

Do total de 229 EAs ocorridos de março a julho de 2006:

- houve predomínio de EAs com SG/E (57,6%), quedas (16,5%) e erros de medicação (14,8%);
- as intervenções de enfermagem predominantes nos EAs com erros de medicação e queda foram comunicar ao médico (47 e 76,4%);
- nos casos de EAs com SGE foi repassar a sonda (83,33%);
- os EAs ocorreram com maior frequência nas quintas (24,89%), terças (19,21%) e quartas-feiras (16,59%);
- a relação numérica funcionário/paciente era de 1:2 (UTI), 1:3(SEMI) e 1:4 (UI) no momento do EA;
- a maior taxa de EAs foi relacionada à SGE nas três unidades.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo AC. O futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. Rev Paul Hosp 1992; 40(5):64-71.
2. Padilha KG. Ocorrências Iatrogênicas em UTI e o Enfoque de Qualidade. Rev Latino-am Enfermagem, 2001; 9(5):91-6.
3. Schmadl JC. Quality assurance: examination of the concept. In: Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: processo de avaliação em hospital universitário público. [Tese de Doutorado]. Londrina (PR): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana de Saúde. Padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1978.
5. Organização Nacional de Acreditação [Página na Internet]. [acesso em 2007 junho 10]. Disponível em: <http://www.ona.org.br/>.
6. Zanon U. Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar – conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.
7. Kluck M. Indicadores de qualidade para assistência hospitalar [Página na Internet]. [acesso em 2007 junho 10].

Disponível em: <http://www.cih.com.br/Indicadores.htm>.

8. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem. In: Cassiane SHB, Ueta J. A segurança dos pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 111-21.
9. Ferraz ER, Ishii S, Ciosak SI, Miyadahira AMK, Chaves EC. Iatrogenia: implicações para a assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 1982; 16(2):165-79.
10. Decesaro MN. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva: queda de pacientes durante o tempo de internação. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 2000.
11. Toffoletto MC. Erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 2004.
12. Krokosz DVC. Efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem / USP; 2007.
13. Padilha KG. Ocorrências Iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados.

Rev Paul Enferm 2006; 25(1): 18-23.

14. Silva SC. Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva: impacto na gravidade e na carga de trabalho de enfermagem. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2003.
15. Santos AE. Eventos adversos com medicações em serviços de emergências: condutas profissionais dos enfermeiros. In: Anais do 9º Encontro de Enfermagem e Tecnologia; 2004; São Paulo [CD-ROM]. São Paulo Centro de Estudos de Enfermagem 8 de Agosto do Hospital 9 de Julho; 2004. p.30-5.
16. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(1):50-7.
17. National Coordinating Council for Medications Errors Reporting and Prevention. The NCCMERP taxonomy of medication errors [Página na Internet]. [acesso 2007 junho 22]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/taxo0514.pdf>.
18. Sehested P, Severin-Nielsen T. Falls by hospitalized elderly patients: causes, prevention. Geriatrics 1977; 32:101-8.