

Adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente em unidades neonatais

Adherence of the nursing team to patient safety actions in neonatal units

Adhension del equipo de enfermería a las acciones de seguridad del paciente en las unidades neonatales

Léia Arcanjo Mendes¹

ORCID: 0000-0001-5535-4728

Anna Caroline Leite Costa¹

ORCID: 0000-0003-3236-619X

Daniela Cristina Zica Silva¹

ORCID: 0000-0002-6872-8765

Delma Aurelia da Silva Simões¹

ORCID: 0000-0003-0961-8213

Allana dos Reis Côrrea¹

ORCID: 0000-0003-2208-958X

Bruna Figueiredo Manzo¹

ORCID: 0000-0003-0064-9961

¹Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Mendes LA, Costa ACL, Silva DCZ, Simões DAS, Côrrea AR, Manzo BF. Adherence of the nursing team to patient safety actions in neonatal units. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20200765.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0765>

Autor Correspondente:

Anna Caroline Leite Costa
E-mail: anna.leitebh@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Valladares Broca

Submissão: 08-07-2020 **Aprovação:** 01-11-2020

RESUMO

Objetivos: descrever a adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente em unidades neonatais por meio de um instrumento validado. **Métodos:** estudo transversal, realizado mediante observação direta da equipe de enfermagem e análise descritiva de 182 registros do “Checklist de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal” em um hospital em Belo Horizonte. **Resultados:** evidenciou-se adesão maior que 90,0% nas unidades quanto ao uso da pulseira de identificação e orientação dos acompanhantes. Identificou-se 79,0% de ausência de conferência da pulseira de identificação e 59,0% de ausência de avaliação das travas das rodas do berço. Três dos 21 itens contemplados no checklist não apresentaram não conformidades. **Conclusões:** constatou-se adesão parcial às ações de segurança do paciente, especialmente no que tange às metas identificação do paciente e prevenção de quedas, o que expõe os neonatos a eventos adversos evitáveis.

Descritores: Segurança do Paciente; Lista de Checagem; Neonatologia; Equipe de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to describe the nursing team's adherence to patient safety actions in neonatal units using a validated instrument. **Methods:** a cross-sectional study, carried out through direct observation of the nursing team and descriptive analysis of 182 records of the “Checklist for patient safety in nursing care during hospitalization in Neonatal Intensive Care Units” in a hospital in the municipality of Belo Horizonte. **Results:** there was evidence of adherence greater than 90.0% in the units concerning the use of the identification wristband and guidance of the companions. It was identified 79.0% of absence on the checking of wristband identification and 59.0% of the absence of an evaluation of the crib wheels' locks. Three of the 21 items included in the checklist did not show non-conformities. **Conclusions:** partial adherence to patient safety actions was observed, especially regarding the target of patient identification and prevention of falls, which exposes newborns to preventable adverse events.

Descriptors: Patient Safety; Checklist; Neonatology; Nursing, Team; Quality of Health Care.

RESUMEN

Objetivos: describirla adhesión del equipo de enfermería a las acciones de seguridad del paciente en unidades neonatales mediante un instrumento validado. **Métodos:** se trata de un estudio transversal, realizado por observación directa del equipo de enfermería y el análisis descriptivo de 182 registros de la “Lista de comprobación de seguridad del paciente en el cuidado de enfermería en la internación de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales” en un hospital de Belo Horizonte. **Resultados:** se observó más de un 90,0% de adhesión al uso del brazalete de identificación y a la orientación de los acompañantes en las unidades. Se identificó el 79,0% de ausencia de conferencia del brazalete de identificación y el 59,0% de ausencia de evaluación de las travas de las ruedas de la cuna. Tres de los 21 elementos contemplados en la lista de comprobación no presentaron no conformidades. **Conclusiones:** se constató una adhesión parcial a las medidas de seguridad del paciente, especialmente en lo que respecta a los objetivos de identificación del paciente y a la prevención de caídas, lo que expone a los recién nacidos a acontecimientos adversos evitables.

Descriptorios: Seguridad del Paciente; Lista de Verificación; Neotología; Grupo de Enfermería; Calidad de la Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é descrita como a redução a um mínimo aceitável do risco ou da exposição ao perigo desnecessário nos cenários de assistência em saúde e está relacionada com o conhecimento atualizado, recursos disponíveis e o contexto em que a assistência é realizada⁽¹⁾.

Os erros e complicações decorrentes do cuidado em saúde que causam danos aos pacientes são denominados eventos adversos (EA), os quais podem ser evitáveis e constituem um grande desafio para a equipe de enfermagem, pois comprometem a qualidade do cuidado em saúde e a segurança do paciente. A ocorrência de EA contribui para o aumento da morbimortalidade, prolongamento do tempo e dos custos da hospitalização, além de propiciar ônus social e sofrimento ao usuário, sua família e ao próprio profissional que cometeu o erro⁽²⁾. Nesse sentido, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente no ano de 2004, cujo objetivo foi a adoção de melhores estratégias que pudessem resultar em melhoria no atendimento ao paciente e, conseqüentemente, aumento da qualidade da assistência⁽³⁾.

No ano de 2005, com a preocupação voltada para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados, a OMS e a *Joint Commission International* (JCI) estabeleceram as Metas Internacionais para Segurança do Paciente no âmbito hospitalar. Essas metas foram aprimoradas e atualmente contemplam os seguintes aspectos: correta identificação dos pacientes, efetividade na comunicação entre os profissionais de saúde, segurança na administração medicamentosa, assegurar cirurgia correta no local e paciente corretos, reduzir infecções associadas à assistência em saúde e, por fim, diminuir danos associados a lesões ou quedas⁽³⁻⁵⁾.

No Brasil, a segurança do paciente passou a ser foco de programas e políticas públicas de saúde no ano de 2013, com a aprovação do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde (MS), assim como da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que propuseram diretrizes e ações específicas em prol da segurança do paciente⁽⁴⁻⁵⁾. Considerando o contexto da assistência obstétrica e neonatal, a ANVISA propõe estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança na assistência a este público, com o objetivo de reduzir os agravos resultantes do processo reprodutivo e minimizar os danos do processo assistencial⁽⁶⁾.

As unidades Neonatais, de acordo com a Portaria 930 do Ministério da Saúde, são divididas com base nos cuidados prestados. As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são destinadas ao atendimento do recém-nascido (RN) de qualquer idade gestacional classificado como grave ou com risco de morte. As Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) possuem duas tipologias, dentre elas, as UCINCo, que atendem aos recém-nascidos considerados de médio risco e que demandam assistência contínua, e as UCINCa, que são as unidades preparadas para acolher a mãe e o filho 24 horas por dia, promovendo a prática do método Canguru⁽⁷⁾. Ressalta-se que esses cenários são complexos, pois os pacientes apresentam grande vulnerabilidade resultante do baixo peso, do nascimento precoce, da instabilidade hemodinâmica e das necessidades de intervenções terapêuticas frequentes, o que os predispõe a maiores chances de eventos adversos⁽²⁾.

Nesse âmbito, é fundamental que se busque avaliar as ações realizadas pelos profissionais, especialmente da equipe de enfermagem, a qual permanece ao lado do paciente durante toda a sua internação e pode ser considerada uma barreira para a ocorrência de EA. Revisão sistemática mostrou que 21% dos EA em unidades neonatais estão relacionados à lesão cutânea, 38% à dosagem incorreta de medicação, 25% à perda acidental do cateter intravascular e 20% às infecções relacionadas à assistência em saúde⁽²⁾. Outro estudo, realizado no Brasil, analisou os EA notificados ao Sistema de Notificações da Vigilância Sanitária e identificou que 65,6% destes estavam relacionados à medicação, e que a flebite, lesões de pele e hematomas foram frequentes nas unidades neonatais⁽⁸⁾.

A fim de mudar essa realidade, sistemas e ferramentas que monitoram e avaliam os processos de trabalho e seus resultados têm sido cada vez mais utilizados no cenário assistencial. Esses instrumentos e estratégias têm sido importantes para direcionar os cuidados de enfermagem aos RN internados, estabelecer barreiras de segurança e fornecer indicadores da qualidade do cuidado. Nesse sentido, uma das ferramentas que colabora para a segurança do paciente é a utilização de listas de checagem (*checklist*), uma vez que seus resultados são promissores para redução de erros e melhoria da qualidade do serviço⁽⁹⁾.

Observa-se ainda que a maioria dos estudos encontrados enfatiza, principalmente, a ocorrência de EA, não aprofundando a discussão sobre as práticas e o uso de instrumentos validados que visam à segurança do paciente, sobretudo no que se refere à avaliação da adesão dos profissionais às práticas seguras⁽⁶⁻⁹⁾.

Diante disso, surgiu a seguinte indagação: Qual é a adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente em unidades neonatais de médio e alto risco, identificada por meio de um instrumento previamente validado?

Os resultados deste estudo podem oferecer aos profissionais de saúde e gestores um diagnóstico das práticas realizadas, com posterior readequação do processo de trabalho e direcionamento das estratégias educativas. Poderão suscitar, também, reflexões e discussões aplicáveis ao contexto de ensino, pesquisa e prática da enfermagem, visando mudanças de paradigmas relativos à segurança do paciente neonatal.

OBJETIVOS

Descrever a adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente em unidades neonatais de médio e alto risco, por meio de um instrumento previamente validado.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa fundamentou-se na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos da pesquisa foram mínimos, tendo como benefício a colaboração com o campo científico e a possibilidade de melhorias dos problemas que ocasionam os eventos adversos na unidade neonatal, a partir dos resultados da pesquisa. O projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da instituição na qual ocorreu a pesquisa.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa e delineamento transversal, norteado pela ferramenta STROBE, que é uma lista de verificação relativa aos itens essenciais que devem ser descritos em um estudo observacional⁽¹⁰⁾.

O estudo foi desenvolvido nos meses de outubro e novembro de 2019 na Unidade Neonatal de um hospital filantrópico de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, o qual é referência em alto risco obstétrico e neonatal no Sistema Único de Saúde (SUS) municipal. A unidade neonatal, cenário do estudo, possui 86 leitos, dos quais 50 são destinados a pacientes com perfil de UTIN, distribuídos em cinco salas distintas; 30 atendem a pacientes com perfil de UCINCo, distribuídos em quatro salas distintas; e seis leitos atendem a pacientes com perfil de UCINCa, dispostos no mesmo ambiente.

Sobre o perfil dos pacientes atendidos nas unidades estudadas, na UTIN prevalecem os prematuros, prioritariamente entre 28 e 31 semanas gestacionais corrigidas, com peso maior que 1500g. Nas UCIN e UCINCa, usualmente estão os RN com mais de 32 semanas de idade gestacional corrigida e peso maior que 2500g. O perfil dos pacientes atendidos nas unidades estudadas corrobora o determinado pela Portaria Ministerial 930, de 10 de maio de 2012, e pela Portaria 3389, de 30 de dezembro de 2013^(7,11).

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Os profissionais observados na aplicação do *checklist* foram enfermeiros e técnicos de enfermagem envolvidos com as ações de segurança realizadas ao neonato que atuavam no período diurno. A opção por este turno deveu-se ao fato de concentrar o maior número de procedimentos, além da presença dos acompanhantes ser mais frequente nesse horário, possibilitando maior aplicabilidade do *checklist* nos itens de orientação aos acompanhantes, com possível identificação de não conformidades.

Foram excluídos profissionais que, no período da coleta de dados, estivessem de licença-maternidade, afastados por licença-médica (LM) ou com tempo de atuação na unidade neonatal inferior a seis meses.

Nesse sentido, 54 profissionais eram elegíveis: 14 enfermeiros e 40 técnicos de enfermagem. Todavia, participaram do estudo 38 profissionais da equipe diurna (55,8%), sendo 6 enfermeiros e 32 técnicos de enfermagem, que atenderam a todos os critérios de inclusão da pesquisa.

Para a determinação do número de procedimentos a serem observados, adotou-se o critério de conveniência em virtude da ausência de estudos prévios que definissem um mínimo de procedimentos necessários para observação de não conformidades analisadas por meio de instrumento validado. Entretanto, o estudo buscou estimar um quantitativo de pacientes que deveriam ser incluídos independentemente do número de procedimentos a que seriam submetidos. Nesse caso, realizou-se um cálculo amostral considerando população de 150 pacientes ao longo de dois meses, uma prevalência genérica do evento de 50%, para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, de modo que o total de pacientes a serem observados foi calculado em 108 neonatos.

Os 38 profissionais elegíveis acompanharam 108 pacientes ao longo dos dois meses de coleta de dados. Cada paciente foi avaliado de uma a duas vezes por diferentes profissionais, em um total de 182 oportunidades de observação utilizando o *checklist* validado, sendo esta a amostra do presente estudo.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados por meio da observação participante, em que a coleta de informações ocorre sem o envolvimento do pesquisador. Nesse caso, a observação foi feita por uma enfermeira pesquisadora previamente treinada, durante os sete dias da semana, por cerca de 3 a 4 horas por dia, dividindo seu tempo nos períodos da manhã e tarde. O instrumento utilizado na pesquisa, “*Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”, foi elaborado com base nas metas internacionais de segurança do paciente e todos os itens foram validados por especialistas brasileiros, após alcançarem o Índice de Validade de Conteúdo acima de 0,90, como apresentado em estudo anterior⁽¹²⁾.

O *checklist* contém cinco dimensões, as quais foram nomeadas como: identificação do paciente, comunicação efetiva, segurança medicamentosa, prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde e prevenção de queda e lesão de pele. As dimensões se dividem em itens, de modo que a primeira e a segunda se dividem em três itens, a terceira em quatro, a quarta em cinco e a última em seis. Assim, há um total de 21 itens, que avaliam a presença e conferência da pulseira de identificação e da placa de leito, se o acompanhante foi incentivado a permanecer ao lado do paciente e orientado sobre as rotinas do setor, planos de cuidado do RN, terapia medicamentosa em uso, prevenção de infecção e risco de queda. Avaliam também se o profissional está orientado a respeito do processo seguro da administração de medicamentos, posicionamentos do RN e higienização corporal, se as soluções alcoólicas estão presentes no leito, se a temperatura do berço ou incubadora está adequada, a qualidade do curativo do acesso venoso, o posicionamento dos dispositivos e se as rodas, portinholas e laterais dos berços e incubadoras estão travadas. A confirmação dos itens de orientação foi realizada por meio de pergunta direta aos envolvidos quando não observados pelo pesquisador.

Cada um desses itens foi avaliado utilizando a classificação “conforme”, “não conforme” e “não se aplica”. Este último foi usado apenas para os casos em que o RN não utilizava acesso venoso, dispositivos e quando o berço ou incubadora não possuíam a opção de ajuste de umidificação e temperatura.

Para a coleta de dados fez-se necessário realizar adaptações no instrumento, sem prejuízo ao conteúdo do mesmo. As alterações ocorreram em virtude da necessidade de adaptar o instrumento aos modelos de impressos padronizados pela instituição, por exemplo: no item pulseira de identificação foram mantidos o nome da mãe e o registro hospitalar e retiradas as informações sobre data e hora de nascimento e o sexo. Além disso, no item placa de identificação do leito os dados avaliados foram número do leito, nome do RN, nome do pai e da mãe, e dois números telefônicos. Ainda, acrescentou-se a classificação “não se aplica” em dois subitens de segurança medicamentosa para atender demandas dos pacientes que não possuem dispositivos venosos.

A coleta dos dados, por sua vez, foi precedida de reuniões com a equipe de enfermagem para discorrer e sensibilizar os profissionais acerca da importância, do objetivo e da metodologia desta pesquisa. Nessa reunião também foram esclarecidas as dúvidas sobre o projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A seguir, foram coletadas as assinaturas do TCLE e os dados sociodemográficos dos profissionais (idade, sexo, tempos de formação, experiência profissional e atuação na instituição), com o cuidado de resguardar o anonimato, ou seja, impedir que o profissional seja identificado pela correlação com os dados coletados. Após esse momento, a pesquisadora avaliou se as ações realizadas pela equipe de enfermagem estavam em consonância com os itens propostos pelo *checklist* e com suas instruções.

Análise dos resultados e estatística

Os dados obtidos foram digitados e analisados no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]) versão 22.0. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas foram determinadas as medidas de tendência central (mediana) e medidas de dispersão (mínimo-máximo), após aplicação de teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

No período do estudo foram preenchidos, na íntegra, 182 registros do “*Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”, relativos a 108 pacientes. Destes, 121 foram preenchidos com base nos atendimentos das UTIN e 61 das UCIN.

Todos os profissionais participantes eram do sexo feminino, sendo 6 enfermeiras (16,0%) e 32 técnicas de enfermagem (84,0%). A idade variou de 20 a 46 anos, com mediana igual a 32 anos. Quanto ao tempo de formação, o mínimo foi de 7 meses e o máximo de 18 anos, com mediana de 3 anos e meio. O tempo de experiência variou de 6 meses a 17 anos, com mediana de 2 anos e meio. E o tempo de atuação na instituição variou de 6 meses até 17 anos, também com mediana de 2 anos. Os resultados referentes à avaliação da adesão às ações de segurança do paciente neonatal, conforme o *checklist* estão apresentados na Tabela 1, de acordo com os setores avaliados.

Tabela 1 - Frequência de adesão dos profissionais de enfermagem em relação às ações de segurança do paciente neonatal, segundo setor de internação na unidade neonatal, no período de outubro a novembro de 2019, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, (N=182)

Itens observados	UTIN		UCIN	
	n	%	n	%
Identificação do paciente				
Pulseira afixada em um dos membros inferiores, preferencialmente, contendo o nome da mãe e o número do registro hospitalar, legíveis				
Sim	109	90,1	61	100
Não	12	9,9	-	-
Total	121	100	61	100

Continua

Continuação da Tabela 1

Itens observados	UTIN		UCIN	
	n	%	n	%
Dados da pulseira do RN conferidos com os dados maternos por meio de dupla checagem com o pai, ou um acompanhante ou outro profissional de saúde (na ausência do primeiro)				
Sim	25	20,7	5	8,2
Não	96	79,3	56	91,8
Total	121	100	61	100
Placa de identificação do leito contendo número do leito, nome do RN e nome da mãe				
Sim	83	68,6	60	98,4
Não	38	31,4	1	1,6
Total	121	100	61	100
Comunicação efetiva				
Acompanhante orientado com linguagem acessível quanto à rotina do setor e indicação de internação				
Sim	109	90,1	57	93,4
Não	12	9,9	4	6,6
Total	121	100	61	100
Acompanhante encorajado a estar ao lado do RN				
Sim	110	90,9	58	95,1
Não	11	9,1	3	4,9
Total	121	100	61	100
Acompanhante orientado quanto ao plano de cuidados proposto para o RN				
Sim	106	87,6	57	93,4
Não	15	12,4	4	6,6
Total	121	100	61	100
Segurança medicamentosa				
Profissional de enfermagem orientado quanto ao processo seguro da administração de medicamentos				
Sim	121	100	61	100
Total	121	100	61	100
Linhas de acesso vascular identificadas com a solução correspondente à infusão e conectores ajustados				
Sim	74	61,2	-	-
Não	43	35,5	3	4,9
Não se aplica	4	3,3	58	95,1
Total	121	100	61	100
Bombas de infusão e rótulos das soluções conferidos				
Sim	78	64,5	2	3,3
Não	-	-	1	1,6
Não se aplica	43	35,5	58	95,1
Total	121	100	61	100
Acompanhante orientado quanto à terapia medicamentosa em uso				
Sim	92	76	51	83,6
Não	29	24	10	16,4
Total	121	100	61	100
Prevenção de infecção				
Profissionais de enfermagem cientes das informações sobre prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde				
Sim	121	100	61	100
Total	121	100	61	100
Solução alcoólica 70% disponível no leito				
Sim	119	98,4	61	100
Não	2	1,6	-	-
Total	121	100	61	100
Acompanhante orientado quanto ao risco de infecção				
Sim	104	85,9	53	86,9
Não	17	14,1	8	13,1
Total	121	100	61	100

Continua

Continuação da Tabela 1

Itens observados	UTIN		UCIN	
	n	%	n	%
Temperatura e umidificação da incubadora ou do berço adequadas para a idade gestacional e para necessidade do RN				
Sim	115	95	29	47,6
Não	6	5	1	1,6
Não se aplica	-	-	31	50,8
Total	121	100	61	100
Curativo de acesso limpo e bem aderido.				
Sim	61	50,4	6	9,8
Não	21	17,4	-	-
Não se aplica	39	32,2	55	90,2
Total	121	100	61	100
Prevenção de queda e lesão				
Rodas dos berços ou incubadoras travadas				
Sim	35	28,9	11	18
Não	86	71,1	36	59
Não se aplica	-	-	14	23
Total	121	100	61	100
Laterais do berço aquecido ou portinholas travadas				
Sim	91	75,2	29	47,5
Não	30	24,8	20	32,8
Não se aplica	-	-	12	19,7
Total	121	100	61	100
Acompanhante orientado quanto às medidas de prevenção de quedas do RN				
Sim	39	32,2	42	68,9
Não	82	67,8	19	31,1
Total	121	100	61	100
Sonda gástrica e dispositivos vasculares, ventilatórios e/ou de monitorização posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões				
Sim	83	68,6	52	85,3
Não	38	31,4	-	-
Não se aplica	-	-	9	14,7
Total	121	100	61	100
Profissional de enfermagem orientado quanto ao posicionamento do RN, incluindo a periodicidade da mudança de decúbito/alívio de pressão conforme condição clínica				
Sim	121	100	61	100
Total	121	100	61	100
Profissional de enfermagem orientado quanto ao tipo e periodicidade da higienização corporal				
Sim	121	100	61	100
Total	121	100	61	100

Nota: UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal.

A Tabela 1 apresenta os dados coletados acerca da adesão dos profissionais de enfermagem às ações de segurança do paciente considerando cada item de avaliação do *checklist*. Ao verificar cada um dos 21 itens, apenas em três deles não foram identificadas não conformidades, o que denota fragilidade na segurança do paciente internado na unidade neonatal.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo permitiram identificar as potencialidades e fragilidades da equipe de enfermagem em relação às ações de promoção da segurança do paciente nas unidades neonatais participantes do estudo. Os dados indicam maior percentual de adesão no uso correto da pulseira de identificação do paciente, disponibilidade de soluções alcoólicas no leito, orientação ao acompanhante sobre a rotina do setor e indicação

de internação, além do incentivo para que permaneça ao lado do paciente. Em contrapartida, verificou-se quebra nas ações de segurança em alguns itens, como a orientação aos acompanhantes quanto ao risco de queda, além da adesão parcial a medidas como conferência dos dados da pulseira, travamento das rodas dos berços e das incubadoras e integridade dos curativos dos acessos venosos.

A frequência da adesão ao uso da pulseira de identificação do paciente apresentada nos resultados foi superior à encontrada em estudo desenvolvido em uma UTIN no estado do Rio de Janeiro, Brasil, que foi de 77,5%. Nesse estudo, os autores ressaltaram que os profissionais não possuem o hábito de conferir os dados que constam na pulseira, a sua integridade e legibilidade, bem como não checam essas informações previamente à realização dos procedimentos de enfermagem, por exemplo, antes de administrar medicações⁽¹³⁾. Outro estudo evidenciou que, apesar de a pulseira de identificação do RN estar em fácil acesso, em 80,9% das observações não houve conferência da pulseira de identificação antes da realização dos procedimentos⁽¹⁴⁾.

Pesquisa realizada em Boston mostrou que, durante 186 dias de cuidados prestados a 1260 neonatos, o risco de erros relacionados à identificação de pacientes na UTIN variou de 20,6% a 72,9%, e as causas mais comuns foram semelhanças entre nomes, sobrenomes idênticos, presença de gêmeos e trigêmeos⁽¹⁵⁾. Diante disso, reforça-se que a pulseira de identificação constitui-se uma barreira para outros EA, além de ser uma opção acessível e de fácil uso. Desse modo, a ausência da conferência da pulseira de identificação representa uma quebra na assistência segura, expondo o RN ao risco de EA. Portanto, é preciso haver mudança de atitude dos profissionais, no sentido de conferir corretamente e com maior frequência os dados da pulseira, assim como seu uso efetivo⁽¹³⁾.

Em relação ao uso da placa de identificação no leito do paciente, os dados deste estudo mostraram melhores resultados na UCIN do que na UTIN. Pesquisa realizada no Sul do Brasil com 96 pacientes internados em uma UTI pediátrica revelou que a maioria (98%) tinha a identificação próxima ao leito. O uso da placa de identificação neste local é importante, contudo deve ser associado a outros métodos de identificação, uma vez que tal placa frequentemente não acompanha o paciente durante os deslocamentos dentro do hospital ou troca de leito, o que pode culminar em EA⁽¹⁶⁾.

Quanto à comunicação efetiva, os resultados deste estudo demonstram que os profissionais orientam os acompanhantes sobre a rotina do setor e motivos da internação, além de incentivarem sua permanência ao lado do RN em ambas as unidades. Entretanto, as orientações aos acompanhantes contempladas nos demais itens apresentaram fragilidades, incluindo terapia medicamentosa em uso e medidas de prevenção de quedas, que apresentam taxas de adesão mais baixas, especialmente na UTIN. Infere-se, portanto, que os acompanhantes não foram adequadamente orientados sobre como poderiam participar do cuidado seguro ao paciente junto aos profissionais e ressalta-se a necessidade de melhorar a comunicação entre profissionais e acompanhantes.

Revisão integrativa publicada em 2019 sugere que uma família acolhida desde o primeiro minuto de internação, e estimulada a

participar das propostas terapêuticas e ações de segurança do paciente com os profissionais, pode favorecer a melhora clínica do paciente, diminuir o tempo de internação e, conseqüentemente, a incidência de EA⁽¹⁷⁾.

Ainda no que se refere à participação da família na segurança do paciente, estudo conclui que a presença dos pais ou acompanhantes é um recurso pouco explorado e alerta que a família é considerada potencialmente pronta, disposta e capaz de ser uma parceira ativa na melhoria da segurança do paciente na UTIN e na prevenção de eventos adversos⁽¹⁶⁾. Um acolhimento eficaz, por meio de orientações com linguagem acessível e de forma simples, propicia muitos benefícios para a família e para o RN, inclusive o fortalecimento do vínculo profissional-paciente, a capacidade de escuta e o engajamento dos familiares na segurança do paciente⁽¹⁸⁾.

Durante a internação do neonato, os acompanhantes podem contribuir para prevenção de EA no processo de administração de medicamentos, por meio da conferência da identificação do paciente e vigilância da higiene das mãos dos profissionais, tornando-se atores importantes na segurança do paciente⁽¹⁸⁾. Assim, o acompanhante deve ser convidado e incentivado a compartilhar observações e dúvidas, além de participar das ações de segurança junto com os profissionais de saúde.

Os erros relacionados à medicação ocorrem com grande frequência nas instituições de saúde, e há uma relação entre esses incidentes com distrações e falta de informação^(2,8,19). Estudos destacam os seguintes fatores relacionados à segurança na terapia infusional: atenção, cautela e concentração no preparo da medicação, que deve ocorrer em ambiente com luminosidade adequada e que promova a redução de ruídos, seja por placas sinalizadoras, seja por limitação de área física. Destaca-se, ainda, a necessidade de dupla checagem da prescrição e utilização de tabelas ou protocolos internos que contemplem a compatibilidade e estabilidade medicamentosa⁽²⁰⁾.

Após preparadas, as medicações devem ser identificadas com o nome legível do fármaco, data e hora do preparo, além do nome de quem o preparou, a fim de evitar a troca acidental e possibilitar a verificação da estabilidade medicamentosa. Ademais, bombas de infusão devem ser identificadas de acordo com a terapia em curso, e as soluções devem conter rótulos que especifiquem a sua composição e velocidade de infusão. As conexões da linha venosa devem respeitar a ordem de velocidade de gotejamento. Atenção especial deve ser direcionada aos RN em uso de polifármacos. Por fim, equipos, conectores e *three ways* devem estar datados e dentro da validade indicada pela instituição⁽²⁰⁻²¹⁾. Desse modo, são estabelecidas medidas de promoção à segurança medicamentosa, que abrangem as ações preconizadas pelos protocolos do Ministério da Saúde. Tais ações, contudo, não garantem que o erro não ocorrerá, mas tendem a prevenir que aconteça⁽²²⁾. As estratégias de identificação das linhas de acesso vascular com a solução correspondente à infusão, incluindo a conferência da programação das bombas de infusão e de rótulos das soluções infundidas, quando apresentam baixa adesão, estão correlacionadas com o aumento das chances de um erro acontecer^(19,23).

Quanto à educação em saúde, no presente trabalho todos os profissionais de enfermagem foram orientados por meio de capacitações e educação permanente fornecidas pela instituição

participante da pesquisa. A educação dos profissionais de enfermagem é um fator protetor na promoção da segurança do paciente, em virtude da transmissão de informações e apresentação de estratégias de melhoria da prática assistencial⁽¹⁹⁾. Entretanto, observa-se, pelos demais resultados deste estudo, como a integridade do curativo de acesso e o travamento das laterais do berço aquecido e portinholas das incubadoras, que além da educação dos profissionais de enfermagem, outras estratégias de melhoria da assistência se fazem necessárias para consolidar o desenvolvimento de práticas seguras. Nessa direção, percebe-se que a participação da equipe de saúde e o comprometimento dos gestores são essenciais para utilização das evidências científicas atuais e implementação de protocolos nos cenários de saúde⁽¹⁹⁾.

Vários fatores predis põem o RN a infecções, tais como o peso, idade gestacional, fragilidade da pele, imaturidade do sistema imune, fisiologia e quantidade de procedimentos. Sabe-se que a infecção relacionada à assistência à saúde interfere diretamente nos índices de mortalidade neonatal⁽²⁴⁾. Neste estudo, quando analisados os itens referentes à prevenção de infecção, percebe-se que as soluções alcoólicas estavam disponíveis no leito. A sua disponibilidade está relacionada com a maior adesão à higienização das mãos e desinfecção de superfícies e conexões de acessos venosos, o que contribui para a prevenção de infecções relacionadas à assistência em saúde⁽²⁵⁾.

Verificou-se, ainda, que a temperatura e umidificação das incubadoras estavam adequadas para a necessidade do RN. Trata-se de uma medida importante, visto que a termorregulação é um fator de proteção contra infecções e hipóxia, especialmente em RN prematuro⁽²⁶⁾.

Em contrapartida, nos resultados dos demais itens de prevenção de infecção, identificou-se menor adesão naqueles relacionados à integridade dos curativos de acessos venosos. Sabe-se que a sua qualidade é um fator preocupante na assistência prestada ao RN, dado que o local pode tornar-se meio de cultura de microrganismos, levando à contaminação da corrente sanguínea e, conseqüentemente, aumentando a ocorrência de infecções. A infecção primária de corrente sanguínea é uma das complicações mais prevalentes na UTIN, tendo como principal agente biológico as bactérias gram-negativas, as quais apresentam alta resistência à terapia medicamentosa e têm como principal agente de contaminação o cateter venoso central⁽²⁷⁾.

Assim, torna-se imprescindível que a equipe de saúde execute com efetividade os cuidados com a rede venosa, incluindo a avaliação diária da necessidade de manutenção do acesso, verificação da integridade e limpeza do curativo, além da monitorização dos sinais de infecção. Ressalta-se, ainda, a importância de assegurar a implementação de medidas de prevenção simples e de baixo custo, como a higienização das mãos, manutenção de técnicas assépticas em procedimentos invasivos e desinfecção de materiais e superfícies⁽²⁴⁾.

No que se refere à observação dos itens relacionados à prevenção de quedas, identificou-se que algumas rodas dos berços e das incubadoras estavam quebradas ou enferrujadas, bem como não havia lateral superior do berço e portinholas, além de laterais de berço reforçadas com esparadrapo devido ao desgaste em suas travas. Verificou-se, também, a expressiva frequência de não conformidades, em ambas as unidades de estudo, no item

correspondente à orientação do acompanhante quanto ao risco de queda do RN. Este achado, que ocorre de modo mais significativo na UTIN, indica um aumento desse risco para os neonatos hospitalizados. As portinholas, laterais e rodas dos berços e incubadoras devem ser avaliadas continuamente, principalmente após os procedimentos de rotina, uma vez que a movimentação do RN poderá ocasionar a queda⁽²⁸⁾.

Um dos fatores que potencializam o risco de queda no RN é a abertura e/ou fechamento inadequado da incubadora ou berço, tanto para a administração de medicamentos e troca de soluções como para ajuste dos dispositivos de via aérea, pesagem e manipulação do RN. Ressalta-se que esta pode ser realizada pela equipe de saúde ou pelos pais. Além disso, a transferência do RN para outra incubadora ou berço, ou o seu funcionamento inadequado, tal como o deslocamento para realização do cuidado canguru, são situações que geram risco de queda⁽²⁹⁻³⁰⁾.

A identificação dos fatores de riscos assistenciais permite a implementação de estratégias de intervenção e monitoramento, estabelecendo barreiras, garantindo a qualidade do cuidado prestado ao indivíduo e reduzindo a ocorrência de EA. Uma importante e eficaz intervenção é a educação dos profissionais e dos familiares quanto ao risco de queda, pois permite a identificação precoce das situações que potencializam este risco, de modo que o RN receba uma atenção rigorosa e direcionada em seu leito⁽³¹⁾. Além disso, as manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos hospitalares são essenciais e contribuem para minimizar esse risco.

Quanto aos itens relacionados à prevenção de lesão da pele, todos os profissionais estavam orientados a respeito da necessidade de mudança de decúbito do RN e sobre o tipo e periodicidade da higiene corporal adequados à clínica do paciente. Todavia, observou-se frequência expressiva de não conformidades na UTIN quanto à fixação dos dispositivos de assistência. Sabe-se que os avanços tecnológicos na área da saúde foram imprescindíveis para o aumento da sobrevivência dos RN que demandam cuidados intensivos. Entretanto, muitas tecnologias e intervenções fundamentais para esse cuidado exigem o uso de dispositivos médicos, os quais, por sua vez, podem ocasionar lesões na pele quando mal posicionados. Além desses, outros fatores configuram risco para a ocorrência de lesões, tais como a fragilidade da pele do RN, a fricção, o cisalhamento e a imobilidade⁽³²⁾. A fim de evitar complicações, EA e piora do estado clínico, é essencial que a equipe assistencial esteja orientada e posicione corretamente o paciente e os dispositivos de assistência. Ressalta-se que os EA podem prolongar o tempo de internação e levar o paciente a óbito⁽³⁾.

Limitações do estudo

Considera-se como limitação deste estudo a possibilidade de mudança intencional de atitude por parte dos profissionais, por

estarem cientes de que poderiam ser observados durante a sua prática. Para evitar esse comportamento, a pesquisadora buscou ter o máximo de discrição no momento da avaliação. Ademais, o estudo foi realizado em um único cenário, e teve a exclusão do período noturno durante a avaliação.

Contribuições para a área

Os resultados apresentados sugerem a viabilidade e utilidade da aplicação prática, nas unidades neonatais, de um instrumento construído e validado para segurança do paciente no cuidado de enfermagem. Portanto, o estudo contribui para a identificação de potencialidades e fragilidades da equipe de enfermagem quanto às ações de segurança e suscita reflexões sobre estratégias capazes de fortalecer a segurança do paciente. Além disso, pode fomentar discussões aplicáveis ao contexto de ensino, pesquisa e prática da enfermagem.

É possível que os achados auxiliem os profissionais e gestores a buscarem novas estratégias de capacitação e reestruturação do processo de trabalho, a fim de garantir práticas mais seguras. Ademais, esta pesquisa pode subsidiar a inclusão de elementos essenciais nos currículos formativos do curso técnico e superior de enfermagem, com o propósito de favorecer o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente.

CONCLUSÕES

O estudo permitiu identificar a frequência da adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente em unidades neonatais, por meio de um instrumento previamente validado. Os itens que apresentaram as maiores frequências de adesão foram relativos ao uso de pulseira de identificação e fornecimento de orientação aos acompanhantes. Em contrapartida, a checagem da pulseira e avaliação da trava das rodas dos berços e incubadoras apresentaram as menores taxas de conformidade, o que expõe os neonatos a eventos adversos evitáveis.

A metodologia empregada possibilitou o conhecimento das estratégias que contribuem para a segurança do paciente, de acordo com as metas internacionais, como também a identificação das fragilidades do serviço, as quais podem levar ao EA. Além disso, os resultados apresentados podem subsidiar estratégias de intervenção, considerando que os eventos adversos podem ser evitados.

Conclui-se que o "Checklist de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal" pode ser aplicado na prática assistencial e oferecer subsídios para o desenvolvimento de um diagnóstico situacional, contribuindo para o planejamento e o desenvolvimento de estratégias capazes de aumentar a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). More than word: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. 2009 [cited 2020 Jul 02]. WHO/IER/PSP/2010.2 Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Lanzillotti LS, Seta MH, Andrade CLT, Mendes Jr WVM. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):937-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.16912013>

3. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: forward programme [Internet]. 2004 [cited 2020 Jul 02]. 33p. Available from: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 01]. Brasília, DF. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada. - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 01]. Brasília, DF. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília (DF): ANVISA; 2015 [cited 2020 Jul 01]. 108p. Available from: <https://proqualis.net/livro/servi%C3%A7os-de-aten%C3%A7%C3%A3o-materna-e-neonatal-seguran%C3%A7a-e-qualidade>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 01]. Brasília, DF. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html
8. Lanzillotti LS, Andrade CLT, Mendes W, Seta MH. Eventos adversos e incidentes sem dano em recém-nascidos notificados no Brasil, nos anos 2007 a 2013. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00100415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100415>
9. Flicker LS, Rose SL, Eves MM, Flamm AL, Sanghani R, Smith ML. Developing and testing a checklist to enhance quality in ethics consultation. *J Clin Ethics*. 2015 [cited 2020 Jul 04];25(4):281–90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4552192/pdf/nihms714715.pdf>
10. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
11. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.389, de 30 de Dezembro de 2013. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 15]. Brasília, DF. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3389_30_12_2013.html
12. Silva DC. Validação De Conteúdo Dos Checklists de Segurança do Paciente no Cuidado de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal [Dissertação] [Internet]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2019 [cited 2020 Jul 02]. Available from: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/30260>
13. Gomes APTS, Querido DL, Silva GRS, Almeida LF, Rocha RG. The importance of new born identification to the delivery of safe patient care. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3):e49501. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.49501>
14. Silva RSS, Rocha SS, Gouveia MTO, Dantas ALB, Santos JDM, Carvalho NAR. Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals. *Escola Anna Nery* 23(2) 2019. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0222>
15. Gray JE, Suresh G, Ursprung R, Edwards WH, Nickerson J, Shiono PH, et al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: quantification of risk. *Pediatrics*. 2006;117 (1). P. 43-47. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0291>
16. Bernal SCZ, Raimondi DC, Oliveira JLC, Inoe KC, Matsuda LM. Práticas de identificação do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare Enferm*. 2018;23(3):e-55390. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i3.55390>
17. Exequiel NP, Milbrath VM, Gabatz RIB, Vaz JC, Hirschmann B, Hirschmann R. Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm Atual Derme*. 2019;89(27). <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.466>
18. Sousa FCP, Montenegro LC, Gouveia VR, Corrêa AR, Rocha PK, Manzo BF. Family participation in patient safety in neonatal units from the nursing perspective. *Texto Contexto Enferm*, 2017;26(3):e1180016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>
19. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Padilha MICS, Schneider DG, Trindade LL. Work process: a basis for understanding nursing errors. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03489. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018001803489>
20. Noleto R, Campos C. Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para garantir a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva neonatal. *J Business Techn* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 15];16(2):92-103. Available from: <http://revistas.faculadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/605>
21. Almeida VS, Andrade M, Querido DL, Christoffel MM, Alves AMA, Esteves APVS. O processo de trabalho de um time de medicação na perspectiva de uma pesquisa-ação. *Rev Eletr Enferm*. 2019;21:54575. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.54575>
22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Anexo 3: Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [cited 2020 Oct 15]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>
23. Manzo BF, Brasil CLGB, Reis FFT, Correa AR, Simão DAS, Costa ACL. Safety in drug administration: research on nursing practice and circumstances of errors. *Enferm Global*. 2019;56:46-56. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344881>
24. Daniel VP, Silva JSLG. A Enfermagem e sua colaboração na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Pró Univer SUS* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 02];08 (1):03- 07. Available from: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/687>

25. Derhun FM, Souza VS, Costa MAR, Hayakawa LY, Inoue KC, Matsuda LM. Uso da preparação alcoólica para higienização das mãos. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(2):320-8. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23095p320-328-2018>
 26. Faria TJ, Kamada I. Skin injuries in newborns in neonatal intensive care. *Enferm Glob*. 2018;17(49):211-36. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.273671>
 27. Santos PCF, Martins MJL. Infecções relacionadas à assistência à saúde na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. *Revista H-Tec Humanidades e Tecnologia*. 2019 [cited 2020 Jul 06];3(2). Available from: <https://www.revista.fateccruzeiro.edu.br/index.php/htec/article/view/121/82>
 28. Sánchez-Bañuelos LG, Pérez J, Tamariz FE, Delgado M. Seguridad del neonato hospitalizado. *Aproximaciones y propuestas*. *Enferm Univ*. 2012;9(2):2736. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2012.2.235>
 29. Helsley L, McDonald JV, Stewart VT. Addressing In-Hospital "Falls" of Newborn Infants. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(7):327-33. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36049-1](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36049-1)
 30. Torino VV, Tsunehiro MA, Santos AU, Aragaki IMM, Shimoda GT. Newborn falls in rooming-in care. *Cogitare Enferm*. 2016;21(4):1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.45852>
 31. Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VLM, Pinho LB, Lucena AF. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03308. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017024203308>
 32. Martins COA, Curado MAS. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. *Rev Enferm Ref*. 2017;13(5):43-52. <https://doi.org/10.12707/RIV16082>
-