

A IMPORTÂNCIA DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Jackeline Silocchi Redante

Enfermeira. Pós-graduanda MBA em Gestão Hospitalar, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente; Pós-graduanda em Urgência, Emergência e UTI.
Enfermeira Assistencial II, Hospital Santo Antônio, Blumenau, SC, BRASIL.

Elaine Cristina Novatzki Forte

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Resumo: A problemática do erro humano e a segurança do paciente no sistema de saúde vêm sendo tema de vários estudos. A preocupação com a segurança já se mostra implícita no modelo brasileiro de atenção à saúde, que é “pautado na defesa da vida”. Para tanto, este estudo tem por objetivo destacar a partir da literatura e da legislação vigente, a importância dos Núcleos de Segurança do Paciente em UTI. Como método adotou-se a revisão narrativa de literatura a fim de possibilitar reflexões acerca da temática. Após a publicação da RDC n. 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabeleceu-se a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. Em virtude da complexidade da assistência na UTI, torna-se necessário e fundamental a atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente. Os NSPs podem ainda utilizar estratégias para promover a segurança do paciente, podendo incluir intervenções únicas ou várias intervenções combinadas de maneira a tratar questões de eventos adversos, melhorando ainda a qualidade da assistência segura para o paciente.

Palavras Chave: Segurança do Paciente; Terapia Intensiva; Enfermagem; Gestão da Segurança.

1 INTRODUÇÃO

A problemática do erro humano e a segurança do paciente no sistema de saúde vêm sendo tema de vários estudos nas duas últimas décadas, tendo como destaque principal a publicação do *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos da América, evidenciando que o número de mortes decorrentes de erros durante a assistência à saúde é maior que as relacionadas aos acidentes de automóvel, câncer de mama e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida combinados. Destaca que, nesse país, cerca de 98.000 pessoas morrem por ano em decorrência de falhas na assistência à saúde. Desde então, passou-se a reconhecer que as organizações de saúde não apenas curam doenças e aliviam a dor, mas também causam dano e sofrimento (MELLO; BARBOSA, 2013).

A prestação de serviços na área da saúde depende intensivamente de complexas interações entre pessoas, materiais, medicamentos, equipamentos e instalações. Tal característica eleva a chance de algo sair errado. Consequentemente, cada vez mais a assistência médico hospitalar necessita da aplicação do conhecimento gerencial para reduzir falhas e incidentes oriundos das discontinuidades existentes nos variados processos de cuidado do paciente (QUINTO NETO, 2008).

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado. A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável (BRASIL, 2014).

O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente. A preocupação com a segurança já se mostra implícita no modelo brasileiro de atenção à saúde, que é “pautado na defesa da vida”.

No entanto, a ampla variedade e os diferentes níveis de complexidade das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde apresentam características e necessidades específicas quanto à segurança do paciente. O hospital ainda está no centro das atenções de profissionais e instituições de saúde, órgãos governamentais e pesquisadores. A atenção primária, por sua vez, tem especificidades quanto à segurança do cuidado que precisam ser identificadas e adequadamente abordadas. Desse modo, será possível melhorar suas estruturas, modelos e métodos e oferecer cuidados mais seguros.

Para que o cuidado seja seguro, também é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro. É preciso que medidas de segurança sejam sistematicamente inseridas em todos os processos de cuidado (REBRAENSP, 2013).

Nas diversas profissões da área de saúde, o erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores associados, quer sejam inerentes ao próprio paciente de ordem institucional, financeira e de recursos estruturais, como planta física, materiais ou equipamentos, além dos fatores humanos, como a falta de conhecimentos e habilidades. O primeiro passo para o entendimento e prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua ocorrência além dos tipos, causas e consequências (YOSHIKAWA, et al, 2013)

Em paralelo, ao redor do mundo, a gestão de riscos e a melhoria de qualidade e nos cuidados passam a ter esforços conjuntos dentro das organizações de saúde, perseguindo a segurança do paciente. Fortaleceram-se o cuidado ao paciente e as práticas de vigilância e monitoramento como componentes indissociáveis das discussões sobre o ambiente, as práticas e o uso das tecnologias em saúde, já historicamente presentes no contexto da vigilância sanitária (BRASIL, 2014).

A segurança do paciente sempre permeou legislações sanitárias brasileiras, mas somente em 2013 o Brasil lançou um programa oficial sobre o tema. Trata-se da Portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 01 de abril de 2013, que Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e cria o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) (BRASIL, 2013a).

Nesse mesmo contexto, a RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e deu outras providências, como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (BRASIL, 2013b).

Para tanto, este estudo tem por objetivo, destacar a partir da literatura e da legislação vigente, a importância dos núcleos de Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva.

Como método adotou-se a revisão narrativa de literatura a fim de possibilitar possíveis reflexões acerca da temática.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Segurança do paciente no Mundo

A Organização Mundial da Saúde, atenta ao tema das falhas e incidentes na assistência à saúde, classificou a questão como um problema de saúde pública, lançou uma campanha denominada “Aliança Mundial pela Segurança do Paciente” e vem promovendo a disseminação de conhecimentos sobre o assunto (QUINTO NETO, 2008).

A OMS estima que milhões de pacientes em todo o mundo sofrem lesões incapacitantes ou morte a cada ano devido a práticas médicas inseguras. Estima-se que, nos países ricos e tecnologicamente avançados, um em cada 10 pacientes é prejudicado ao receber cuidados médicos no ambiente hospitalar (WHO, 2008).

2.2 Segurança do paciente no Brasil

No Brasil o número de iniciativas é mais reduzido e recente. Em 2009 foi criado o *web site* Proqualis, voltado para a produção e disseminação de informação em qualidade e segurança do paciente. Está vinculado à Fundação Oswaldo Cruz e conta com o financiamento do Ministério da Saúde (PROQUALIS).

Recentemente, em abril de 2013, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Em seguida, em julho de 2013 a ANVISA lançou no Diário Oficial da União a Resolução da Diretoria Colegiada de número 36, (RDC 36/2013), que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde no país (BRASIL, 2013b).

Segurança do paciente é a redução e a mitigação de atos não seguros no sistema de assistência à saúde, assim como a utilização das melhores práticas que conduzem a resultados ótimos para o paciente. Esse conceito se revela útil, principalmente pelo caráter prático: reduzir situações indesejáveis decorrentes da assistência ao paciente e, no caso da ocorrência, dispor de medidas que limitem o dano e restrinjam a chance de repetição do fenômeno. A segurança do paciente, portanto, alude à extensão em que um serviço de saúde pode minimizar um dano inadvertido e evitar riscos potenciais para o paciente (QUINTO NETO, 2008).

2.3 Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente

A partir da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabeleceu-se a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no Plano de Segurança do Paciente (PSP) cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do PSP. Ainda em 2013, foi publicado a RDC nº 53, de 14 de novembro de 2013, que alterou o artigo 12 da RDC nº 36/2013, prorrogando os prazos para a estruturação dos NSPs, elaboração do PSP e notificação mensal dos eventos adversos, contados a partir da data da publicação da norma (BRASIL, 2014).

Seguindo nessa lógica da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente a nova política de segurança do paciente que vem sendo disseminada mundialmente, tema tão falado, porém dentro da prática assistencial tão distante da realidade cotidiana. Ao desenvolver a capacitação permanente enquanto enfermeira dar-se-á ênfase às metas de segurança do paciente, bem como a orientação das práticas seguras ao assistir os clientes.

A prática insegura ainda tende a persistir nos processos assistenciais administrativos dos estabelecimentos de saúde em todo o mundo (BRASIL, 2014).

Segundo a RDC nº 36/2013, o NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b). A referida RDC conceitua o Núcleo como sendo “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”.

Os membros deste núcleo devem representar diferentes setores do hospital, e, quando possível, é interessante contar com a participação de pacientes e cuidadores, além de especialistas no assunto, como no caso de hospitais ensino que podem contar com professores da área. É desejável que os membros deste comitê tenham especial interesse pelo assunto, além de conhecimento e engajamento pela causa (BRASIL, 2014a).

Dentro dessa perspectiva do desenvolvimento das ações, é necessário frisar que essas ações são fundamentais para a melhoria da assistência de saúde nos hospitais.

De acordo com as orientações é implantado o núcleo de segurança, desenvolvido os protocolos para que as metas de segurança do paciente sejam eficazes e tenham um impacto de melhoria para a assistência prestada pelos profissionais.

Após a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) que é obrigatória, de acordo com a RDC nº36/ 2013, não é um documento cartorial e servirá como um roteiro para os profissionais estabelecerem ações para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde .

Ressalta-se que o PSP não deve ser um plano de intenções vago e impreciso. As ações macroestratégicas devem ser decompostas até o nível operacional com um cronograma de atividades claro e com os responsáveis pelas atividades identificadas.

2.4 Segurança do Paciente e Educação Permanente

Novas tecnologias na área da saúde se incorporam de uma forma muito rápida. Constantemente as listas de medicamentos padronizados se ampliam, em função de novos tratamentos; novos materiais e equipamentos são adquiridos. Essa inovação também ocorre na gestão. Novos instrumentos e enfoques de gestão surgem para auxiliar na gestão profissional dos estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2014b).

Uma das áreas que mais contribuem para novas tecnologias de gestão de estabelecimento de Saúde é a da segurança do paciente. As tecnologias oriundas da segurança do paciente não são direcionadas apenas aos gestores, mas dizem respeito também aos chefes de serviços e membros das comissões de qualidade dos serviços.

Os estabelecimentos de Saúde necessitam incorporar as novas tecnologias em um programa de educação permanente dos profissionais da Saúde. Portanto, faz parte dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde influir no programa de educação permanente (BRASIL, 2014b).

As instituições de saúde e os serviços de enfermagem estão em constantes modificações na tentativa de se adaptarem a essa realidade, buscando a educação continuada como componente essencial no desenvolvimento de pessoas, que como capital humano intelectual, deve ser objeto de análises permanentes de suas necessidades com vistas a mudanças e melhorias nos processos de trabalho para que a assistência aos clientes alcance níveis satisfatórios de qualidade (BEZERRA et al, 2012).

Os hospitais que conquistam a certificação denominada acreditação, apresentam como regra uma cultura de colaboração entre diversos serviços, setores e unidades. Para que a acreditação seja conquistada é fundamental o apoio dos gestores, geralmente há uma preocupação dos gestores com custos, nesse caso de instituições acreditadas a um forte investimento em detrimento da qualidade e segurança (QUINTO NETO, 2008).

A Educação Continuada é um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde. É "um processo que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social" (SILVA; SEIFFERT, 2009).

2.5 Segurança do Paciente e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Dentre os diferentes ambientes, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que, por suas características, é considerada um cenário assistencial de alto risco. Essa unidade tem por peculiaridade um cuidado que é intensivo, ou seja, deve ser prestado de forma rápida, envolve muitos procedimentos, produz um grande volume de informações, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face de gravidade dos pacientes, trabalha sob um forte estresse, por lidarem diretamente com situações de vida e morte em que as decisões devem ser tomadas rapidamente (MELLO; BARBOSA, 2013).

No Brasil, esse tipo de serviço surgiu na década de 1960, em hospitais de grande porte do sul e sudeste do país. Seu processo de implantação e implementação em nível nacional foi lento e subsidiado de forma mais consistente pelas práticas americanas na área da atenção à saúde (SIMÃO, 1976).

A finalidade da UTI é concentrar pacientes de alto grau de complexidade numa área hospitalar adequada, demandando disponibilidade de infraestrutura própria, com provisão de equipamentos e materiais, bem como a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de um trabalho com segurança, promovendo por meio de uma assistência contínua o restabelecimento das funções vitais do organismo (TAVARES, 2013).

Em 2010, foi instituída pela ANVISA a Resolução n.º 7, de 24 de fevereiro, que supre a necessidade de estabelecer os requisitos mínimos para funcionamento de UTI (BRASIL, 2010). Essa resolução define como área crítica, a área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de micro-organismos de importância epidemiológica (BRASIL, 2010).

Portanto, é um ambiente onde os riscos são aumentados e o cuidado pautado na segurança e na qualidade é imprescindível para amenizar esses riscos (TOFFOLETTO, 2008).

A essência da enfermagem em cuidados intensivos não está no ambiente ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisão, baseada na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente, com ênfase em uma assistência segura (BARBOSA et al., 2014).

O NSP possui a atribuição de elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP das instituições de saúde. Deve atuar como articulador e incentivador dos demais departamentos e unidades do serviço de saúde que gerenciam riscos e promovem ações de qualidade (BRASIL, 2014b).

Sendo o NSP peça fundamental para a melhoria contínua dos processos de cuidados e do uso de tecnologias da saúde, disseminando a sistemática da cultura de segurança, melhorando a disseminação e a integração dos processos de gestão de risco, garantindo as boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

2.6 Cultura de Segurança do Paciente e enfermagem

A ocorrência de eventos adversos na assistência coloca em risco a vida de pacientes e tem merecido atenção dos enfermeiros na busca por cuidados que assegurem um mínimo de riscos. As investigações sobre práticas seguras preocupam os enfermeiros, pois as pesquisas ainda não indicam abordagem específica aos desafios sobre segurança em enfermagem (BARBOSA et al. 2014).

Atualmente, existe a tendência de promover o envolvimento de todos os níveis da organização, desde o gerencial até os profissionais que atuam na linha de frente, estimulando o reconhecimento das circunstâncias de risco na organização (MELLO; BARBOSA, 2013).

A enfermagem desempenha um papel fundamental nesse reconhecimento, tanto pelo seu contingente como pela sua proximidade constante e ininterrupta na assistência ao paciente, estando apta a identificar estes riscos, bem como a oferecer valiosas sugestões de melhoria. Nesse sentido, têm sido realizados estudos com os profissionais, para que sejam avaliados quais aspectos existentes na cultura dos ambientes de trabalho podem ser favoráveis ou não para a segurança do paciente (MELLO; BARBOSA, 2013).

Cultura que encoraja e recompensa, que promove o aprendizado organizacional, estruturam a resolução de problemas, estrutura e proporciona recursos, estrutura a responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

De acordo com Hudak e Gallo (1997), o papel do enfermeiro na unidade de tratamento intensivo consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas .

A prática profissional nesses locais traz implícita a necessidade de formação profissional e aperfeiçoamento. No entanto, o senso comum seja considerado que a ocorrência de erro esteja atrelada única e exclusivamente à competência profissional, estudos mostram que aspectos da cultura organizacional têm um profundo efeito para a segurança do paciente (MELLO; BARBOSA, 2013).

A cultura organizacional é positivamente correlacionada com o comportamento do líder. O líder influencia no desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças de seus subordinados, possibilitando o fortalecimento da cultura organizacional.

A necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional é apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Nas organizações de saúde, uma cultura de segurança resulta de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a competência da gestão da segurança e saúde da organização. De uma forma breve e intuitiva, a cultura organizacional também pode ser compreendida como “[...] a forma como as coisas são feitas por aqui” (MELLO; BARBOSA, 2013).

Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2103).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil o número de iniciativas é mais reduzido e recentemente o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente vinculado a Fundação Oswaldo Cruz.

Em decorrência das falhas na assistência em saúde é notório que nessas últimas décadas tem havido crescente preocupação com a melhoria da assistência em saúde segura aos pacientes, instigando ainda a aplicação do conhecimento para reduzir as falhas e incidentes existentes nos variados processos de cuidado do paciente.

Na atenção à saúde, a segurança é um requisito para a qualidade da assistência prestada ao paciente. A segurança do paciente é classificada como redução de risco e danos desnecessários associados ao cuidado, até um mínimo aceitável.

Entre diversos setores no âmbito hospitalar, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que, por suas características, é considerada um cenário assistencial de alto risco, bem como um setor onde os riscos são potencialmente aumentados e o cuidado pautado na segurança e na qualidade são fundamentais para a redução dos riscos.

A ocorrência de eventos adversos na assistência coloca em risco a vida de pacientes e tem merecido atenção dos profissionais na busca por cuidados que assegurem um mínimo de riscos. A enfermagem tem papel fundamental nesse reconhecimento, tanto pelo seu contingente como pela sua proximidade constante e ininterrupta na assistência ao paciente, estando apta a identificar estes riscos, bem como a oferecer valiosas sugestões de melhoria.

Após a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabeleceu-se a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. Os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) têm papel fundamental em todo processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) e notificação dos eventos adversos.

Os NSPs e o desenvolvimento dos PSPs é um processo contínuo, dinâmico, também responsável pelo diagnóstico, priorização, gestão de risco, contribuindo para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade e segura para o paciente.

Em virtude da complexidade das Unidades de Terapia Intensiva, que exigem atendimento de forma rápida, oportunizam vários procedimentos, circulam grande demanda de informações, as equipes têm muitos profissionais, que precisam ainda de inteligência emocional constante por lidarem diretamente com situações de vida e morte. Mas acima de tudo a Unidade de Terapia Intensiva tem a finalidade de buscar desenvolver o trabalho com segurança para o restabelecimento das funções vitais de cada organismo. .

O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente.

É necessário para que o cuidado seja seguro, a construção da cultura de segurança do paciente, que os profissionais e serviços promovam práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução de danos, provendo o cuidado seguro, sendo importante em todos os processos de cuidado.

Para que essas ações e medidas sejam sistematizadas se faz necessário ter Núcleos de Segurança do Paciente atuantes, com Planos de Segurança do Paciente bem estabelecidos e de acordo com a realidade institucional que esteja inserida.

Em paralelo, ao redor do mundo, a gestão de riscos e a melhoria de qualidade e nos cuidados passam a ter esforços conjuntos dentro das organizações de saúde, perseguindo a segurança do paciente.

A cultura organizacional é positivamente correlacionada com o comportamento do líder. O líder influencia no desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças de seus subordinados, possibilitando o fortalecimento da cultura organizacional.

Apesar de a enfermagem ter grande proximidade com os pacientes, o envolvimento de profissionais de vários setores é fundamental dentro do Núcleo de Segurança do Paciente.

Em virtude da complexidade da assistência na Unidade de Terapia Intensiva, torna-se necessário e fundamental a atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente, pois uma maior atenção a esses aspectos pode propiciar cuidados que evitem danos aos clientes, traçando assim ações precisas, monitorando e avaliando a execução das ações.

Os NSPs podem ainda utilizar estratégias para promover a segurança do paciente e podem incluir intervenções únicas ou várias intervenções combinadas de maneira a tratar questões de eventos adversos, melhorando ainda a qualidade da assistência segura para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, T. P. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 27, n.3 maio/jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000300243&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 mar. 2015.
2. BEZERRA, A. L. Q. et al. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 14, n. 3, p: 618-625, jul/set.,2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a19.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2015.
3. BRASIL. 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/Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília: Anvisa, 2014.
4. _____. _____. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária–** Brasília: Anvisa, 2014.
5. _____. _____. **Resolução da 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013b.
6. _____. _____. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Republicada no Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 22 de fevereiro de 2010.
7. _____. _____. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 b.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
8. _____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente /** Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
9. _____. _____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013. 2013a.
10. _____. _____. **Portaria GM/MS nº 529, de 01 de abril de 2013a.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente **PROQUALIS.** Disponível em: <<http://proqualis.net/sobre-o-proqualis>>. Acesso em: 13 abr. 2015.
11. HUDAK, C.M.; GALLO, B.M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem.** Uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
12. MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, out/dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031>. Acesso em: 30 mar. 2015.
13. QUINTO NETO, A. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. **RAS.** v. 10, n. 41, out/dez. 2008.
14. REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente:** manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.
15. REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde**

- coletiva[online].** v.18, n.7, p. 2029-2036, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700018&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 maio 2015.
- 16.** SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. bras. enferm. [online].** v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 maio 2015.
- 17.** SIMÃO, A. T. **Terapia intensiva.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1976.
- 18.** TAVARES, V. H. **Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Análise do Uso da Restrição Física.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- 19.** TOFFOLETTO, M.C. **Fatores associados aos eventos adversos em uma Unidade de Terapia Intensiva.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- 20.** WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009.** 1st ed. Geneva: WHO, 2008.
- 21.** YOSHIKAWA, J. M. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta paul. enferm. [online].** v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100005>. Acesso em: 30 mar. 2015.