

## Retirada não planejada de dispositivos invasivos e suas implicações para a segurança do paciente crítico

Unplanned removal of invasive devices and their implications for the safety of the critical patient

La retirada no planificada dispositivos invasivos y sus implicaciones para la seguridad del paciente crítico

Larissa Maria Vasconcelos Pereira<sup>1</sup>; Luana Ferreira de Almeida<sup>2</sup>; Andrezza Serpa Franco<sup>3</sup>; Ana Lúcia Cascardo Marins<sup>4</sup>; Gabriella da Silva Rangel Ribeiro<sup>5</sup>; Mirian Carla de Souza Macedo<sup>6</sup>

Pesquisa com financiamento próprio. Artigo produzido a partir da monografia intitulada: Retirada não Planejada de dispositivos invasivos e suas implicações para a segurança do paciente crítico, 2016, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

### Como citar este artigo:

Pereira LMV; Almeida LF; Franco AS; et al. Retirada não planejada de dispositivos invasivos e suas implicações para a segurança do paciente crítico. Rev Fund Care Online. 2018 abr/jun; 10(2):490-495. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.490-495>

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the unplanned removal of invasive devices in an intensive care unit. **Methods:** Descriptive, retrospective, documental study with a quantitative approach. The data were collected from the registry of the insertion and removal of tubes, catheters and drains, installed in critical patients. For analysis, simple statistics were used. Research approved by the research ethics committee of the Pedro Ernesto University Hospital, CAAE: 55182716.8.0000.5259. **Results:** The enteric catheter for feeding was highlighted among those devices withdrawn in an unplanned manner (42%). The reasons for the unplanned removal of the devices were: patient withdrawal (33%), obstruction (30%) and accidental loss (21%). **Conclusion:** The results were similar to those

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva na modalidade de Residência. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: larissa.vasconcelos@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Educação em Ciências e Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Professora do Curso de Especialização em Enfermagem Intensivista da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: luana.almeida3011@gmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Professora do Curso de Especialização em Enfermagem Intensivista da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dezza.franco@gmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: cascardo.ana@gmail.com.

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva na modalidade de Residência. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: gabriellasrr@gmail.com.

<sup>6</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva na modalidade de Residência. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: m.carladesouza@yahoo.com.br.

described in the literature and should serve as a basis for planning actions directed towards safer assistance.

**Descriptors:** Critical Care, Patient Safety, Equipment and Supplies, Nursing

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a retirada não planejada de dispositivos invasivos em uma unidade de terapia intensiva. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, documental com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir do registro da inserção e retirada de tubos, cateteres e drenos, instalados em pacientes críticos. Para análise, utilizou-se a estatística simples. Pesquisa aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, CAAE: 55182716.8.0000.5259.

**Resultados:** O cateter entérico para alimentação se destacou dentre aqueles dispositivos retirados de forma não planejada (42%). Os motivos pelos quais ocorreu a retirada não planejada dos dispositivos foram: retirada pelo paciente (33%), obstrução (30%) e perda acidental (21%). **Conclusão:** Os resultados encontrados foram semelhantes aos descritos na literatura e devem servir de base para o planejamento de ações direcionadas para uma assistência mais segura.

**Descritores:** Cuidados Críticos, Segurança do paciente, Equipamentos e provisões, Enfermagem

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la eliminación planificada de productos invasivos, en una unidad de cuidados intensivos. **Métodos:** estudio documental retrospectivo descriptivo con un enfoque cuantitativo. Los datos fueron recolectados a partir de lo registro de la inserción y la eliminación de tubos, catéteres y drenajes, instalado en pacientes críticamente enfermos. Para el análisis, se utilizaron las estadísticas sencillas. De investigación aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Pedro Ernesto, CAAE: 55182716.8.0000.5259. **Resultados:** El catéter para la alimentación entérica se destacaban entre las tomadas de los dispositivos de manera no planificados (42%). Las razones por las que la retirada no fue dispositivos previstos fueron retiradas por el paciente (33%), obstrucción (30%) y la pérdida accidental (21%). **Conclusión:** Los resultados fueron similares a los descritos en la bibliografía y debe ser la base para la planificación de acciones orientadas a una atención más segura.

**Descritores:** Cuidados Críticos, la seguridad del paciente, equipos y suministros, Enfermería

## INTRODUÇÃO

O paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerado crítico e demanda cuidados altamente especializados por parte da equipe multidisciplinar de saúde. Estes cuidados são ofertados com a utilização de tecnologias, tais como dispositivos invasivos que oferecem suporte de vida e monitorização hemodinâmica. Os dispositivos mais utilizados em UTI são: tubo orotraqueal, cânula de traqueostomia, cateter venoso central, cateter venoso periférico, cateter arterial, cateter entérico, cateter vesical de demora e drenos.

A instalação destes dispositivos é uma decisão médica. No entanto, a equipe de enfermagem, em seus cuidados ininterruptos e vigilância constante, participa ativamente na con-

tinuidade da terapia implementada. Como parte do cuidado de enfermagem, a prevenção de complicações em decorrência do uso desse tipo de tecnologia, que é amplamente empregada na UTI<sup>1</sup> deve ser discutida, devido à expressiva morbidade e mortalidade evitáveis e gastos adicionais.<sup>2</sup>

No que tange às consequências de sua retirada não prevista pode-se citar, por exemplo, lesões e aumento do tempo de permanência na unidade, custos gerados para a instituição com tratamento de lesões e infecções, prolongamento da internação, planejamento adequado da assistência de enfermagem e a minimização de riscos relacionados à assistência.

No cenário da UTI, o risco assistencial parece ser intimamente ligado à prática devido a todo o aparato tecnológico, gravidade dos pacientes, grande número de procedimentos, maior quantidade de profissionais, entre outros. Especialmente quando se trata de UTI de hospitais universitários, que além do quantitativo de profissionais dimensionados pela legislação, um número muito grande de residentes de todas as equipes especializadas de UTI. A alta complexidade do cuidado em terapia intensiva e as condições clínicas dos pacientes tornam o sistema de cuidados vulnerável e suscetível a riscos.<sup>3</sup>

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a retirada não planejada de dispositivos invasivos em uma unidade de terapia intensiva.

## MÉTODOS

Pesquisa descritiva, retrospectiva, documental, com abordagem quantitativa, realizada em uma UTI geral de adulto de um Hospital Universitário, localizado no município do Rio de Janeiro. A unidade em questão possui 10 leitos ativos, sendo um deles destinado a isolamento respiratório. A equipe de enfermagem trabalha em regime de plantão 12 x 60 horas. O setor conta com 01 enfermeiro em cada plantão diurno ou noturno, 02 enfermeiros diaristas, 01 gerente de enfermagem, 07 enfermeiros residentes do primeiro ano e 08 do segundo ano. Três docentes de enfermagem se revezam e supervisionam em média 4 alunos de graduação em 4 dias da semana, em geral durante o período da manhã. Quanto aos técnicos de enfermagem, cada equipe (diurna e noturna) conta em média com 5 destes, além de 02 diaristas.

O estudo foi submetido à apreciação técnica do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi desenvolvida a pesquisa em março de 2016 e foi aprovado em abril de 2016 sob o CAAE: 55182716.8.0000.5259, número do parecer: 1.517.676. Por tratar-se de um estudo com análise documental não se fez necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado às pesquisas envolvendo seres humanos conforme a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>4</sup>

Os dados foram coletados através de um formulário com questões fechadas referentes aos dispositivos invasivos utilizados, o tempo de permanência, motivo de sua retirada (planejada ou não) e o turno de trabalho em que se regis-

trou o ocorrido. Para tanto, foram analisados os impressos preenchidos por enfermeiros do setor, quando há instalação e retirada de dispositivos invasivos.

Foram incluídos na pesquisa os dados referentes aos seguintes dispositivos: cateter venoso central, cateter arterial, cateter venoso periférico, tubo orotraqueal, cânula de traqueostomia, cateter vesical de demora e cateter entérico. Foram excluídos dados referentes a dispositivos invasivos que não são comumente empregados na unidade tais como cateter peridural e cateter intracraniano.

Os dados foram coletados no período de maio a agosto do ano de 2016, e referiram-se aos dispositivos instalados nos pacientes admitidos no setor nos anos de 2014 e 2015. Após a fase de coleta, os dados foram tabulados e analisados através de estatística simples (absoluta e percentual).

## RESULTADOS

Foram analisados 360 impressos que continham registro de dispositivos invasivos instalados nos pacientes. Encontrados 1492 registros e excluídos 392 da amostra, por não conter alguma informação como a data da inserção ou da retirada, ou a justificativa de retirada do dispositivo. Foram analisados, então, os registros relacionados a 1084 dispositivos invasivos. Foram retirados de maneira não planejada 414 (40%) dispositivos invasivos.

**Tabela 1** - Relação de dispositivos retirados de forma não planejada

Dispositivo	Retirada de forma não planejada			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Cateter entérico	173	42	58	7
Cateter venoso periférico	89	21	81	12
Cateter venoso central	51	12	200	30
Cateter vesical de demora	30	7	82	12
Cateter arterial	28	7	96	14
Tubo orotraqueal	22	5	96	14
Cânula de traqueostomia	11	3	31	5
Drenos	10	2	26	4
Total	414	38	670	62

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Quanto ao turno de trabalho, 57% dos dispositivos foram retirados de maneira não planejada durante o serviço diurno (SD). Dos 8 tipos de dispositivos analisados, apenas o cateter venoso central foi retirado de forma não planejada mais vezes durante o serviço noturno (SN).

**Tabela 2** - Distribuição de dispositivos invasivos retirados de forma não planejada, em relação ao turno de trabalho.

Dispositivo	Turno de trabalho			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Cateter entérico	101	42	78	45
Cateter venoso periférico	47	20	36	20
Cateter venoso central	24	10	27	15
Cateter vesical de demora	18	7	12	7
Cateter arterial	21	9	07	4
Tubo orotraqueal	12	5	10	6
Cânula de traqueostomia	8	3	3	2
Drenos	8	3	2	1
Total	239	57	175	42

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Os motivos das retiradas não planejadas estão descritos na tabela 3.

**Tabela 3** - Motivos da retirada não planejada de dispositivos invasivos

Motivos	N	%
Retirada pelo paciente	137	33
Obstrução	124	30
Perda acidental	87	21
Exteriorização	62	15
Dispositivo danificado	17	04

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

## DISCUSSÃO

O dispositivo mais vezes retirado de forma não planejada na unidade pesquisada, nos anos de 2014 e 2015, foi o cateter entérico para alimentação e corrobora com um estudo que evidencia incidências elevadas de perdas de sondas de alimentação na terapia intensiva, quando comparados com outros dispositivos também avaliados como cateteres vasculares e tubos traqueais, com percentuais em torno de 40%-69,6% e taxas de 44-73/1000 pacientes/dia.<sup>5</sup>

As autoras afirmam que tais resultados representaram valores próximos quando comparados com a literatura, com taxa anual de 33 eventos por 1000 pacientes/dia com sonda de alimentação e incidência de 56% (141/253) de retirada não planejada da sonda de alimentação. A tendência trazida por esses estudos é confirmada quando o presente estudo mostra que a retirada não planejada do cateter entérico foi de 42%.

Ainda sobre a nutrição enteral e o cateter utilizado para tal, o mesmo estudo afirma que a incidência de perda do cateter enteral decorrente da saída não planejada e obstrução é um indicador de resultado. A manutenção da sua permea-

bilidade, fixação, administração de dietas e medicamentos, está ligada ao cuidado de enfermagem. As autoras afirmam ainda que a perda de dispositivos utilizados na terapia intensiva tais como tubos, sondas e cateteres (objetos do presente estudo) é frequente, e além de poder ser causada pelo próprio paciente, também perpassam o cuidado de enfermagem.

É importante ressaltar que quando a retirada não planejada foi causada pelo próprio paciente, não foi possível identificar durante a coleta de dados a razão pela qual o evento ocorreu. Isto é, não era possível saber se o paciente encontrava-se mal sedado, em *delirium* hiper ou hipoativo, agitado ou outra razão que pudesse justificar a retirada. Para tal é necessária uma avaliação qualitativa direta nos prontuários de cada paciente que apresentou uma retirada não planejada de dispositivo invasivo causada pelo próprio.

Apesar de não se observar um percentual alto para extubação acidental neste estudo, leva-se em consideração o expressivo uso da ventilação mecânica em UTI e a frequência de estudos encontrados sobre o assunto e a relevância desse incidente para o paciente. Destaca-se a contribuição de um estudo que propõe um guia preventivo de extubação acidental. O guia apoia-se em quatro situações em que a equipe de enfermagem está presente: o banho no leito, mudança de decúbito, troca de fixação de cânula e transporte do paciente.<sup>1</sup>

As autoras consideram que as complicações são maiores naqueles pacientes em que a extubação acidental foi decorrente do cuidado de enfermagem, ou seja, aconteceram em um desses momentos e culminam no aumento do trabalho da equipe e postergação da alta do paciente. Com exceção da troca de fixação, todos os outros motivos listados no guia encontram-se como justificativa para a retirada não planejada não só de tubos orotraqueais e cânulas de traqueostomia, bem como de outros dispositivos também mencionados no presente estudo.

Embora não haja diferença tão expressiva, os resultados mostram também uma maior saída não planejada dos dispositivos durante o SD, contrariando um conceito pré estabelecido de que durante o SN a vigilância é menor. Este resultado pode ser explicado pelo maior número de pessoas e atividades de ensino durante o dia. Além disso, um estudo revela que fatores ambientais como barulho e calor (maior número de profissionais e alunos atuantes na unidade), psicológicos como ansiedade e estresse dos profissionais também contribuem para a ocorrência de erros.<sup>6</sup>

A mesma autora evidencia que a carga de trabalho é um dos mais importantes estressores entre os enfermeiros de UTI, interferindo nos resultados da assistência. Tal afirmação é plenamente aplicável à realidade da UTI onde este estudo foi realizado. Observou-se durante a prática clínica o número maior de procedimentos e rotinas durante o SD, o que ajuda a explicar o porquê da ocorrência maior da saída não planejada dos dispositivos analisados associado a carga de trabalho e estresse da equipe diurna. No entanto, é preciso que os profissionais estejam atentos às boas práticas em

saúde, principalmente no cuidado direto ao paciente crítico, em ambos os turnos de trabalho.

Um outro estudo destaca pesquisas que evidenciam que o treinamento dos profissionais poderia ser uma importante estratégia preventiva relacionado à segurança do paciente, uma vez que a falta de experiência ou habilidade também se destaca entre os fatores individuais associados à ocorrência de eventos adversos ou incidentes.<sup>7</sup> Visto que a unidade em questão faz parte do contexto de um Hospital Universitário e recebe diariamente professores, alunos, residentes ou conta com a atuação de profissionais formados a pouco tempo, é pertinente a constante capacitação de toda a equipe de saúde afim de se evitar ao máximo eventos adversos.

Em um estudo as autoras relatam que há uma correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Assim, podem-se avaliar os cuidados de enfermagem por meio de registros, os quais refletem a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho.<sup>8</sup> Com base nos registros, ainda no mesmo estudo, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais.

Embora os enfermeiros reconheçam a importância da comunicação escrita para a continuidade da terapêutica do paciente, eles não conseguem efetivar esta prática no seu fazer cotidiano. Muitas vezes, a falta de tempo dos enfermeiros para efetuar os registros de enfermagem é consequência da ausência de prioridade desta tarefa no seu fazer.<sup>9</sup> Acrescenta-se que a não priorização dos registros pode ser fruto da sobrecarga de trabalho anteriormente discutida.

É possível que uma reformulação no impresso atual e uma posterior validação pela própria equipe, traga uma valorização maior ao registro adequado de cada retirada de dispositivo invasivo, seja ela planejada ou não. Ou ainda, a realização de treinamento acerca do registro pode contribuir para a melhora dessa atividade.

A RDC nº 36 define segurança do paciente como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.<sup>10</sup> O conceito estabelecido vai além da relação entre o profissional à beira-leito e paciente como acredita um autor ao afirmar em sua publicação que cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde além de representarem uma grande preocupação na atualidade.<sup>2</sup>

Seguindo a mesma linha de raciocínio, alguns autores trazem seu artigo achados na literatura onde identificou-se que o valor gasto com as internações hospitalares é 200,5% maior na ocorrência de eventos adversos do que nas internações sem estes eventos, além do tempo de internação ser em média, 28,3 dias a mais. Acrescenta-se a isso achados de uma outra autora especificamente relacionados aos dispositivos utilizados no cuidado ao paciente crítico que concluíram que o total de custos avaliados por dispositivos removidos (tubos, sondas, drenos e cateteres) encontra-se em torno de

\$7.606 e o custo do mesmo total avaliado por evento é em torno de \$181 dólares.<sup>4</sup>

Os eventos adversos acabam por ajudar a identificar o erro e o quantificar, pois causam danos, afetando em média, 10% das admissões hospitalares. Gerencialmente falando, é importante que se observe que os eventos adversos estão em grande parte diretamente relacionados às falhas no sistema, e não particularmente ao descaso ou incompetência profissional.<sup>11</sup> Portanto, faz-se fundamental a parceria das unidades e o setor de qualidade das respectivas instituições para que se dissemine a cultura de segurança do paciente e que medidas que visem reduzir os efeitos adversos decorrentes da assistência em saúde sejam adotadas.

## CONCLUSÃO

Atendendo aos objetivos, identificaram-se os dispositivos retirados de forma não planejada, sendo o cateter para alimentação enteral o mais retirado. Houve uma confirmação desta tendência nos achados da literatura.

Este estudo possibilitou perceber que o turno de trabalho pareceu não influenciar na retirada não eletiva dos dispositivos estudados, já que não houve uma diferença significativa entre os turnos.

Os motivos identificados para a retirada não planejada correspondem àqueles descritos na literatura, com exceção de dispositivo danificado. Porém, o quantitativo obtido neste estudo, quanto a esse motivo de retirada não planejada de dispositivo invasivo, foi pequeno e não interfere significativamente para a análise realizada.

Diante dos resultados, um dado despertou a atenção durante a coleta: o número de registros relacionados a dispositivos invasivos que não puderam ser analisados por estarem incompletos. Esses registros não possuíam data da inserção, ou da retirada ou a justificativa de retirada do dispositivo. Esta foi uma limitação do estudo e concluiu-se que é preciso ratificar junto à equipe de saúde a importância dos registros das ações realizadas e da comunicação entre profissionais.

Sugere-se o uso sistemático de instrumentos relacionados a indicadores de qualidade, diariamente e regularmente demonstrado através de dados estatísticos à equipe de saúde. Dessa forma, a responsabilidade do registro e manutenção dos dispositivos invasivos permanece compartilhada.

Torna-se interessante, também, que o registro e controle dos dispositivos invasivos seja digitalizado. Dessa forma, sua análise poderá ser feita com um período de tempo menor, além facilitar a rápida obtenção dos dados. Assim, o planejamento de ações que visam reduzir as retiradas não planejadas de dispositivos invasivos pode ser mais objetivo e específico.

Uma outra possibilidade seria a criação de um “Time” responsável pela manutenção e avaliação dos dispositivos invasivos. Busca-se, dessa maneira, uma identificação precoce dos eventos adversos relacionados a esse tipo de tecnologia e na implementação de medidas preventivas que visem reduzir a ocorrência do mesmo.

Por fim, endossamos que a disseminação da cultura de segurança do paciente busca a prevenção de qualquer tipo de evento adverso, ao contrário de uma lógica punitiva. Assim, as instituições de saúde devem investir no desenvolvimento em cada indivíduo, a capacidade de avaliar o ambiente em busca de perigos potenciais, de modo que sejam identificadas as falhas e os caminhos para eliminá-las, reduzi-las ou controlá-las apropriadamente.

## REFERÊNCIAS

1. Castellões TMFW, Silva LD. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2007 Fev [citado em 15 out. 2016];60(1):106-109. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000100021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100021&lng=en).
2. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 Junho [citado em 15 julho. 2016];26(6):1061-1078. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000600002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600002&lng=en).
3. Farraco, MM. Eventos adversos associados a ventilação mecânica invasiva no paciente adulto em uma unidade de terapia intensiva. [dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.
4. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Norma Operacional no. 001/2013. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: Novembro de 2015.
5. Pereira SRM, Coelho MJ, Mesquita AMF, Teixeira AO, Graciano SA. Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2013 [Citado em 14 out 2015];26(4):338-344. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000400007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400007&lng=en).
6. Gonçalves, LA. Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011.
7. Andolhe, R. Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2013.
8. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2009 Junho [citado 27 set 2016 ];22(3):313-317. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en).
9. Pimpão, FD, Filho, WDL, Vaghetti, HH; Lunardi, VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ* [internet]. 2010 Jul/Set; [citado em 28 set 2016]; 18(3):405-10. Disponível em <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1570/Percep%3a7%3a3o%20da%20equipe%20de%20enfermagem%20sobre%20seus%20registros%20buscando%20a%20sistematiza%3a7%3a3o%20da%20assist%3aancia%20de%20enfermagem.pdf?sequence=1>.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Anvisa; 2013.
11. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 Fev [citado em 28 set 2016];68(1):144-154. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en).

Recebido em: 17/11/2016

Revisões requeridas: 09/03/2017

Aprovado em: 20/03/2017

Publicado em: 10/04/2018

**Autor responsável pela correspondência:**

Larissa Maria Vasconcelos Pereira

Estrada do Camorim, 205 bloco 06 apt 308

Jacarepaguá/Camorim, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

CEP: 22780-070

E-mail: [larissa.vasconcelos@yahoo.com.br](mailto:larissa.vasconcelos@yahoo.com.br)

Telefone: +55 (21) 987492878