

Indicadores de Qualidade: parâmetros para avaliação da assistência de enfermagem no Centro de Terapia Intensiva e na Unidade Coronariana-HCFMRP- Campus

Helizete Rivoiro Festuccia, Renata Frateschi de Andrade, Sílvia da Silva Cainelli, Fernanda Berchielli Girão, Tatiane Meda Vendrusculo, Carolina Vieira Massonetto, Andréia Ribeiro Chula, Thamiris Ricci de Araújo, Daniela Aparecida Bernardes Giraldo, Vera Lúcia Valério, Flávia Aparecida Tescaro, Sílvia Terezinha Ribeiro de Mendonça Moreira, Evelton Fernando Ribeiro, Renzo Eduardo Carnieli Bianchi

Centro de Terapia Intensiva e na Unidade Coronariana-HCFMRP- Campus

RESUMO

A busca pela qualidade assistencial vem sendo discutida e compartilhada entre os profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na Unidade de Terapia Intensiva e na Unidade Coronariana, devido a grande complexidade dos pacientes atendidos nestas unidades, e o grande risco da ocorrência de eventos adversos durante a internação. Nesse contexto, é de extrema importância a avaliação de indicadores como uma ferramenta para aferir a qualidade assistencial de enfermagem, passíveis de serem mensurados e analisados nas esferas assistencial e gerencial. A aplicação desses indicadores, nos diferentes cenários, possibilita a codificação com relação aos seus processos de trabalho, subsidiando, dessa forma, a tomada de decisão e a avaliação desses serviços por parte de seus gestores.

Introdução

A busca pela qualidade assistencial vem sendo discutida e compartilhada entre os profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na esfera gerencial, uma vez que os usuários dos estabelecimentos de saúde tornaram-se nas últimas décadas, mais conscientes de seus direitos, exigindo assim um maior comprometimento dessas instituições.

Nessa perspectiva, o alcance da qualidade pelos serviços de saúde passa a ser uma atitude coletiva, tornando-se um diferencial técnico e social necessário para atender a demanda de uma sociedade cada vez mais exigente, que envolve não só o usuário do sistema, como também os gestores. Isso requer a implementação de uma política de qualidade nas organizações, tanto na rede pública como na privada (Kluck et al., 2002).

A conscientização para a qualidade e o reconhecimento da sua importância permite avaliar as confor-

midades determinadas pela organização através de processos internos, garantindo ao cliente que o serviço seja dispendido conforme padrões, procedimentos e normas tornando-se importante para enfermeiros porque exprime uma situação diretamente relacionada aos serviços de enfermagem.

Para verificar a qualidade de serviços é preciso mostrar resultados e uma das formas encontradas para evidenciar estes resultados é a monitoração dos indicadores. (Teixeira et al, 2006).

Indicadores são instrumentos elaborados e usados para valorar o cumprimento dos objetivos e metas. São as variáveis dependentes do modelo experimental, usadas para quantificar o resultado das ações. São critérios explícitos de medida, que permitem estabelecer conclusões objetivas sobre aspectos particulares dos programas (Kluck et al., 2002).

Qualidade é conceituada como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional,

o uso eficiente de recursos, o mínimo de risco e um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (Teixeira et al, 2006).

No Brasil, o trabalho de enfermagem é realizado por diferentes categorias profissionais. As intervenções técnicas, extremamente importantes para o paciente, são realizadas predominantemente pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que demanda uma necessidade permanente de processos de avaliação.

Em consonância com a proposta do Compromisso de Qualidade Hospitalar (CQH), a equipe de enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva (CTI) e Unidade Coronariana (UCO) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-HCFMRP, adotou o indicador de Incidência de Úlcera por Pressão (UPP), Flebite, Extubação Acidental, Perda de Cateter Central e Perda de Punção Arterial, como uma forma de contribuir para a vigilância e melhoria da qualidade da assistência.

O Indicador Incidência de Úlcera por Pressão possui como objetivo geral quantificar o número de pacientes admitidos com Úlcera por Pressão e o número de pacientes que desenvolveram Úlcera por Pressão no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011. Assim como, planejar ações preventivas e terapêuticas para a ocorrência e os danos causados por esse evento.

De acordo com Brunner e Suddart, 2000, Úlceras por Pressão (UPP) são áreas de necrose localizadas na pele e nos tecidos subcutâneos, produzidos por compressão. As causas das úlceras de pressão são inúmeras e compreendem fatores de natureza intrínseca e extrínseca. Dentre estes destacam a pressão exercida sobre a pele e os tecidos subcutâneos, a qual interfere no suprimento sanguíneo, ou seja, impedindo a irrigação tecidual na região de pressão. Em consequência deste fato, e levando em consideração o tempo prolongado de pressão, o tecido poderá ser levado à necrose, ou seja, a morte desse tecido. Vários outros fatores contribuem para a formação de úlceras por pressão como: a má nutrição, edema e umidade.

A prevenção das úlceras de pressão é um cuidado importante na Enfermagem. Compreender a prática do cuidar, hoje, a partir do vertiginoso desenvolvimento científico e tecnológico, só é possível a partir de uma profunda concepção holística, ou seja, um cuidar que veja diante de si a pessoa integralmente. Por isso, faz-se necessário investigar e explorar os elementos que integram os cuidados para com a pele, para mantê-

la íntegra durante todo o processo de internação do cliente.

Flebite é todo tipo de inflamação da parede das veias. Clinicamente seus sinais são visualizados como cordões endurecidos e dolorosos, acompanhados de calor local, o que traduz o processo inflamatório e, acompanhados ou não de edema. As causas mais frequentes são injeções medicamentosas intravenosas, sejam terapêuticas, tais como glicose hipertônica a 50%, analgésicos e contrastes radiológicos (Goldbaum, 2007.).

A aplicação do Indicador Incidência de Flebite possui como objetivo geral quantificar o total de acessos venosos periféricos, o número de flebites nos pacientes internados no setor e planejar ações preventivas e terapêuticas para minimizar a ocorrência e os danos causados por esses eventos.

Hoytt et al., 1995 trazem a definição de eventos adversos, como acidentes não intencionais, decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não relacionados à evolução natural da doença de base e que, obrigatoriamente, acarretam lesões mensuráveis nos pacientes afetados; óbito ou prolongamento do tempo de internação.

Na Unidade de terapia Intensiva (UTI), e na Unidade Coronariana (UCO), onde as condições clínicas dos pacientes oscilam entre limites estreitos de normalidade/anormalidade e onde pequenas mudanças orgânicas podem levar à deteriorização grave na função corporal, esses eventos podem ser mais críticos. (Hoytt et al., 1995.). Na UTI e UCO, qualquer ocorrência acidental passa a ser não só indesejável, como prejudicial, fazendo emergir a questão da qualidade da assistência e o contexto na qual acontece, o que remete, inevitavelmente, para a avaliação dos serviços de saúde. (Padilha, 2006).

As cateterizações arteriais, venosas periféricas e centrais, como também intubações endotraqueais, são realizadas rotineiramente na UTI e UCO e, embora muito úteis para monitorização hemodinâmica e manejo terapêutico, esses procedimentos invasivos imbuem um alto risco de complicações durante sua introdução e manipulação, e são potencialmente fatais. (Goldbaum, 2007.)

Assim sendo, a perda desses dispositivos envolve custos extras para o serviço, com novas punções e intubações, mão de obra extra tanto para o preparo, quanto para a inserção dos dispositivos e, principalmente, novos riscos ao paciente.

Extubação acidental é a retirada não planejada do dispositivo ventilatório e pode ocorrer pelo manejo da equipe de saúde (transporte, mudança de decúbito, banho no leito, entre outros), como também pode vir a acontecer pela autoextubação, ou seja, o próprio paciente retira o dispositivo ventilatório, seja por sedação inadequada, alteração neurológica, grande desconforto respiratório, ou por outras causas. (Castellões, 2007).

Diante do conhecimento dos fatores que predis põe o aparecimento desses eventos adversos, tornam-se necessárias ações e metas para um planejamento que nos direcione a um tratamento que seja específico, bem como possa alinhar as ações de forma a estabelecer processo avaliativo contínuo que leve ao estabelecimento de ações preventivas e não somente curativas.

Portanto, institui-se a coleta sistemática dos dados referentes às ocorrências de Extubação Acidental, Perda de Cateter Venoso Central e Perda de Punção Arterial do CTI-Adulto-HCRP.

A aplicação dos Indicadores supracitados possui como objetivos gerais: quantificar o total de perdas dos dispositivos no setor, correlacionar às causas do evento de acordo com as categorias de causas já citadas e elaborar estratégias para minimizar a ocorrência desses eventos. Ressaltamos que as perdas de Cânula Endotraqueal não englobam cânulas de traqueostomia, e as perdas de Cateter Venoso Central e Punção Arterial Invasiva não incluem obstrução do lúmen.

Vale ressaltar que na UTI os dados de eventos adversos são coletados e contabilizados desde agosto de 2010. Já na UCO o cômputo dos dados iniciou-se em janeiro de 2012, visto que nesta unidade são atendidos pacientes graves e críticos assim como no CTI.

Pelo contexto apresentado, este artigo tem por finalidade demonstrar a importância do emprego de indicadores de qualidade da assistência no gerenciamento dos serviços de enfermagem, visando à melhoria da qualidade do atendimento prestado pela enfermagem.

Justificativa

A avaliação de indicadores como uma ferramenta para aferir a qualidade assistencial de enfermagem é de extrema importância na atuação do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva e na Unidade Coronariana. Este artigo tem como o intuito apresentar o resultado destes eventos e o empenho e a proposta da equipe para minimizar ou evitar a ocorrência dos mesmos.

Objetivo

Apresentar a taxa de Incidência de Extubação Acidental e Perda de Cateter Venoso Central e Perda de Punção Arterial do CTI-Adulto-HCRP Campus.

Apresentar a taxa de Incidência de Úlcera de Pressão e de Flebite na Unidade Coronariana e do CTI-Adulto-HCRP Campus.

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, com abordagem quantitativa, visando a uma coleta sistemática de informações e enfatizando a objetividade.

Local

A coleta de dados foi desenvolvida no CTI e UCO do HCRP Unidade Campus, cuja capacidade é de nove leitos de terapia intensiva para pacientes de clínica geral, pós-operatórios imediatos de transplante hepático e outras cirurgias de grande porte. A Unidade Coronariana é composta de cinco leitos, para pacientes clínicos, pré e pós-terapêutica diagnóstica e definitiva.

População

Os sujeitos do estudo foram todos os pacientes que estiveram internados na unidade de estudo, no período da coleta. Os dados foram obtidos através de observação direta e de consulta aos prontuários.

Coleta e análise dos dados

Foram elaborados os instrumentos de coleta de dados pela Comissão de Educação Continuada Enfermagem (CECEN) do HCRP para UPP, Flebite, Perda de CVC, Perda de PAI, e Extubação Acidental, indicadores que fazem parte do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), indicado pelo programa do Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), com início no CTI, porém estendemos a coleta aos pacientes da UCO.

Os dados de Incidência de Úlcera por Pressão (UPP) foram coletados em instrumento próprio, sendo registrados todos os casos de úlcera por pressão do setor dos pacientes admitidos com úlcera por pressão, e também aos pacientes que apresentaram lesões no decorrer de sua internação no CTI e UCO. Para isso, realizou-se uma observação direta de todos os pacientes pelo enfermeiro do plantão.

A taxa de incidência de Úlcera por Pressão, conforme NAGEH é dada pela fórmula:

$$\text{Incidência de UPP} = \frac{\text{Nº de casos novos de UPP no período}}{\text{Nº de pacientes expostos ao risco de adquirir UPP/dia}} \times 100$$

Para os dados de Incidência de Flebite, também foi elaborado um instrumento próprio, aplicado todos os dias a todos os pacientes internados, sendo de responsabilidade do enfermeiro do plantão avaliar todos os acessos venosos periféricos, realizando assim, uma busca ativa de novos casos de flebite.

A taxa de incidência de flebite é dada pela fórmula, segundo NAGEH:

$$\text{Incidência de Flebite} = \frac{\text{Nº de casos de Flebite no período}}{\text{Nº de pacientes com acesso venoso/dia}} \times 100$$

Para o caso de Flebite e Úlcera de Pressão foi considerados o aparecimento de novos casos notificados.

Para o registro de eventos adversos ocorridos na unidade, dentre eles, os casos de Extubação Acidental e Perda de Cateter Venoso Central, Perda de Punção Arterial Invasiva, elaboramos um instrumento no qual são inseridos os dados de pacientes com os dispositivos invasivos e o total de perdas nas 24 horas anteriores. O instrumento contempla também a descrição da situação e das possíveis causas do incidente.

Para extubação acidental, foram considerados casos de deslocamento de Cânula Endotraqueal (CET) o que exigia reposicionamento imediato por comprometer a permeabilidade das vias aéreas; autoextubações ou extubações geradas durante a assistência de membros da equipe de saúde, que resultassem ou não em nova intervenção de intubação, uma vez que a saída do dispositivo não estava programada.

Para o indicador de perdas de Cateter Venoso Central e de Perda de Punção Arterial Invasiva, foram considerados casos de tração e/ou retirada completa do dispositivo.

Este trabalho atém-se em quantificar as ocorrências e, posteriormente, correlacioná-las a categorias comuns de causa, para que, assim, sejam estabelecidos planos de meta e intervenção para minimizar tais eventos.

A taxa de incidência de extubação acidental, segundo NAGEH, é dada pela fórmula:

$$\frac{\text{Nº de casos de extubação no período}}{\text{Nº de pacientes entubados/dia}} \times 100$$

A taxa de incidência de Perda de Cateter Venoso Central (CVC), segundo NAGEH, é dada pela fórmula:

$$\frac{\text{Nº de casos de perda de CVC no período}}{\text{Nº de pacientes com CVC/dia}} \times 100$$

A taxa de incidência de Perda de Punção Arterial Invasiva (PAI), segundo NAGEH, é dada pela fórmula:

$$\frac{\text{Nº de casos de perda de PAI no período}}{\text{Nº de pacientes com PAI/dia}} \times 100$$

A coleta de todos os indicadores é realizada diariamente ao meio-dia pelo enfermeiro do plantão. Assim, a partir dessa "hora-zero" é feito o resgate das 24 horas que antecedem o momento da coleta.

Para melhorar o acompanhamento dos indicadores, foram designados dois enfermeiros para compor o subgrupo de referência de cada indicador. Esses profissionais realizam a análise final dos dados mensais e a tabulação dos registros.

Todos os dados foram coletados durante o período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2011 e analisados no último dia de cada mês, tratando-se, então, de uma taxa mensal.

Resultados

Úlcera de Pressão (UPP)

Os dados foram coletados a partir do mês de fevereiro ao mês dezembro de 2011. Analisando-os,

verificamos no CTI, a média de 18,4% de Úlcera por Pressão Adquirida, sendo o maior índice no mês de Outubro (36,1%) e o menor em Agosto (7,8%).

Analisando o indicador de Incidência de Úlcera por Pressão Importada, ou seja, pacientes admitido com UPP no CTI a média foi de 28,0%, sendo o maior índice em Dezembro (50,0%) e o menor índice de 7,8% em Agosto.

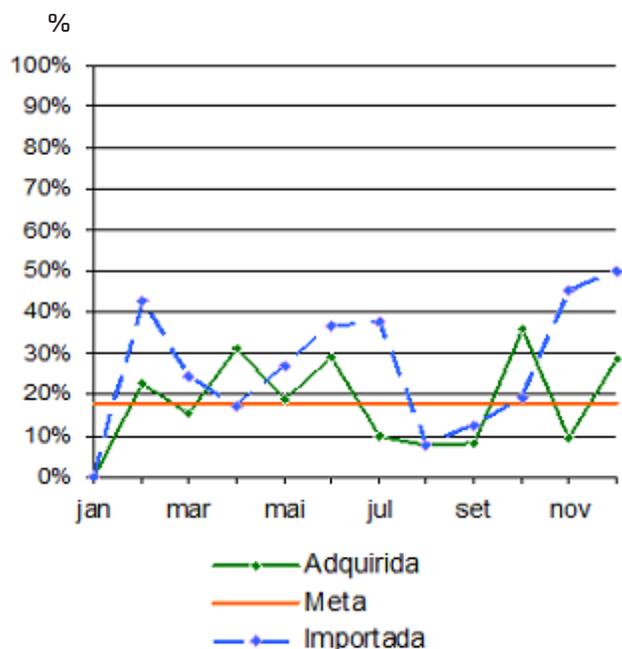


Gráfico 1: Incidência de UPP no CTI.

No Na UCO, a média foi de 31,5% para o indicador de Incidência de UPP Adquirida sendo o maior índice no mês de Setembro (85,7%) e em Novembro 0%.

Em relação ao indicador de Incidência de UPP Importada encontramos a média de 12,0%, sendo o maior índice no mês de Novembro (46,2%) e nos meses de Maio, Junho, Agosto, Setembro, Outubro e Dezembro 0%. (Gráfico 2)

No ano de 2011, tivemos no CTI e na UCO um aumento de internações de pacientes com risco para UPP (Braden \leq 16). No CTI internaram 429 pacientes com Braden \leq 16, apresentando uma média mensal de 39 pacientes com risco de UPP. Na UCO foram 108 pacientes com Braden \leq 16, apresentando uma média de 9,8 pacientes com risco de UPP.

Analisando este contexto, vimos que ambos necessitaram de intervenções para atingir a proposta da meta de ambos os setores para 2011 que era de \leq 18%, a qual não foi atingida durante a maior parte do

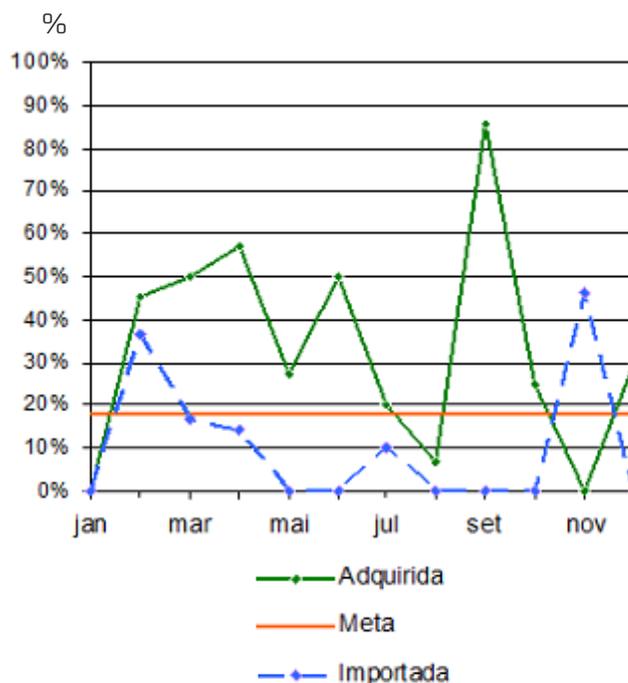


Gráfico 2: Incidência de UPP na UCO.

ano, devido à grande complexidade dos pacientes internados no setor, e aumento do risco de UPP avaliado pelo instrumento Braden.

Foi elaborado o seguinte plano de ação para prevenção de Úlcera de Pressão: capacitar os enfermeiros no preenchimento do impresso de coleta de dados, aplicando a escala de Braden na admissão e quando houver mudança na condição do paciente; avaliação da pele durante o exame físico na admissão; aplicação de filme transparente nas regiões de proeminências ósseas; mudança de decúbito de 2 em 2 horas; colocação de coxins em calcâneos e cotovelos; educação continuada em prevenção e tratamento.

Flebite

Analisando os dados coletados, verificamos um índice mensal com média de 2,5% de casos de flebite no CTI.

Nos primeiros 6 meses de aplicação do indicador não foram determinados uma meta a ser atingida, destinando esse período a implantação e orientação da equipe acerca do indicador. A partir do mês de Julho a meta foi estipulada em 5% de casos de Flebite, como orientada pelo NAGEH, sendo a mesma, então atingida na maior parte dos meses.

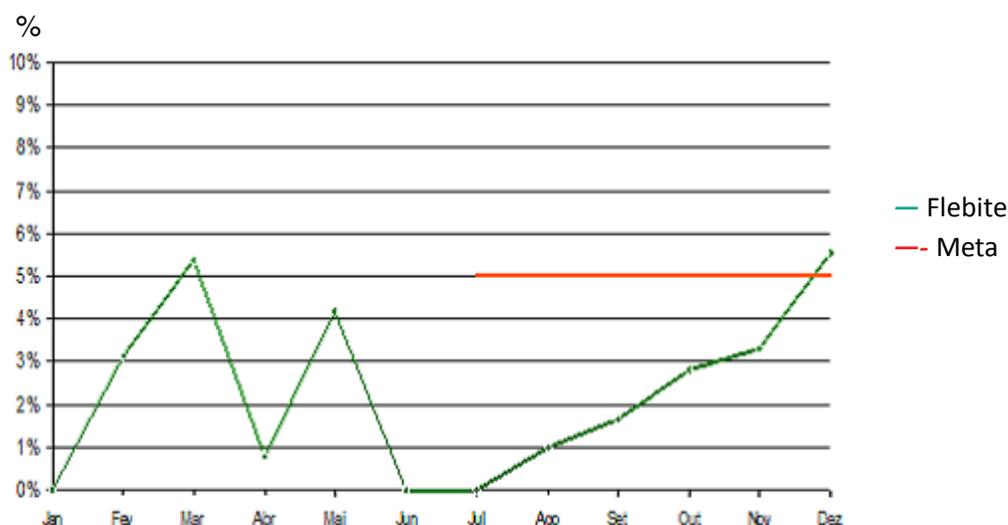


Gráfico 3: Incidência de flebite no CTI.

A meta de 2011 para Incidência de Flebite foi atingida através de uma coleta sistemática dos dados; buscando sempre aumentar o envolvimento dos enfermeiros em relação à importância desta atividade; expandindo e aprimorando o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados com acesso venoso periférico. (Gráfico 4)

Dentre as ações gerais da proposta para a redução dos índices de flebite, destacamos: preencher diariamente o impresso de "indicador de Flebite", e fren-

te ao evento adverso, colocar no campo "observações", dados referentes ao fato para posterior análise; avaliar pelo menos uma vez por plantão acessos venosos periféricos e frente aos sinais de flebite trocar o local do acesso; educação permanente: orientar a equipe de enfermagem quanto à importância da notificação deste evento adverso; orientar a equipe de enfermagem sobre proteger acesso venoso periférico durante o banho; trocar o local de inserção frente à sinais de flebite; utilizar cobertura estéril; anti-sepsia no local de

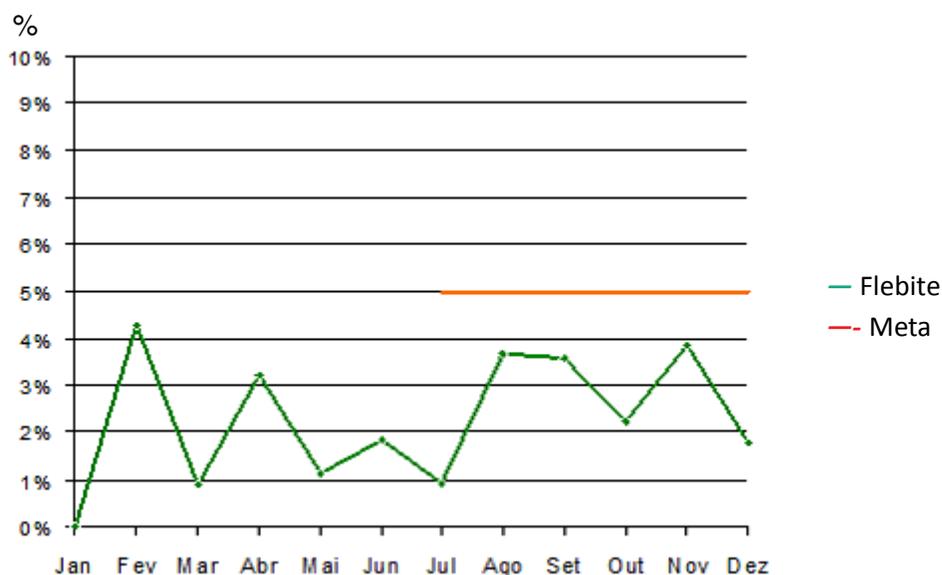


Gráfico 4: Incidência de flebite na UCO

inserção do cateter adequada; trocar cobertura sempre que molhada, suja ou dentro de 96 horas; identificar (nome/ data/ hora) na cobertura; e apresentação de aula teórica referente a esse assunto à equipe de enfermagem incluindo todos os servidores da equipe de enfermagem a cada 6 meses.

Extubação acidental

Analisando os dados coletados, verificamos um índice de média mensal de extubação acidental abaixo da meta, que é de 7%. (Gráfico 5)

Observamos um pico de incidência no mês de Janeiro, computando um percentual de 3,32%, que foram resultantes de agitação psicomotora do paciente e problemas com a qualidade da cânula endotraqueal (p.ex. cuff furado).

Dentre as ações específicas para prevenir a extubação acidental, destacam-se: realização de troca de fixação de CET por 2 funcionários; checagem de pressão do cuff diariamente pela equipe de fisioterapia; utilização do suporte para extensão das traquéias do ventilador; observação rigorosa do paciente durante o despertar diário.

Perda de cateter venoso central (CVC):

Quanto à perda de CVC, o total de ocorrências até o mês de maio foi zero, e a partir do mês de junho ocorreram novos casos, chegando à um pico de 1,75% em agosto, resultantes de cateter mal fixado, agitação psicomotora do paciente e de perda durante a manipulação pela enfermagem.

Mesmo com o aparecimento desses casos foi mantido índice de perda de CVC abaixo da meta que é de 10%. (Gráfico 6)

Dentre as ações gerais da proposta para a redução dos índices de Perdas Acidentais de CVC, temos: avaliação diária da fixação do dispositivo; solicitar à equipe médica a fixação do cateter com fio cirúrgico, incluindo os acessórios para fixação (borboletas); ava-

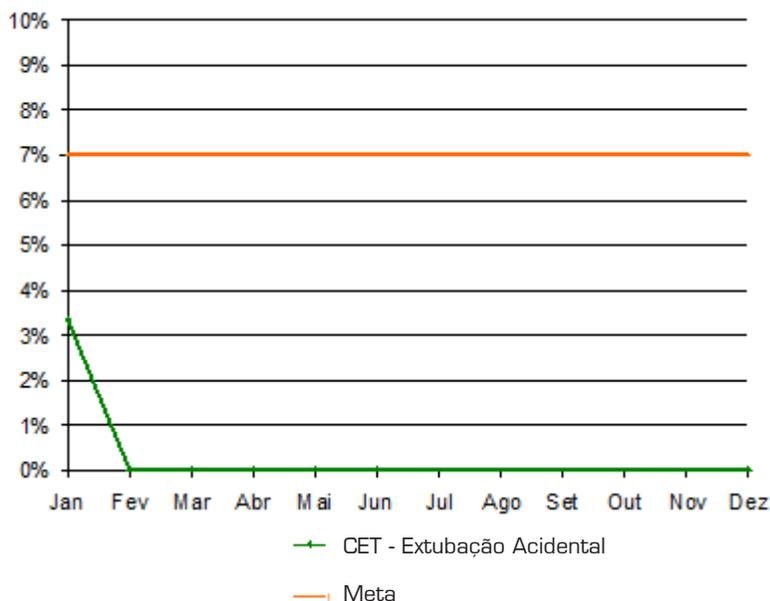


Gráfico 5: Incidência de extubação acidental durante a intubação no CTI.

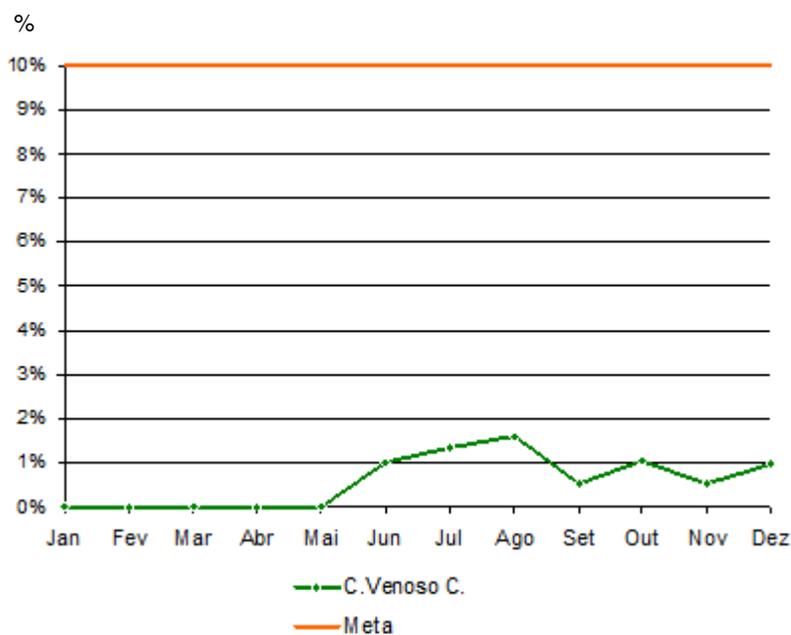


Gráfico 6: Incidência de perda de CVC no CTI.

liar diariamente o risco de tração do cateter, por mau posicionamento de equipos e torneirinhas.

Perda de punção arterial invasiva (PAI):

Quanto à perda de PAI vemos no gráfico 3 um pico no mês de agosto, com 4,85% de casos, sendo que ocorreram durante a manipulação dos pacientes

por membros da equipe de enfermagem durante o banho, agitação psicomotora do paciente e devido à má fixação da PAI. (Gráfico 7)

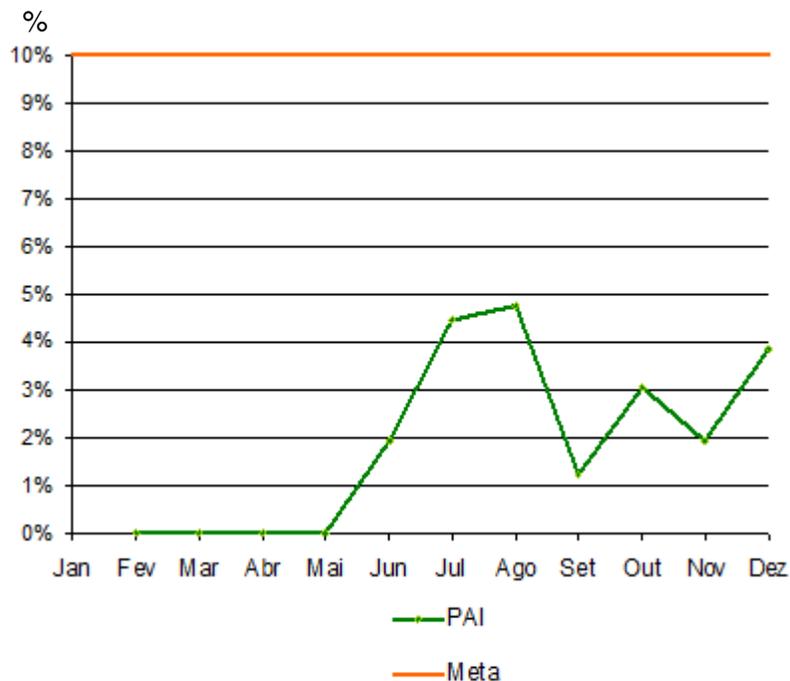


Gráfico 7: Incidência de perda de cateter p/ monitorização de PAI no CTI.

O índice de perda de PAI encontra-se abaixo da meta que é de 10%.

Dentre as ações gerais para a redução dos índices de Perdas de PAI, temos: solicitar à equipe médica a fixação do cateter para os dispositivos que forem utilizados por período > 48h; troca do curativo com auxílio de um funcionário, quando necessário.

Considerações Finais

A análise dos resultados dos dados nos demonstra a necessidade de avançarmos ainda mais na questão preventiva destes eventos, que resultam quando já instalados um agravo maior ao paciente, como também um impacto na qualidade prestada da equipe e alto custo ao serviço.

A enfermagem, inserida no contexto da equipe de saúde, na qual presta a assistência em tempo maior comparando com outros integrantes, planeja as ações para prevenir algum dano ao paciente em atendimento ambulatorial ou internado. A enfermagem intensivista, além de proporcionar assistência de alta complexidade, a qual requer uma atenção minuciosa dos cuidados e situações imprevisíveis, participa ativamente de aprimoramentos para que a segurança do paciente não seja afetada por estes eventos indesejáveis. Portanto, é importante ressaltar que a melhoria da qualidade assistencial está diretamente relacionada com o envolvimento de todos os profissionais.

A análise dos resultados nos permite concluir que, é primordial a capacitação da equipe de enfermagem, com atividades educativas, registrando a frequência em impresso próprio sobre as formas de prevenção de perdas acidentais dos dispositivos, avaliação do nível de consciência dos pacientes e do risco de agitação, manipulação do paciente por no mínimo dois funcionários, manipulação adequada dos cateteres, mudança de decúbito, risco de infecção e risco para úlcera de pressão.

Com a proposta de 2011 para os indicadores gerais de 2012 é prosseguir na coleta sistemática dos dados, aumentando o envolvimento dos enfermeiros em relação à importância desta atividade, expandir e aprimorar o conhecimento da equipe multiprofissional sobre o risco de novas intervenções invasivas para o paciente, os malefícios das perdas acidentais dos dispositivos e conseqüentemente o prejuízo terapêutico advindos desses eventos adversos.

Dessa forma, prestaremos uma assistência de melhor qualidade, visando à segurança do paciente e minimizando os riscos oriundos das próprias intervenções, com enfoque na prevenção de ocorrências indesejáveis, uma vez que podem ser evitadas.

Referências Bibliográficas

1. Brunner, Lillian Sholtis, Suddart, Doris Smith. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. Tradução: André Luis de Souza Melgaço. 8.ed. Rio de Janeiro, Guanabara. 2000.
2. Castellões TMFW. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. Rev Bras Enferm. 2007; 60: 106-9.
3. Goldbaum J et al. Técnica de implantação e complicações do cateter venoso. Acta Méd. (Porto Alegre). 2007; 7:265-9.
4. Hoytt JW, Harvey MA, Axon DC. The critical care unit: design recommendations and standards. In Shoemaker WC. Text-book of critical care. Philadelphia: WB Saunders; 1995. 7-14.
5. Kluck M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. RAS. 2002; 4: 27-32.
6. Mota NVP, Tronchin DMR, Melleiro MM, et al, Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH-2006.
7. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. Rev Paul Enferm. 2006; 25: 18-23.
8. Teixeira, Juliana Donizeti Ribeiro; CAMARGO, Fernanda de Almeida; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto e MELLEIRO, Marta Maria: A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. Rev Enferm UERJ. 2006; 14:2.