

# Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 3

**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)**

# Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 3

**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)**

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Chefe: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Geraldo Alves  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### Conselho Editorial

#### Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas



### Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
E56	Enfermagem moderna [recurso eletrônico] : bases de rigor técnico e científico 3 / Organizadora Isabelle Cordeiro De Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico; v. 3)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-811-3 DOI 10.22533/at.ed.113192211  1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermeiros – Prática. 3. Saúde – Brasil. I. Sombra, Isabelle Cordeiro De Nojosa. II. Série. CDD 610.73
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A obra “*Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 31 capítulos, o volume III aborda a Enfermagem como atuante na Atenção Básica e Hospitalar, trazendo publicações sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), segurança do paciente, aplicação de protocolos assistenciais, controle de infecção hospitalar, dentre outros.

As pesquisas abordam os mais variados públicos, desde o paciente neonatal, até a prestação de cuidados ao idoso e cuidados paliativos. A sensibilidade diferenciada diante das especificidades inerentes a cada público promove o conhecimento e, conseqüentemente, a qualidade na assistência. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada e humanizada tanto ao neonato quanto ao paciente que necessita de cuidados no fim da vida. Para tanto, se faz necessário o preparo e qualificação profissional para tal função, não apenas em um contexto científico como, também, de promoção da humanização da assistência.

Isabelle C. de N. Sombra

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1 ..... 1**

#### **A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR E OS DESAFIOS DO CUIDADO AO PORTADOR DE LESÃO POR PRESSÃO**

Cicero Rafael Lopes Da Silva  
Crystianne Samara Barbosa Araújo  
Sabrina Martins Alves  
Aretha Feitosa Araújo  
Emanuel Cardoso Monte  
Édylla Monteiro Grangeiro Silva  
Maria Elisa Benjamin de Moura  
Antônio Germane Alves Pinto  
Ana Paula Agostinho Alencar  
Petrúcyra Frazão de Lira

**DOI 10.22533/at.ed.1131922111**

### **CAPÍTULO 2 ..... 13**

#### **A ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM RECÉM-NASCIDOS SOB CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Leônida da Silva Castro  
Monyka Brito Lima dos Santos  
Helayne Cristina Rodrigues  
Yvana Maria Camelo Furtado  
Milena Cristina Santos Souto  
Andréia Pereira dos Santos Gomes  
José Martins Coêlho Neto  
Joanne Thalita Pereira Silva  
Magda Wacemberg Silva Santos Souza  
Ana Carolina Rodrigues da Silva  
Jeíse Pereira Rodrigues  
Jumara Andrade de Lima

**DOI 10.22533/at.ed.1131922112**

### **CAPÍTULO 3 ..... 22**

#### **A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EFETIVA NA PASSAGEM DE PLANTÃO NO PERÍODO DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA**

Larissa Scheeren Thomas  
Karen Pietrowski  
Nadine Both Da Silva  
Silvia Dos Reis Feller  
Francisco Carlos Pinto Rodrigues  
Vivian Lemes Lobo Bittencourt

**DOI 10.22533/at.ed.1131922113**

### **CAPÍTULO 4 ..... 30**

#### **ADOLESCENTES SOROPOSITIVOS PARA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: CUIDADOS E ESTRATÉGIAS EM ENFERMAGEM**

Andressa Gislanny Nunes Silva  
Jefferson Abraão Caetano Lira  
Hellen Gomes Evangelista  
Nara Karoliny Carvalho do Monte Sá

Kaique Warley Nascimento Arrais  
Joseane Pereira de Brito  
**DOI 10.22533/at.ed.1131922114**

**CAPÍTULO 5 ..... 39**

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA COM FATORES PREDITIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES E AÇÕES DE CUIDADOS PARA ADULTOS E IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Monica Regina Seguro  
Evani Marques Pereira  
Juliana Rodrigues Hamm  
Ana Lucia Cedorak  
Luana Carina Lenartovicz

**DOI 10.22533/at.ed.1131922115**

**CAPÍTULO 6 ..... 55**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Daiane Zaltron  
Jessica Analise Rakowski  
Alessandra Frizzo da Silva  
Jane Conceição Perin Lucca  
Vivian Lemes Lobo Bittencourt  
Narciso Vieira Soares

**DOI 10.22533/at.ed.1131922116**

**CAPÍTULO 7 ..... 62**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A ISQUEMIA CARDÍACA: ASPECTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS

Joquebede Costa de Oliveira Souza  
Nataly Rocha de Lima  
Nataline Rocha de Lima  
Aldízio Júnior Gomes de Lima  
Francisca Larissa da Silva Gondim  
Francisca Marly Batista Silva  
Maria Naiane Aquino de Souza  
Priscila Alves da Silva Xavier  
Vanessa Moreira Chaves  
Taiana da Silva Silverio  
Priscila França de Araújo  
Carla Nadja Santos de Sousa

**DOI 10.22533/at.ed.1131922117**

**CAPÍTULO 8 ..... 69**

ANÁLISE INTEGRATIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Christiany Rose De Aguiar  
Monyka Brito Lima dos Santos  
Jociane Cardoso Santos Ferreira  
Joyce da Silva Freitas  
Jozenilde de Souza Silva  
Maria Alzenira Loura do Carmo Albuquerque  
Karlieny de Oliveira Saraiva

Marcilene dos Santos da Silva  
Cintia Fernanda de Oliveira Santos  
Francisca Clarice dos Santos Silva  
Mariane Vieira Barroso  
Margarida Úrsulino Barbosa

**DOI 10.22533/at.ed.1131922118**

**CAPÍTULO 9 ..... 81**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PUERICULTURA DA ATENÇÃO BÁSICA**

Camila Firmino Bezerra  
Rosany Casado de Freitas Silva  
Josefa Jaqueline de Sousa  
Talita Costa Soares Silva  
Girlene Moreno de Albuquerque  
Katiane da Silva Gomes  
Maria Vitória da Silva Mendes  
Thalys Maynard Costa Ferreira  
Josefa Danielma Lopes Ferreira  
Shirley Antas de Lima

**DOI 10.22533/at.ed.1131922119**

**CAPÍTULO 10 ..... 94**

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE BOMBAS DE INFUSÃO NA TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Fernanda dos Anjos de Oliveira  
Graciele Oroski Paes

**DOI 10.22533/at.ed.11319221110**

**CAPÍTULO 11 ..... 106**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO NA UTI: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Luis Andrey Santos Teixeira  
Adriano Gonçalves Furtado  
Helen Cristina Gonçalves Reis  
Adriana da Costa Valadares  
Elen Vanessa Martins Soares  
Danielly do Vale Pereira  
Paula Abitbol Lima  
Thayse Reis Paiva

**DOI 10.22533/at.ed.11319221111**

**CAPÍTULO 12 ..... 116**

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

Geisa Carla de Brito Bezerra Lima  
Cristiane Franca Lisboa Gois  
Ilva Santana Santos Fonseca  
Maria Pureza Ramos de Santa Rosa

**DOI 10.22533/at.ed.11319221112**



**CAPÍTULO 13 ..... 125**

**CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO VALE DO SINOS/RS**

Bruna Juliana Brentano Kuhn  
Janifer Prestes

**DOI 10.22533/at.ed.11319221113**

**CAPÍTULO 14 ..... 135**

**CATETERISMO VESICAL SUPRA PÚBICO: O DEBATE ÉTICO-LEGAL E TÉCNICO DESTE PROCEDIMENTO PELO ENFERMEIRO**

Neiva Claudete Brondani Machado  
Sandra Maria de Mello Cardoso  
Andressa Peripolli Rodrigues  
Rita Fernanda Monteiro Fernandes  
Margot Agathe Seiffert  
Marieli Terezinha Krampe Machado  
Márcia Beatriz do Carmo Gaita  
Lucimara Sonaglio Rocha  
Elizabeth Marta Krebs  
Edennis Alexandre da Rosa Barbosa de Morais  
Chrystian Fogaça Antunes  
Leoceni Dorneles Nene Antunes

**DOI 10.22533/at.ed.11319221114**

**CAPÍTULO 15 ..... 142**

**CUIDADOS PALIATIVOS: SIGNIFICADO DA DOR NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO**

Francisco José do Nascimento Júnior  
Antonia Cristina Jorge  
Antonia Edilene Correia de Sousa  
Antonielle Carneiro Gomes  
Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro  
Andrea Luiza Ferreira Matias  
Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante  
Ismênia Maria Marques Moreira  
Rafaela Assunção Cabral  
Raffaele Rocha de Sousa  
Maria Aurilene Viana  
Sâmia Karina Pereira

**DOI 10.22533/at.ed.11319221115**

**CAPÍTULO 16 ..... 154**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Isabelle Cristine Figueiredo Matozo  
Elizabeth Amâncio de Souza da Silva Valsecchi  
Valmir Correa Rycheta  
João Paulo Takashi Teramon  
Jorseli Angela Henriques Coimbra  
Herbert Leopoldo de Freitas Goes  
Pamela Ferioli

**DOI 10.22533/at.ed.11319221116**

<b>CAPÍTULO 17</b> .....	<b>161</b>
<b>CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA</b>	
Francisco Carlos Pinto Rodrigues Juliana Dal Ongaro Taís Carpes Lanes Marina Mazzuco de Souza Tânia Solange Bosi de Souza Magnago	
<b>DOI 10.22533/at.ed.11319221117</b>	
<b>CAPÍTULO 18</b> .....	<b>173</b>
<b>DIFICULDADES PARA ALCANÇAR A SEGURANÇA DO PACIENTE: A REALIDADE DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA</b>	
Andreia Guerra Siman Fernanda Batista Oliveira Santos Marilane de Oliveira Fani Amaro Eliza Cristina Clara Alves Maria José Menezes Brito	
<b>DOI 10.22533/at.ed.11319221118</b>	
<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>184</b>
<b>ESCORES PEDIÁTRICOS DE ALERTA PRECOCE DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	
Juliana de Oliveira Freitas Miranda Climene Laura de Camargo Carlito Lopes Nascimento Sobrinho Daniel Sales Portela Thaiane de Lima Oliveira Larine Ferreira Bulhosa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.11319221119</b>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>192</b>
<b>FORMAÇÃO DO APEGO ENTRE PAIS E RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS EM UTI NEONATAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA</b>	
Michelle da Silveira Chapacais Szewczyk Carolina Ortiz Carvalho Daniela Pasini Daniel Gomes Severo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.11319221120</b>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>206</b>
<b>GERÊNCIA DO CUIDADO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE EXPERIÊNCIA</b>	
Cláudio José de Souza Alessandro de Jesus Sá Zenith Rosa Silvino Deise Ferreira de Souza Cristina Lavoyer Escudeiro Carlos Marcelo Balbino	
<b>DOI 10.22533/at.ed.11319221121</b>	

<b>CAPÍTULO 22</b> .....	<b>217</b>
<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE</b>	
Anderson Reis de Sousa	
Álvaro Pereira	
Ailton da Silva Santos	
Cléa Leal Borges	
David Jesus Santos	
Isabella Félix Meira	
João Hugo Cerqueira Alves	
Josias Alves de Oliveira	
Lídice Lilian S. Miranda	
Márcio Soares de Almeida	
Tilson Nunes Mota	
<b>DOI 10.22533/at.ed.11319221122</b>	
<b>CAPÍTULO 23</b> .....	<b>246</b>
<b>O GERENCIAMENTO DE RISCO NA REDUÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E NO ALCANCE DA SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	
Andréia Guerra Siman	
Fernanda Batista Oliveira Santos	
Eliza Cristina Clara Alves	
Marilane de Oliveira Fani Amaro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.11319221123</b>	
<b>CAPÍTULO 24</b> .....	<b>252</b>
<b>PERFIL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES ADMITIDOS EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA SEGUNDO A TAXONOMIA NANDA-I</b>	
Danilo Marcelo Araújo dos Santos	
Mirtes Valéria Sarmento Paiva	
Leda Barros de Castro	
Alice Bianca Santana Lima	
Kezia Cristina Batista dos Santos	
<b>DOI 10.22533/at.ed.11319221124</b>	
<b>CAPÍTULO 25</b> .....	<b>263</b>
<b>PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: UMA TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM GERONTOLOGIA</b>	
Lucimara Sonaglio Rocha	
Andressa Peripolli Rodrigues	
Neiva Claudete Brondani Machado	
Margot Agathe Seiffert	
Rita Fernanda Monteiro Fernandes	
Marieli Terezinha Krampe Machado	
Dóris Helena Farias	
Márcia Beatriz Do Carmo Gaita	
Elizabet Marta Krebs	
Edennis Alexandre Da Rosa Barbosa De Morais	
Marlene Teda Pelzer	
<b>DOI 10.22533/at.ed.11319221125</b>	

**CAPÍTULO 26 ..... 275**

**REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM EMERGÊNCIA NA ENFERMAGEM**

Andressa Gislanny Nunes Silva  
Aika Barros Barbosa Maia  
Bruna Araújo Vaz  
Francisco Thiago Batista Pires  
Thalita de Moraes Lima  
Elizabeth Christina Silva Fernandes  
Laís Lima de Castro  
Viviane Gomes de Macedo  
Marina Oliveira do Nascimento  
Pablo Rafael Araújo Lima  
Cicero Santos Oliveira Neto  
Jansen Ferreira De Sousa

**DOI 10.22533/at.ed.11319221126**

**CAPÍTULO 27 ..... 285**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM PÊNFIGO FOLIÁCEO: ESTUDO DE CASO**

Roselene Hartz  
Michele Antunes

**DOI 10.22533/at.ed.11319221127**

**CAPÍTULO 28 ..... 294**

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ESCOLA TÉCNICA DO ENSINO MÉDIO**

Alessandro Gabriel Macedo Veiga  
Ana Letícia Sgaviolli Serignolli  
Ana Maria Galvão de Carvalho Pianucci

**DOI 10.22533/at.ed.11319221128**

**CAPÍTULO 29 ..... 297**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monyka Brito Lima dos Santos  
Nathália Carvalho Bezerra  
Marilene Silva Alves  
Marlúcia Oliveira Lima de Caldas  
Rosevalda Cristine Silva Bezerra  
Yvana Maria Camelo Furtado  
Milena Cristina Santos Souto  
Dayane Vitória da Silva Santos  
Magda Wacemberg Silva Santos Souza  
Raysa Emanuela Beleza da Silva  
Irene Sousa da Silva  
Paulliny de Araujo Oliveira

**DOI 10.22533/at.ed.11319221129**

<b>CAPÍTULO 30 .....</b>	<b>305</b>
--------------------------	------------

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO COMO ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Meisierlle da Silva Bento  
Rafaela Ferreira Teixeira  
Luciana Guimarães Assad  
Sílvia Maria de Sá Basílio Lins  
Cláudia Maria Silva Sá (*in memoriam*)

**DOI 10.22533/at.ed.11319221130**

<b>CAPÍTULO 31 .....</b>	<b>319</b>
--------------------------	------------

**IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENTENDIMENTO E PERSPECTIVAS DOS ENFERMEIROS**

Jéssica de Melo Moreira  
Elizabeth Rose Costa Martins  
Raphaela Nunes Alves  
Andressa da Silva Medeiros  
Karoline Lacerda de Oliveira  
Suellen de Andrade Ambrósio

**DOI 10.22533/at.ed.11319221131**

<b>SOBRE A ORGANIZADORA.....</b>	<b>332</b>
----------------------------------	------------

<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>333</b>
-------------------------------	------------



## CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

### **Francisco Carlos Pinto Rodrigues**

Professor no Departamento do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI).

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul.

### **Juliana Dal Ongaro**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Santa Maria – Rio Grande do Sul

### **Taís Carpes Lanes**

Mestranda do PPGEnf/ UFSM.

Santa Maria – Rio Grande do Sul

### **Marina Mazzuco de Souza**

Mestra. Professora Supervisora de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

Santa Maria – Rio Grande do Sul

### **Tânia Solange Bosi de Souza Magnago**

Professora do Departamento do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.

Santa Maria – Rio Grande do Sul.

\* Artigo Extraído da Tese de Doutorado intitulada: Cultura de segurança do paciente e predisposição à ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva, apresentada na Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2017. Acesso em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/14109>

**RESUMO:** a segurança do paciente assume um papel importante em diferentes contextos. Dentre eles, destacam-se as Unidades de

Terapia Intensiva pela alta complexidade dos cuidados e exigência de atualização constante da equipe de saúde no intuito da redução dos eventos adversos e promoção do cuidado seguro. Nesse contexto, a avaliação da Cultura de Segurança faz-se necessária e contribui para o entendimento das percepções e atitudes dos trabalhadores. O objetivo deste estudo foi avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Adulto. Trata-se de estudo transversal, realizado com 115 trabalhadores de quatro hospitais do Sul do Brasil. A cultura de segurança foi avaliada por meio do *Safety Attitudes Questionnaire*, utilizando-se a estatística descritiva e inferencial. Consideraram-se escores positivos, valores maiores ou iguais a 75. A pontuação total do *Safety Attitudes Questionnaire* variou entre 47,2 e 96,5 (71,6;  $\pm 12,0$ ). O Clima de trabalho em equipe (76;  $\pm 15,5$ ) e Satisfação no trabalho (89,9;  $\pm 10,8$ ) apresentaram escores positivos. A Percepção de Gerência do Hospital obteve a percepção mais baixa (62;  $\pm 21,0$ ). Evidenciou-se predomínio de cultura negativa. A aproximação da gestão com os trabalhadores pode ser uma estratégia de fortalecimento de ações em prol da segurança do paciente nas instituições de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Cultura

## PATIENT SAFETY CULTURE IN INTENSIVE THERAPY UNITS

**ABSTRACT:** patient safety assume an important role in different contexts. Among them, Intensive Therapy Units stand out for the high complexity of care and constant need for updating the health team in order to reduce adverse events and promote safe care. At this context, the evaluation of the Safety Culture is necessary and contributes to the understanding of workers' perceptions and attitudes. Objective of this study was to evaluate the patient safety culture from the perspective of nursing workers who act in Adult Intensive Care Units. This is a cross-sectional study conducted with 115 workers from four hospitals in South of Brazil. Safety culture was evaluate by Safety Attitudes Questionnaire using descriptive and inferential statistics. Have been considered positive scores and values greater than or equal to 75. The total score of the Safety Attitudes Questionnaire ranged from 47.2 to 96.5 (71.6;  $\pm$  12.0). The mood of teamwork (76;  $\pm$  15,5) and job satisfaction (89,9;  $\pm$  10,8) showed positive scores. Hospital Management Perception obtained the lowest understanding (62;  $\pm$  21.0). There was a predominance of negative culture. The approach of management with workers can be a strategy for strengthening actions in favor of patient safeness in health institutions.

**KEYWORDS:** Patient Safety; Intensive Care Units; Organizational culture. Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

Desde as últimas décadas, a segurança do paciente (SP) vem ganhando maior visibilidade tanto em nível nacional (BRASIL, 2013) quanto internacional (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). No Brasil, em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013). Ele está voltado para a qualidade da SP, criação de uma cultura de segurança (CS), estruturação e execução dos processos de gerenciamento de risco e articulação dos serviços de saúde (BRASIL, 2013). Nesse contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a RDC N° 36, que visa criar ações para promoção da SP e melhoria da qualidade nos diferentes estabelecimentos de saúde do Brasil (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, a CS depende do compromisso e responsabilidade de todos os trabalhadores, colegas, pacientes e familiares que valorizem a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à ocorrência de eventos adversos (EA) nos diferentes serviços de saúde (BRASIL 2013a). Dentre esses, destacam-se os hospitais, e especificamente as unidades de terapia intensiva (UTI), caracterizadas como unidades complexas, do ponto de vista clínico do paciente e aparato tecnológico utilizado (BATALHA; MELLEIROS, 2015).

A tecnologia em UTI colabora para a melhoria dos pacientes e de seus prognósticos. No entanto, esses avanços exigem atualização constante da equipe de saúde, o que pode acarretar em ansiedade, lapsos, deslizes e enganos durante a

rotina diária das UTI's. Caso aconteça, isso favorece o aumento EA (RIBEIRO et al., 2016). Estudo com 115 pacientes internados em UTI identificou 324 EA, impactando no aumento do tempo de internação, na assistência à saúde e nos índices de mortalidade (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

Os EA e a CS estão diretamente relacionados, para isso a avaliação da CS faz-se necessária e contribui para o entendimento das percepções e atitudes dos trabalhadores. Esse diagnóstico contribui para a implementação de estratégias para redução dos EA. Na literatura, evidenciou-se que falhas na comunicação, no trabalho em equipe, no apoio da gestão, e a subnotificação de EA favorecem a baixa CS (CRUZ et al., 2018; COSTA et al., 2018).

A parte mensurável da CS denomina-se clima de segurança. Para mensurá-lo tem sido utilizado o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (CARVALHO; CASSIANI, 2012) em vários países, como: Alemanha (ZIMMERMANN et al., 2013), Espanha (MERINO-PLAZA et al., 2018), Hungria (GRANEL et al., 2019), China (CUI et al., 2017), Holanda (HAERKENS et al., 2016) e Brasil (MAGALHÃES et al., 2019). Esses estudos evidenciam que o SAQ é válido e fidedigno para avaliação da CS em ambiente hospitalar. A aplicação do SAQ permite a identificação das percepções e atitudes dos trabalhadores, evidencia os pontos frágeis e fortes dos setores de uma instituição de saúde, contribuindo no planejamento de estratégias para a promoção da SP (CUI et al., 2017).

Mediante a importância que a temática requer, questiona-se: Quais as percepções e atitudes dos trabalhadores da enfermagem sobre a Cultura de Segurança em Unidades de Terapia Intensiva adulto de hospitais da região Sul do Brasil? Neste intuito, tem-se como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Adulto.

## 2 | MÉTODO

Estudo transversal, desenvolvido em Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) de quatro hospitais do Sul do Brasil. O hospital "A" está localizado na região de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul (RS), caracteriza-se como um hospital público de ensino. Os demais hospitais localizam-se na 12ª CRS do RS sendo o hospital "B" classificado como privado e os hospitais, "C" e "D", filantrópicos.

O instrumento de pesquisa utilizado compõe três blocos: Bloco A – Identificação; Bloco B – Perfil sociodemográfico e laboral e Bloco C – Versão brasileira do *Questionário de Atitudes de Segurança* – SAQ (CARVALHO; CASSIANI, 2012). O SAQ é composto por 41 itens subdivididos em seis domínios (clima de trabalho em equipe; Clima de segurança; satisfação no trabalho; percepção da gestão do hospital e da unidade; condições de trabalho e reconhecimento do estresse (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A população era de 135 trabalhadores da equipe de enfermagem, sendo que 10 (7,4%) foram excluídos por afastamento, licença saúde, laudo e troca de setor. Da população legível (N=125, 92,5%), 10 (8%) se recusaram a participar da pesquisa. Ao final, participaram do estudo 115 trabalhadores que atuassem há pelo menos um mês na UTI-A. A coleta de dados ocorreu entre junho de 2015 a janeiro de 2016, após a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram inseridos no programa *Epi-info*®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise foi realizada no programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS Inc, Chicago) versão 18.0 *for Windows*. As variáveis categóricas foram avaliadas por meio das frequências absolutas (n) e relativas (%) e as quantitativas expressas em medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo) e de acordo com a normalidade ou não dos dados (teste *Shapiro-Wilk*). A relação entre as variáveis laborais e os domínios do SAQ, foi avaliada pelo teste Mann-Whitney. Foram adotados níveis de significância de 5%.

Para o cálculo do SAQ, após a inversão dos itens reversos (2, 11 e 36), aplicou-se a fórmula  $(m-1) \times 25$  para cada item, onde m é a média dos itens do domínio em questão e variam de 0 a 100 respectivamente, divididos por quartis. A análise descritiva foi realizada pela média a partir do somatório das respostas dos 41 itens divididos pelo número total de itens do instrumento. Considera-se o ponto de corte para CS positiva o escore médio  $\geq 75$  pontos. O SAQ foi avaliado como SAQ Total e por domínios, os domínios foram dicotomizados em Baixo ( $<75$ ) e Alto ( $\geq 75$ ) (CARVALHO; CASSIANI, 2012). A confiabilidade do SAQ foi testada pelo Coeficiente *Alfa de Cronbach*.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAEE nº 45102215.7.0000.5346 da instituição proponente, em 2015.

### 3 | RESULTADOS

Dos participantes, predominou trabalhadores do sexo feminino (N=91; 79,8%), adultos jovens entre 24 a 37 anos (N=55; 48,7%), casados ou com companheiros (N=72; 62,6%) e com filhos (N=75; 65,2%). Quanto aos dados laborais, prevaleceram profissionais técnicos de enfermagem (N=85; 74,6%), do turno noturno (N=40; 34,8%), com vínculo CLT (Código de Leis Trabalhistas) (N=89; 78,1%), e que possuíam um único emprego (N=87; 77%). Apesar de a maioria, 52,6% (N=60) considerar o trabalho pouco desgastante, 35,1% (N=40) concordaram ser muito desgastante. Em relação ao nível de ensino, 26,5% (N=30) possuíam especialização em alguma área da saúde.

A CS teve pontuação negativa em todas as UTI-As pesquisadas. O hospital privado “B” e o filantrópico “D” apresentaram as menores médias para CS, conforme

dados apresentados na Tabela 1.

Unidade de Tratamento SAQ				
Intensivo (UTI A)*				
	Média	DP	IC95%	Mediana
Hospital "A"	71,6	11,0	67,9 – 75,6	73,3
Hospital "B"	71,5	13,6	66,3 – 76,7	70,8
Hospital "C"	72,8	12,5	67,0 – 78,5	68,1
Hospital "D"	67,8	8,6	58,8 – 76,9	69,8

Tabela 1 - Análise descritiva do *Safety Attitudes Questionnaire*, de acordo com as Unidades de Terapia Intensiva Adulto das instituições hospitalares. RS, Brasil, 2017 (N=115)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: \*Teste ANOVA (p=0,856).

Na Tabela 2, apresentam-se as análises descritivas dos seis domínios do SAQ.

Domínios SAQ	N	Média	DP**	CV†	Intervalo	Mín.	Máx.	α‡		
					IQ††					
					25	50	75			
SAQ total	90	71,6	12,0	0,17	61,8	72,2	80,0	47,2	96,5	0,88
CTE*	<b>112</b>	<b>76,9</b>	15,5	0,20	67,7	79,2	87,5	33,3	100	0,60
CS*	109	69,2	16,1	0,23	60,7	71,4	78,6	17,8	100	0,68
ST*	<b>112</b>	<b>89,9</b>	10,8	0,12	85,0	95,0	100,0	50,0	100	0,64
PE*	113	64,1	27,6	0,43	43,8	68,8	87,5	0,0	100	0,81
PGU*	101	66,7	20,4	0,31	54,2	70,8	83,3	16,7	100	0,72
PGH*	<b>103</b>	<b>62,5</b>	21,0	0,34	45,0	65,0	75,0	10,0	100	0,73
CT*	113	67,9	24,2	0,36	50,0	66,7	91,7	0,0	100	0,74

Tabela 2 - Análise descritiva dos domínios do *Safety Attitudes Questionnaire*. RS, Brasil, 2017 (N=115)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Legenda: \*CTE: Clima de Trabalho em equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PE: Percepção de Estresse; PGH: Percepção da Gerência no Hospital; PGU: Percepção da Gerência na Unidade; CT: Condições de trabalho; \*\*DP: Desvio Padrão; †Coeficiente de Variação; ††Intervalo Interquartil; ‡Alfa de Cronbach.

Conforme o exposto, as domínios Clima de Trabalho em equipe (M= 76,9; DP=15,5) e Satisfação no Trabalho (M=89,9; DP=10,8) apresentaram avaliação positiva para a CS. Os demais, apresentaram avaliação intermediária para a CS. O domínio Percepção de Gerência do Hospital obteve o resultado mais baixo (M=62,5; DP=21,0), quando comparado aos outros domínios. A consistência interna do SAQ foi satisfatória, exceto nos domínios Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança e Satisfação no Trabalho (<0,70).

A Tabela 3 apresenta o escore médio e o desvio padrão (DP) em cada domínio do SAQ de acordo com as variáveis laborais dos participantes.



Variáveis	Domínios do SAQ						
	CTE*	CS*	ST*	PE*	PGH*	PGU*	CT*
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<b>Categoria profissional</b>							
Enfermeiro	74,2 (12,5)	68,8 (16,7)	90,4 (10,5)	73,8 (21,4)	62,1 (20,6)	71,5 (17,5)	65,1 (21,9)
Técnico de enfermagem	78,4 (15,8)	70,2 (14,8)	90,5 (10,5)	58,6 (29,4)	62,9 (20,6)	65,8 (21,2)	70,6 (24,9)
<b>Turno de trabalho</b>							
Diurno	78,7 (13,9)	70,7 (15,8)	90,9 (10,0)	65,2 (26,9)	62,5 (19,9)	69,4 (19,8)	69,7 (23,3)
Noturno	74,3 (16,5)	68,1 (14,6)	89,5 (11,4)	59,1 (29,9)	63,1 (21,9)	63,8 (20,9)	67,5 (25,8)
<b>Tempo de formação</b>							
Até 09 anos	75,8 (15,6)	70,3 (14,9)	90,7 (9,7)	60,1 (31,6)	<b>65,7 (21,3)**</b>	65,9 (21,3)	69,5 (25,8)
10 anos ou mais	78,7 (14,1)	69,2 (15,9)	90,1 (11,4)	66,5 (23,2)	59,1 (19,2)	69,2 (19,1)	68,3 (25,3)
<b>Tempo de serviço na Instituição</b>							
Até 36 meses	<b>80,9 (12,8)**</b>	<b>72,7 (15,4)**</b>	91,3 (9,8)	60,9 (28,7)	<b>66,3 (19,7)**</b>	69,9 (17,8)	<b>72,8 (24,5)**</b>
37 meses ou mais	72,4 (16,3)	66,0 (14,6)	89,4 (11,3)	65,7 (27,3)	58,1 (20,8)	64,4 (22,9)	64,1 (22,9)
<b>Tempo de atuação (UTI-A)</b>							
Até 24 meses	80,5 (13,2)	<b>73,5 (15,2)**</b>	91,5 (10,2)	63,4 (29,6)	<b>69,0 (18,2)**</b>	<b>72,3 (16,9)**</b>	<b>73,5 (22,9)**</b>
25 meses ou mais	72,5 (16,1)	64,7 (14,2)	89,1 (10,8)	62,7 (26,2)	53,9 (20,5)	60,8 (22,7)	62,1 (24,6)
<b>Número de vínculos</b>							
01	<b>79,4 (13,3)**</b>	69,8 (15,9)	91,5 (10,1)	<b>69,8 (24,2)**</b>	63,5 (21,3)	68,1 (20,4)	69,4 (24,5)
02 ou mais	70,7 (17,5)	69,7 (14,9)	87,4 (11,1)	44,0 (29,9)	60,2 (18,4)	65,8 (20,3)	67,8 (23,5)

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis laborais por domínios do *Safety Attitudes Questionnaire*, RS, Brasil, 2017. (N=115)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: \*CTE: Clima de Trabalho em equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PE: Percepção de Estresse; PGU: Percepção da Gerência na Unidade; PGH: Percepção da Gerência no Hospital; CT: Condições de trabalho; \*\*Associação significativa pelo Teste Mann-Whitney ( $p < 0,05$ ).

Destaca-se que o domínio Clima de Trabalho em Equipe apresentou diferença significativa ( $p < 0,05$ ) para CS positiva em trabalhadores com até 36 meses de tempo de serviço ( $M=80,9$ ;  $DP=12,8$ ) e um único vínculo empregatício ( $M=79,4$ ;  $DP=13,3$ ).

Nos domínios do SAQ, como Clima de Segurança referente ao tempo de serviço até 36 meses ( $M=72,7$ ;  $DP=15,4$ ) e ao tempo de atuação, na UTI, até 24 meses ( $M=73,5$ ;  $DP=15,2$ ); Percepção do Estresse no Trabalho com trabalhadores com um único vínculo empregatício ( $M=69,8$ ;  $DP=24,2$ ); Percepção da Gerência Hospitalar e trabalhadores com tempo de formação até nove anos ( $M=65,7$ ;  $DP=21,3$ ), tempo de serviço até 36 meses ( $M=66,3$ ;  $DP=19,7$ ) e atuação até 24 meses ( $M=69,0$ ;  $DP=18,2$ ); Percepção da Gerência da Unidade e trabalhadores com atuação até 24 meses ( $M=72,3$ ;  $DP=16,9$ ); e no domínio Condições de trabalho e tempo de serviço até 36 meses ( $M=72,8$ ;  $DP=24,5$ ) e ao tempo de atuação, na UTI, até 24 meses ( $M=73,5$ ;  $DP=22,9$ ) apresentaram maior percentual com diferença significativa ( $p < 0,05$ ) para baixa percepção ( $< 75$ ) da CS. O domínio Satisfação no Trabalho, não se evidenciou diferença significativa entre as variáveis laborais apresentadas.

#### 4 | DISCUSSÃO

Nas UTIs-A dos hospitais pesquisados, a CS foi avaliada de forma negativa na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem, sendo que os hospitais filantrópico e privado apresentaram as menores médias para a CS. Estudo holandês realizado em hospitais público de ensino e privados, evidenciou que os hospitais de ensino apresentaram escores mais positivos para CS (HAERKENS et al., 2016). Esses resultados indicam que o comprometimento com a SP precisa avançar.

Os domínios Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho apresentaram avaliação positiva para CS. O domínio Clima de Trabalho em Equipe compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe na prevenção da ocorrência de EA. Neste estudo, maior parte dos trabalhadores referiu ter apoio da equipe na realização do cuidado, o que torna fácil questionar sobre questões que envolvem a SP com intuito de oferecer uma assistência mais segura. Esses achados, diferem do estudo realizado em hospitais privados do estado de Minas Gerais, o qual apresentou percepção insatisfatória com relação à colaboração entre a equipe de saúde (BARBOSA et al., 2016).

Profissionais mais satisfeitos com o trabalho buscam priorizar e promover a CS no ambiente laboral, diante disso, estudos afirmam que existe uma relação entre a CS e a satisfação no trabalho (PLAZA et al., 2018; ALVES, GUIRARDELLO, 2016). A promoção da CS deve ser planejada, a partir de estratégias que incluam ações que possam reduzir os EA e melhorar a motivação e a satisfação dos trabalhadores (MARINO-PLAZA et al., 2018). Nesse sentido, quanto mais satisfeito o trabalhador estiver, maior será o seu envolvimento e proatividade em melhorar a CS.

A satisfação dos trabalhadores depende da efetiva articulação com a gestão, o trabalho em conjunto, apoio e colaboração os quais são fatores favoráveis para se alcançar uma assistência de qualidade, sendo uma prioridade dos gestores traçar e implementar metas para favorecer o ambiente seguro. Para isso, é necessário fortalecer a relação entre profissionais e gestão, o que repercutirá no desenvolvimento de uma cultura organizacional motivadora para os envolvidos nesse processo de trabalho (OLIVEIRA et al., 2018). Ainda, cabe a gerência incentivar a comunicação, notificações de incidentes e evitar a culpa, sendo esses aspectos fundamentais para melhorar a CS (GRANEL et al., 2019).

O domínio, Percepção da Gerência do hospital evidenciou o menor escore médio entre os domínios do SAQ para a avaliação da CS. Conforme a literatura, esse domínio é um fator que influencia na percepção do clima de segurança do paciente (LEE et al., 2019). Nesse sentido, pode-se refletir que a partir desse achado, a gestão talvez não ofereça aos trabalhadores um clima de trabalho positivo, que auxilie na promoção da CS no ambiente laboral. Em acordo, estudo realizado em unidades hospitalares de São Paulo evidenciou os piores escores nesse domínio e demonstrou que o déficit de direcionamento pessoal poderia prejudicar na avaliação da CS (BATALHA; MELLEIROS, 2015).

A identificação da percepção negativa dos trabalhadores referente a gerência hospitalar sobre a CS é um fator que necessita destaque e atenção, pois pode indicar insatisfação dos trabalhadores em relação às ações da gerência quanto a SP (BARBOSA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2018). O comprometimento da gestão com a CS é essencial e influencia toda a equipe a criar um ambiente propício e seguro para os pacientes (LEE, 2019). A promoção de um ambiente com diálogo aberto sobre incidentes e capacitações contínuas dos trabalhadores são algumas das diversas práticas que podem ser realizadas para melhorar a CS em meio hospitalar (BARBOSA et al., 2016).

Do mesmo modo, o domínio gerência da unidade apresentou valor significativo para CS negativa em profissionais com atuação de até 24 meses na UTI-A. A depender da forma como é gerenciado o setor, a CS pode ser percebido de forma mais negativa. Estudo realizado em dois hospitais da Hungria, verificou que a percepção positiva para a gestão, diante da elaboração de ações, as quais visam melhorar a qualidade dos serviços (GRANEL et al., 2019). Sendo esse, um aspecto primordial para promover a SP em unidades hospitalares.

A gestão das unidades, a partir de reuniões periódicas com os profissionais de saúde, necessita oferecer, como estratégia de promoção da CS, um espaço aberto para discussão dos problemas que envolvam o ambiente de trabalho. Esse espaço possibilita que os profissionais verbalizem situações que possam interferir na SP. Essa abertura para o diálogo deve ser manejada de forma que a gestão ou equipe não exerçam a cultura punitiva, tendo em vista que isso não promove a percepção dos profissionais sobre CS positiva (GRANEL et al., 2019).

Em relação ao clima de trabalho, este estudo evidenciou diferença significativa para cultura positiva em trabalhadores com até 36 meses de tempo de serviço e um único vínculo empregatício. A cooperação, a comunicação efetiva e o vínculo entre os trabalhadores são fatores que culminam para uma avaliação satisfatória do clima de trabalho em equipe (GOLLE et al., 2018). O ambiente de trabalho com boas relações pode resultar positivamente para o clima de trabalho, de modo que os profissionais sintam-se motivados a prestar uma assistência efetiva, diante da complexidade existente em uma unidade de internação fechada, como as UTI's.

O Clima de Segurança é percebido de forma negativa por profissionais que trabalham no serviço hospitalar por até 36 meses e com atuação de até 24 meses em UTI-A. Os profissionais por serem novos e, muitas vezes, recém-formados necessitam criar um vínculo maior com a unidade e instituição. Isso acontece no intuito de que seu trabalho e suas considerações sejam reconhecidas e ponderadas pela gestão e equipe (OLIVEIRA et al., 2018).

Diante disso, os profissionais avaliam de forma mais criteriosa o ambiente de trabalho, verificando falhas e buscando formas de melhorar a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA et al., 2018). Em concordância, estudo realizado em um hospital psiquiátrico do Ceará o clima de segurança foi avaliado de forma negativa por profissionais com menos de 6 meses de atuação (OLIVEIRA et al., 2018). A melhor a avaliação do Clima de Segurança está associada ao bom relacionamento da equipe, sendo que os profissionais que apresentaram maior atuação na unidade e na instituição podem compreender de forma mais positiva esse domínio (OLIVEIRA et al., 2018).

O domínio Percepção do Estresse no Trabalho apresentou valor significativo para a CS negativa em trabalhadores com um único vínculo empregatício. A baixa percepção do estresse também foi evidenciada em estudo realizado no Brasil (BARBOSA et al., 2016.) e na China (JIANG et al., 2019). Isso demonstra que os profissionais não conseguem identificar fatores geradores de estresse e que, esses possam influenciar de forma negativa o desempenho laboral. Há evidências de que quanto mais qualificado for o profissional, maior a sensibilidade para a percepção do estresse laboral (JIANG et al., 2019). Ademais, as instituições de saúde precisam investir em capacitações e incentivar a educação permanente de seus profissionais.

A associação do domínio Condições de Trabalho com as variáveis tempo de serviço até 36 meses na instituição e tempo de atuação até 24 meses em UTI-A, apresentaram valores significativos para a CS negativa. Corroborando com esse achado, estudos nacionais (OLIVEIRA et al., 2018; CARVALHO et al., 2019) e internacional (JIANG et al., 2019) também evidenciaram baixas percepções no que tange às condições de trabalho. Esse domínio é reflexo das condições estruturais inadequadas disponíveis nas instituições de saúde aos profissionais, o que influencia de forma negativa na saúde do trabalhador e na assistência prestada. No entanto, investir na infraestrutura faz-se indispensável, uma vez que, irá proporcionar condições mínimas de segurança

e qualidade na assistência ao paciente (OLIVEIRA et al., 2018).

## 5 | CONCLUSÃO

A CS teve avaliação predominantemente negativa nas quatro UTIs-A pesquisadas. Os domínios Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho obtiveram avaliação positiva. Dentre os que apresentaram avaliação negativa, o domínio Percepção de Gerência do Hospital obteve o menor escore. Destaca-se que as associações entre Clima de Trabalho em Equipe entre as variáveis tempo de serviço até 36 meses e um único vínculo empregatício, foram as únicas que apresentaram diferença significativa para CS positiva.

Os resultados obtidos devem considerar as particularidades de cada instituição, no intuito de delimitar estratégias de atuação em áreas pontuadas negativamente pelos trabalhadores, com vistas à qualidade e a satisfação no trabalho. É desafio para as instituições e para a gestão buscar estratégias para a promoção de um clima de segurança. Dentre elas, desenvolver e implementar ações para o cuidado seguro, proporcionar o *feedback* aos trabalhadores sobre o seu desempenho, criar núcleos de SP, promover a educação permanente em saúde e no intuito de fortalecer a CS.

Quanto às limitações do estudo, destacam-se: o viés da temporalidade (causa-efeito), tendo em vista o delineamento adotado. Estudos futuros de avaliação incluindo a equipe multiprofissional podem ampliar a percepção de CS.

## REFERÊNCIAS

ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. **Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico.** Rev Gaúcha Enferm., v.37, n.2, e58817, jun., 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>

BARBOSA, M. H. et al., **Clima de segurança do paciente em um hospital privado.** Texto Contexto Enferm, v.3, n.25:e1460015, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>

BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. **Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 24, n. 2; p. 432-41, abr-jun; 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 466/2012.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Gabinete do Ministro. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília; DF, 2013.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Instituições para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013a.

CARVALHO, P. A. et al., **Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal**



- District, Brazil.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 72, supl. 1, p. 252-258, Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>
- CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B. **Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil.** Rev Lat Am Enfermagem, v.20, n.3, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
- COSTA, D. B. da., et al., **Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.27, n.3:e2670016, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
- CUI, Y. et al., **The Safety Attitudes Questionnaire in Chinese: Psychometric Properties and Benchmarking Data of the Safety Culture in Beijing Hospitals.** BMC Health Services Research, v.17, n.1, p. 590, 2017. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2543-2>
- CRUZ, E. D. de A., et al., **Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino.** Cogitare Enferm. v.23, n.1:e50717, 2018. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>
- GOLLE, L. et al., **Culture of patient safety in hospital private.** Cuidade é Fundamental. v.10, n.1, p.85-89, 2018. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.85-89>
- GRANEL, N. et al., **Patient safety culture in Hungarian hospitals.** International Journal of Health Care Quality Assurance. v. 32, n. 2, p. 412-424, 2019. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2018-0048>
- HAERKENS, M. H. T. M. et al., **Validation of the Dutch Language Version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-NL).** BMC Health Services Research, v.16, n.385, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1648-3>.
- JIANG, K. et al., **A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China.** Patient safety culture in Northeast China, v.14, n.3:e0213055, March 20, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213055>
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To err is human: building a safer health system.** Washington (US): National Academy Press; 2000.
- LEE, Y. C. et al., **A longitudinal study of identifying critical variables influencing patient safety culture from nurses' viewpoints in Taiwan.** Journal of Testing and Evaluation, v. 47,n.5, 2019. <https://doi.org/10.1520/JTE20180060>.
- LE MOS, G. C. et al., **A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro,v.8:e2600, 2018. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>
- MAGALHÃES, F. H. L. et al., **Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino.** Rev Gaúcha Enferm, v.40(esp):e20180272, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>
- MERINO-PLAZA, M. J. et al., **Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente.** Gac Sanit. Gaceta Sanitaria, v.32, n.4, p.352-361, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>
- OLIVEIRA, I. C. L. de; et al., **Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v.71, supl. 5, p. 2316-2322, 2018 . <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0125>
- PAESE, F.; DAL SASSO, G.T.M. **Patient safety culture in primary health care.** Texto Contexto Enferm, v.22, n.2, p.302-10, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>

RIBEIRO, G.S.R.; et al., **Slips, lapses and mistakes in the use of equipment by nurses in an intensive care unit.** Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 3, n. 50; p. 419-426, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400007>

ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E.C.P. **Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study.** Cad Saúde Pública, v.10, n.32, p. e00081815, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. **Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.49, n. spe., p.123-130, Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>

TOSO, G. L.; et al., **Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective.** Rev Gaucha Enferm, v.37, n.4, p. e58662, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>

ZIMMERMANN, N. et al., **Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study** BMC Health Services Research, v.13, n.347, 2013.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Administração 73, 95, 100, 101, 103, 104, 120, 121, 149, 151, 178, 179, 181, 182, 188, 206, 207, 211, 259, 281, 313, 325

Adolescente 30, 32, 33, 34, 36, 38, 255, 258, 261, 330, 332

Apego 192, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 202, 203, 204

Assistência 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 35, 37, 46, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 64, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 89, 92, 94, 95, 96, 103, 104, 106, 107, 108, 112, 114, 117, 121, 122, 123, 136, 140, 145, 148, 150, 151, 152, 155, 156, 159, 163, 167, 168, 169, 174, 175, 180, 181, 194, 196, 198, 200, 204, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 218, 219, 221, 225, 231, 236, 239, 240, 241, 244, 246, 249, 250, 251, 253, 254, 258, 259, 261, 265, 266, 267, 269, 272, 273, 276, 278, 279, 281, 282, 283, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 301, 302, 303, 304, 307, 315, 316, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330

Assistência ao paciente 26, 27, 94, 95, 136, 210, 273, 285

Assistência de enfermagem 1, 4, 8, 10, 12, 23, 30, 37, 55, 58, 59, 60, 62, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 108, 112, 114, 140, 150, 155, 156, 159, 200, 204, 207, 211, 214, 215, 254, 258, 261, 265, 273, 276, 283, 286, 287, 288, 289, 293, 294, 295, 297, 298, 299, 302, 303, 304, 307, 315, 319, 320, 321, 322, 324, 326, 327, 328, 329, 330

Atenção primária à saúde 34, 73, 75, 80, 81, 84, 85, 89, 92, 93, 116, 117, 123, 124, 125, 134, 244

Autonomia pessoal 305

Avaliação em saúde 125

### B

Bioética 60, 61, 287, 305, 306

Bombas de infusão 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103

### C

Cardiopatias 63

Cateterismo urinário 155, 156, 160

Cistostomia 136, 138, 139, 140, 141

Comunicação efetiva 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 103, 169, 200, 314

Consentimento informado 305, 306, 307, 310, 315, 316, 317

Consulta de enfermagem 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 88, 92, 93, 119, 120, 329

Controle de infecções 14, 16, 19, 20

Cuidados de enfermagem 38, 55, 63, 73, 76, 77, 80, 94, 96, 112, 113, 154, 158, 207, 213, 214, 215, 252, 258, 261, 298, 303, 304, 325

Cuidados paliativos 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153

Cuidados pós-operatórios 207, 210, 257

Cultura organizacional 161, 168, 215, 321

## D

Deterioração clínica 184, 185, 186, 187, 189, 190

Diagnóstico de enfermagem 62, 63, 65, 66, 155, 252, 253, 254, 261, 262, 265, 266, 289, 299, 300, 304, 322

Doenças crônicas 39, 40, 41, 42, 47, 48, 56, 57, 71, 126, 129, 144, 229, 240, 242, 262

Dor 56, 57, 65, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 156, 187, 208, 213, 214, 235, 260, 285, 288, 291, 292

## E

Educação 3, 6, 7, 9, 10, 19, 20, 25, 28, 29, 31, 36, 40, 55, 58, 59, 60, 71, 81, 86, 90, 91, 103, 106, 114, 119, 122, 126, 134, 135, 138, 141, 142, 155, 160, 169, 170, 213, 215, 217, 218, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 229, 231, 233, 234, 244, 263, 279, 280, 283, 285, 294, 295, 296, 327, 331, 332

Educação em enfermagem 155

Efetividade 8, 10, 28, 46, 71, 94, 96, 98, 101, 102, 103, 129, 130, 240

Emergências 157, 276, 278, 284

Enfermagem neonatal 192, 195, 204

Enfermagem pediátrica 81, 184, 204

Enfermeiro 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 36, 46, 55, 60, 65, 67, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 100, 106, 107, 108, 109, 112, 113, 114, 115, 117, 119, 121, 123, 124, 129, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 148, 149, 150, 154, 155, 156, 157, 159, 166, 173, 176, 177, 180, 182, 192, 196, 202, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 237, 240, 245, 250, 253, 254, 256, 261, 266, 275, 282, 289, 292, 293, 299, 300, 301, 302, 303, 319, 320, 321, 322, 324, 325, 327, 328, 330

Estratégia de saúde da família 73, 80, 116, 117, 123, 125, 221

Ética 4, 41, 49, 109, 116, 119, 128, 135, 136, 138, 139, 140, 164, 178, 255, 305, 308, 309, 310, 314, 315, 317, 319, 323, 324

## G

Gerenciamento de risco 162, 174, 246, 248, 250

Gestão da qualidade 173, 176, 249

## H

Hábitos de vida 39, 42, 46, 48

Hipertensão arterial sistêmica 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 54, 65, 129, 144

HIV 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 219, 230, 231, 233, 234, 241, 242, 310

## I

Indicador de saúde 125

Intervenções de enfermagem 62, 68, 98, 113, 195, 203, 214, 217, 222, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 260, 262, 265, 266, 272, 285, 287, 290, 293, 320

## L

Legislação de enfermagem 136, 308

Lesão por pressão 1, 5, 11, 12, 106, 107, 108, 109, 114, 115, 213, 259

## O

Organização 26, 40, 47, 56, 63, 68, 95, 99, 121, 131, 144, 180, 181, 196, 207, 210, 211, 224, 227, 229, 247, 264, 265, 266, 268, 270, 274, 280, 298, 299, 301, 302, 316, 320, 322, 324, 325, 326, 328

## P

Paciente 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 94, 95, 98, 100, 102, 103, 104, 107, 112, 113, 114, 115, 136, 137, 138, 139, 140, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 198, 200, 201, 203, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 253, 256, 258, 259, 260, 265, 266, 269, 273, 281, 282, 285, 286, 287, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 296, 298, 299, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 322, 323, 325, 326, 327, 329

Papel do profissional de enfermagem 116, 122

Pediatria 55, 60, 61, 92, 185, 196, 259

Pênfigo 285, 286, 287, 288, 291, 292, 293

Pesquisa em administração de enfermagem 207

Pesquisa metodológica em enfermagem 264

Prematuridade 192, 193, 195, 202, 203

## Q

Qualidade de vida 3, 18, 32, 39, 40, 41, 46, 56, 57, 59, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 90, 126, 131, 132, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 152, 218, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 236, 237, 241, 254, 263, 264, 265

Qualidade do cuidar 319

## R

Reanimação cardiopulmonar 275, 276, 277, 278, 279, 283, 284

Recém-nascido 20, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 202, 203, 204

Recuperação anestésica 22, 23, 24, 25, 26

Relações mãe-filho 192, 195

Revascularização miocárdica 207, 210

## S

Saúde da criança 81, 84, 86, 92, 332

Saúde do homem 218, 220, 223, 235, 236, 237, 240, 242, 243, 244, 245

Saúde do idoso 64, 70, 71, 264

Segurança do paciente 11, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 100, 103, 104, 115, 136, 140, 160, 161, 162, 163, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 211, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 294, 295, 296, 305, 306, 307, 309, 316, 317, 318, 323

Sistematização da assistência de enfermagem 211, 215, 297, 319, 324, 330

Sistematização de enfermagem 285, 292

Supervisão de enfermagem 246



## T

Terapia intensiva 15, 16, 18, 21, 60, 94, 96, 102, 106, 108, 114, 115, 159, 161, 162, 193, 196, 204, 216, 252, 261, 262, 280, 284, 297, 300

## U

Unidade de terapia intensiva 15, 16, 18, 21, 106, 108, 114, 115, 161, 193, 196, 204, 261, 262, 284, 297

Unidade de terapia intensiva neonatal 16, 18, 21, 196, 204

Unidade de terapia intensiva pediátrica 261, 262

## V

Visita domiciliar 5, 8, 9, 87, 120

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-811-3



9 788572 478113