

Marcus Fernando da Silva Praxedes  
(Organizador)

# Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

**Atena**  
Editora  
Ano 2021

Marcus Fernando da Silva Praxedes  
(Organizador)

# Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

**Atena**  
Editora  
Ano 2021

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro



Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



## Ciências da saúde: políticas públicas, assistência e gestão

**Diagramação:** Daphynny Pamplona  
**Correção:** Yaidy Paola Martinez  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Marcus Fernando da Silva Praxedes

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: políticas públicas, assistência e gestão /  
Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. –  
Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-765-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.656211012>

1. Ciências da saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da  
Silva (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br



## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## APRESENTAÇÃO

Apresentamos a coleção “Ciências da Saúde: Políticas Públicas, Assistência e Gestão”, que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas da Ciência da Saúde. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

O primeiro volume traz estudos relacionados à assistência em saúde com abordagem do uso correto dos medicamentos, com uma discussão relevante sobre a automedicação e adesão ao tratamento, bem como da importância de uma abordagem interprofissional; uso de fitoterápicos; alimentação saudável; segurança do paciente e qualidade do cuidado; assistência em saúde no domicílio e uso de ferramentas para avaliação em saúde.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas que continuam atuais e sensíveis às políticas públicas e para uma melhor gestão em saúde. Dentre algumas discussões, tem-se a violência contra a mulher e a necessidade do empoderamento feminino, bem como da adequada assistência às vítimas; questões psicossociais; o uso de tecnologias em saúde; abordagem de doenças negligenciadas; qualidade da água e de alimentos consumidos pela população; a importância da auditoria em saúde, do planejamento estratégico e da importância da capacitação profissional para o exercício da gestão em saúde.

Espera-se que os trabalhos científicos apresentados possam servir de base para uma melhor assistência, gestão em saúde e desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **AUTOMEDICAÇÃO EM PACIENTES IDOSOS**

Katia Carvalho Marques  
Ladislau Henrique Macedo dos Santos  
Lucilene Carvalho Marques  
Anna Maly Leão Neves Eduardo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110121>

### **CAPÍTULO 2..... 12**

#### **AUTOMEDICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM E OS FATORES QUE FAVORECEM ESSA PRÁTICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MANAUS - AM**

Adriane Kakijima Bonfim  
Geliane da Gama Lima Torres  
Liliane Íris Bonfim Pinheiro  
Mychele Azevedo Lima  
Silas Pereira Muraiare  
Leslie Bezerra Monteiro  
Silvana Nunes Figueiredo  
Hanna Lorena Morais Gomes  
Andreia Silvana Silva Costa  
Loren Anselmo do Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110122>

### **CAPÍTULO 3..... 24**

#### **PARTICIPAÇÃO ATIVA DO FARMACÊUTICO FRENTE À AUTOMEDICAÇÃO**

Luiz Olivier Rocha Vieira Gomes  
Nadyellem Graciano da Silva  
Simone Soares da Silva  
Axell Donelli Leopoldino Lima  
Ivone Oliveira da Silva  
Mônica Larissa Gonçalves da Silva  
Elizabeth Moreira Klein  
Rodrigo Lima dos Santos Pereira  
Victória Melo da Costa  
Paulo Diniz de Oliveira  
Andréa Fernanda Luna Rodrigues  
Eduarda Rocha Teixeira Magalhães  
Lustarlone Bento de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110123>

### **CAPÍTULO 4..... 38**

#### **ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO USO INADEQUADO DE PSICOTRÓPICOS**

Lucimara Regina Aleixo Ferreira  
Maria Adellane de Oliveira Silva  
Heleneide Cristina Campos Brum

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110124>

**CAPÍTULO 5..... 51**

**ESTIMATIVA DE ADEÇÃO A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL COFORMULADO**

Yanna Dantas Rattmann  
Bárbara Thaís Polisel de Sá  
Mariana Ribeiro Martins  
Leticia Mara Marca  
Débora Bauer Schultz  
Flavia Helen Correia  
Sacha Testoni Lange  
Marina Yoshie Miyamoto  
Beatriz Böger  
Frederico Alves Dias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110125>

**CAPÍTULO 6..... 61**

**INCONFORMIDADES RELACIONADAS À UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ORAIS ADMINISTRADOS VIA SONDAS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Sílvia Maria Jacques Neves  
Andreia Insabralde de Queiroz Cardoso  
Ramon Moraes Penha  
Elza Aparecida Machado Domingues  
Camila Guimarães Polisel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110126>

**CAPÍTULO 7..... 77**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ÁREA DE QUIMIOTERAPIA E OS RISCOS OCUPACIONAIS**

Fernanda da Silva Ferreira  
Larissa Bartles dos Santos  
Stefany Pinheiro de Moura  
Rutiana Santos Batista  
Gilvania Santos Ferreira Sousa  
Tatiane Regina de Souza Castro  
Mariana Machado Figueiredo  
Bernadete de Lourdes Xavier  
Maria Gabriela Lourenço  
Tássara Vitória da Silva Almeida  
Maria Eduarda Pinto Pinheiro  
Letícia F. Fiuza Bacelar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110127>

**CAPÍTULO 8..... 86**

**CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA**

Alex Sandro Pereira Ivasse  
Benjamim De Almeida Silva

Paulo Roberto De Sousa Lima Junior

Anna Maly Leão Neves Eduardo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110128>

**CAPÍTULO 9..... 95**

**FITOTERÁPICOS E PLANTAS MEDICINAIS NO BRASIL: UMA ABORDAGEM SOBRE LEGISLAÇÃO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Muiara Aparecida Moraes

Aílson da Luz André de Araújo

Ana Lúcia Santos de Matos Araújo

Orlando Vieira de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110129>

**CAPÍTULO 10..... 109**

**PALMÁCEAS REGIONAIS: UMA REVISÃO EDUCATIVA DA IMPORTÂNCIA NA PRODUÇÃO DE LIPÍDIOS E APLICAÇÃO SUSTENTÁVEL EM PRODUTOS PARA SAÚDE**

Rafael Miranda Carvalho Dos Reis

Vitória Ellen Batista de Moraes Nascimento

Alana Oliveira de Sena

Leidiane Rodrigues Santiago Feitosa

Leonardo Fonseca Maciel

Neila de Paula Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101210>

**CAPÍTULO 11..... 130**

**A EFICÁCIA DO CANABIDIOL NO TRATAMENTO DE EPILEPSIA**

Denisia verônica Pereira dos Santos

Larissa Aparecida Alves Ferreira

Lucas Cardoso Lopes

Anna Maly de Leão e Neves Eduardo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101211>

**CAPÍTULO 12..... 137**

**FACTORES ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DE PESO DE LOS PACIENTES Y LA DIETA PRESCRITA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN**

Vânia Aparecida Leandro-Merhi

José Luis Braga de Aquino

Hallan Douglas Bertelli

Geovanna Godoy Ramos

Elisa Teixeira Mendes

José Alexandre Mendonça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101212>

**CAPÍTULO 13..... 153**

**CAPACIDADE DO CHÁ VERDE NO AUXÍLIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE BEM COMO DE SUAS COMORBIDADES (UMA REVISÃO)**

Débora Gracielly da Silva

Maria José Arruda De Albuquerque Lopes  
Raquel Maria da Silva  
Jobson Josimar Marques Teixeira  
José Edson de Souza Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101213>

**CAPÍTULO 14..... 162**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE PERDA AUDITIVA E ALIMENTAÇÃO: PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Patrícia Haas  
Laura Faustino Gonçalves  
Beatriz Vitorio Ymai Rosendo  
Karina Mary Paiva  
Rodrigo Sudatti Delevatti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101214>

**CAPÍTULO 15..... 178**

**A SEGURANÇA DO PACIENTE INSERIDA NA GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR:  
UMA PROPOSTA SIMPLIFICADA DE IMPLANTAÇÃO**

Fabiano Lucio de Almeida Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101215>

**CAPÍTULO 16..... 191**

**INTERFERÊNCIA DO DIABETES *Mellitus* NA SAÚDE NUTRICIONAL DE PESSOAS  
IDOSAS**

Carina Barbosa Bandeira  
Maria Vieira de Lima Saintrain  
Rafaela Laís e Silva Pesenti Sandrin  
Marina Arrais Nobre  
Ana Ofélia Lima Portela  
Debora Rosana Alves Braga de Figueiredo  
Maria da Glória Almeida Martins  
Maria Isabel Damasceno Martins Fernandes  
Camila Bandeira de Sousa  
Anna Cecília Nunes dos Santos  
Janaína Alvarenga Aragão  
Luciano Silva Figueiredo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101216>

**CAPÍTULO 17..... 202**

**PANORAMA GERAL SOBRE AS COMPETÊNCIAS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA  
QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO DO PACIENTE**

Francisca das Chagas Sheyla Almeida Gomes Braga  
Cléciton Braga Tavares  
Geisa Machado Fontenelle  
Roxana Mesquita de Oliveira Teixeira Siqueira  
Antônio Francisco Machado Pereira  
Yara Maria Rêgo Leite

Veronica Elis de Araújo Rezende  
Adriana Jorge Brandão  
Maria Lailda de Assis Santos  
Sandra Valéria Nunes Barbosa  
Luciane Resende da Silva Leonel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101217>

**CAPÍTULO 18.....210**

**O CUIDADO DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ASSISTÊNCIA NO PERÍODO DA PANDEMIA (COVID 19)**

Camila Augusta de Oliveira Sá  
Diana Muniz Pinto  
Lúcia Helena Gonçalves Martins  
Mariana Freitas e Silva Maia  
Ney Sindeaux Moreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101218>

**CAPÍTULO 19.....217**

**SOBRECARGA DE CUIDADOS DECORRENTE DA DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves  
Aline dos Santos Duarte  
Bibiana Fernandes Trevisan  
Michelle Batista Ferreira  
Rodrigo D Ávila Lauer  
Tábata de Cavata Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101219>

**CAPÍTULO 20.....223**

**VISITA DOMICILIAR COMO MECANISMO DE ATUAÇÃO DE RESIDENTES EM ATENÇÃO HOSPITALAR À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Danielle Ramos Domenis  
Janayna de Almeida Andrade  
Ranna Adrielle Lima Santos  
Suzanne Guimarães Machado  
Felipe Douglas Silva Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101220>

**CAPÍTULO 21.....232**

**PRIMEIROS SOCORROS PARA LEIGOS: EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA MEDIADA PELA INTERNET**

Paulo Cilas de Carvalho Sousa  
Jaqueline Renata da Silva Brito  
Fernanda Karielle Coelho Macedo  
Maria Eduarda de Sousa Brito  
Oyama Siqueira Oliveira  
Lairton Batista de Oliveira

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101221>

**CAPÍTULO 22.....241**

PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Andréa Timóteo dos Santos Dec

Margarete Aparecida Salina Maciel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101222>

**CAPÍTULO 23.....255**

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL, DA PERCEPÇÃO DO AMBIENTE OCUPACIONAL E DOS PRINCIPAIS DESFECHOS OSTEOMUSCULARES NOS FUNCIONÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KUBITSCHECK – MINAS GERAIS

Alysson Geraldo Mendonça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101223>

**CAPÍTULO 24.....266**

APLICAÇÃO DA ESCALA BIANCHI DE STRESS EM BLOCO OPERATÓRIO

Maria Helane Rocha Batista Gonçalves

Christian Raphael Fernandes Almeida

Kelly Barros Marques

Rafaella Regis de Albuquerque Isacksson

Débora Rodrigues Guerra Probo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101224>

**CAPÍTULO 25.....279**

USO DE QUESTIONÁRIOS COMO FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DE DISBIOSE INTESTINAL E RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Whellyda Katrynne Silva Oliveira

Débora Paloma de Paiva Sousa

Heide Sara Santos Ferreira

Vitória Ribeiro Mendes

Lana Maria Mendes Gaspar

Joyce Sousa Aquino Brito

Andressa Correia das Neves

Juliana Feitosa Ferreira

Elinayara Pereira da Silva

Marta Gama Marques Castro

Vanessa Gomes de Oliveira

Stefany Rodrigues de Sousa Melo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101225>

**CAPÍTULO 26.....289**

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO FEMININO:

**MEDICAÇÕES APROVADAS PELO FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA)**

Gabriela Pascueto Amaral

Nathalie de Paula Damiano

Lúcio Mauro Bisinotto Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101226>

**CAPÍTULO 27.....299**

**OS PRINCIPAIS IMPACTOS À SAÚDE DA CRIANÇA CAUSADOS PELO CONSUMO DE CORANTES ALIMENTÍCIOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Marcelo Borges Figueira da Mota

Brunna Michelly da Silva Sousa

Tamyres Borges Pereira

Isabella Chaves Lira Cruz

Juliana Amorim Alfaix Natário

Irlane Moraes Vasconcelos Souza

Antonina Linhares Moraes Neta

Guilherme de Souza Gomes

Fernanda de Melo Franco Machado

Enzo Cardoso de Faria

Gabriel Mazuchini Belai

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101227>

**SOBRE O ORGANIZADOR.....308**

**ÍNDICE REMISSIVO.....309**

## A SEGURANÇA DO PACIENTE INSERIDA NA GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: UMA PROPOSTA SIMPLIFICADA DE IMPLANTAÇÃO

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 06/10/2021*

**Fabiano Lucio de Almeida Silva**

Faculdade Cesmac do Agreste, Arapiraca -  
Alagoas

<http://lattes.cnpq.br/0352721431140591>

**RESUMO:** O presente artigo analisa a temática de segurança do paciente na gestão de qualidade dos serviços de saúde. Aborda-se a evolução histórica do conceito segurança e qualidade no serviço de saúde e sua crescente importância atual para a gestão hospitalar. Posteriormente, aponta uma proposta metodológica simplificada de implantação de Núcleo de Segurança do Paciente em hospitais de pequeno e médio portes. Para tanto, a proposta metodológica utiliza o referencial do planejamento estratégico situacional para o diagnóstico, análise e elaboração de plano de intervenção na realidade com o intuito final de implantar o Núcleo de Segurança do Paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do paciente, Qualidade da assistência à saúde, Eventos Adversos.

PATIENT SAFETY INSERTED IN  
HOSPITAL QUALITY MANAGEMENT:  
A SIMPLIFIED PROPOSAL FOR  
IMPLEMENTATION

**ABSTRACT:** This article analyzes the subject

of patient safety in the quality management of health services. The historical evolution of the concept of safety and quality in the health service and its current growing importance for hospital management is discussed. Subsequently, it points out a simplified methodological proposal for the implementation of a Patient Safety Center in small and medium-sized hospitals. Therefore, the methodological proposal uses the framework of situational strategic planning for the diagnosis, analysis and development of an intervention plan in reality, with the ultimate aim of implementing the Patient Safety Center.

**KEYWORDS:** Patient safety, Quality of health care, Adverse events.

### 1 | INTRODUÇÃO

A busca pela segurança do paciente tem sido um objetivo intrínseco da atenção e cuidado em saúde ao longo de séculos, onde inúmeros estudiosos se debruçaram sobre a temática, direta ou indiretamente. Desde o postulado do pai da medicina, Hipócrates, que afirmava que “primum non nocere”, até figuras destacadas das Ciências da Saúde moderna, como Semmelweis, Nightingale, Codman, Donabedian, Wennberg, Cochrane entre outros, tem-se buscado as melhores formas de produzir cuidado aos pacientes, utilizando-se as tecnologias existentes à época. Esses estudiosos descobriram novos horizontes para a assistência e a gestão em saúde por abordarem

aspectos relacionados as práticas de higiene, a organização e estruturação dos serviços de saúde e do cuidado no combate as infecções. Temas inovadores para suas épocas, tais como a higienização das mãos, a criação de padrões de qualidade em saúde, de avaliação dos estabelecimentos de saúde e de seus serviços, variabilidade clínica e da prática assistencial baseada em evidências tem influenciado as práticas gerenciais e de atenção à saúde em inúmeros países desde então. (BRASIL, 2014; SCHIESARI et al, 2014).

Atualmente, o modelo de saúde ocidental vive um paradoxo intrigante no que se refere aos avanços tecnológicos incorporados à saúde: quanto maiores eles são, maiores são os riscos que eles podem produzir na integridade dos pacientes. Ademais, a cada incorporação tecnológica realizada, os custos de investimento, treinamento para uso e manutenção aumentam exponencialmente para os estabelecimentos e o sistema de saúde. (BRASIL, 2014; MENDES et al., 2005; MENDES et al., 2013; NOVAES, 2000; OKUNO et al., 2013; ROQUE, MELO, 2010; SCHIESARI et al., 2014).

O intrigante nesse processo de incorporação é o fato de que apesar do uso de tecnologias extremamente avançadas tanto no campo do diagnóstico como da terapêutica, os relatos de erros médicos e acidentes de trabalho com os profissionais de saúde vem crescendo vertiginosamente. No século passado, a década de 90 foi marcada por inúmeras denúncias realizadas pela mídia, internacional e nacional, destes erros, e conseqüentemente, dos processos judiciais de indenização pelos danos físicos e morais sofridos pelos pacientes. (BRASIL, 2014; MENDES et al., 2013; ROQUE, MELO, 2010; SCHIESARI et al., 2014).

Em 1999, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) publicou um relatório com o título *“To Err is Human: building a Safer Health Care System”* que deu início a popularização do tema segurança do paciente, dando relevância e força a discussão da temática tanto no campo acadêmico como profissional em vários países. Em síntese, o relatório apresentava a real dimensão das falhas existentes nos sistemas de saúde, apontando que cerca de 100 mil pessoas morriam anualmente vítimas de eventos adversos surgidos ao longo do período de internações hospitalares nos Estados Unidos. De acordo com o relatório, 1 em cada 10 pacientes que davam entrada em hospitais norte-americanos sofria um evento adverso (EA), como quedas, administração incorreta de medicamentos, falhas de identificação, erros de procedimentos etc. (MENDES et al., 2013; NOVAES, 2000; OKUNO et al., 2013; ROQUE, MELO, 2010; SCHIESARI et al., 2014). O espantoso nos dados apresentados pelo relatório é que os números de óbitos hospitalares por eventos adversos superavam a taxa de mortalidade de pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamento. (BRASIL, 2014b).

Em estudo realizado no ano de 2003, em três hospitais de ensino no estado do Rio de Janeiro com 27.350 pacientes adultos que deram entrada nestes hospitais no referido ano, foram selecionados 1.103 pacientes mediante randomização simples, chegando ao resultado de que 7,6% pacientes tinham sofrido eventos adversos, sendo que 66,7% deste

total era de eventos adversos preveníveis. (MENDES et al., 2009).

Estudos realizados em outros países como Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia [...], que utilizaram o mesmo método do estudo de Havard, confirmaram uma alta incidência de EAs. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adveso e destes 50% são evitáveis. (BRASIL, 2014b, p. 5).

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)<sup>1</sup>, com o intuito de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente [...]” (BRASIL, 2014, p. 13). Ainda no mesmo ano, a ANVISA publicou a RDC n. 36<sup>2</sup> no intuito de apoiar as medidas do PNSP através da obrigatoriedade da criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). Nesse sentido, o objetivo deste estudo é ampliar a discussão sobre a temática da segurança do paciente sobre o prisma da qualidade de serviços hospitalares, para tanto se propôs uma metodologia simplificada de implantação do NSP para hospitais de pequeno e médio porte.

Com esse intuito, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental na literatura específica, legislações do Ministério da Saúde e órgãos afins, associada a pesquisa em bases de dados.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Quando se aborda a temática da qualidade e segurança do paciente é possível traçar uma linha histórica de estudiosos que a partir do século XIX, foram influenciando as concepções e práticas da gestão do cuidado em saúde. Em meados do século XIX, o médico obstetra húngaro, Ignaz Semmelweis abordou a relação da “febre puerperal” e a ausência de higienização das mãos dos profissionais de saúde. Em estudo realizado no Hospital Geral de Viena, entre os anos de 1841 e 1849, ele observou e registrou que a incidência de morte por febre puerperal em partos conduzidos por médicos era três vezes maior do que os partos conduzidos por parteiras, relacionando essa diferença ao fato de que as parteiras tinham o hábito de higienização das mãos antes e após cada parto. (MENDES et al., 2005).

Ainda naquele século, a enfermeira britânica, Florence Nightingale, tornou-se uma das pioneiras na utilização do modelo biomédico e da representação visual de informações, o que muito contribuiu na melhoria das condições sanitárias dos hospitais ingleses e na redução drástica das taxas de infecção hospitalar e mortalidade. (MENDES et al., 2005).

Em 1910, o médico cirurgião norte-americano Ernest Amory Codman, após vários estudos sobre os resultados da assistência ao paciente, criou a proposta do “Resultado

1 Portaria MS/GM n. 529, de 1º de abril de 2013.

2 Portaria MS/GM n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Final”, que defendia a necessidade e importância de que os médicos deveriam acompanhar seus pacientes para avaliar os resultados dos tratamentos prescritos. Além disso, Codman defendia que a criação de um sistema de padronização hospitalar que pudesse garantir a qualidade dos resultados das intervenções e procedimentos médicos. Em 1913, ele funda o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), estabelecendo o “Programa de Padronização Hospitalar” (PPH), que definia um conjunto de 5 padrões de garantia da qualidade na assistência aos pacientes. (MENDES et al., 2005).

Em 1966, o médico libanês Avedis Donabedian desenvolveu um modelo que permitia a avaliação da qualidade da atenção médica. Este modelo sistematizava atributos que traduziriam a qualidade nos serviços, no caso, *eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade*. (BRASIL, 2014). Entre os anos de 1988 e 1990, Donabedian desenvolve a sistematização da avaliação qualitativa de atenção médica em três pontos: *estrutura, processo e resultado*.

[...] o Modelo Donabedian que utiliza como pressupostos: **Estrutura:** que envolve os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros, os equipamentos, as políticas de educação permanente e o estabelecimento de protocolos assistenciais; **Processo:** que corresponde ao conjunto de atividades na produção, e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, incluindo a busca pelo diagnóstico e pela terapêutica empregada; e **Resultado:** que consiste na obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência à saúde do paciente e da população, o custo mensurado e se esse é compatível com a sustentabilidade e da organização. (SILVA-BATALHA, MELLEIRO, 2015, p. 433, grifo nosso).

Para Donabedian (SILVA-BATALHA, MELLEIRO, 2015), cuidado de saúde para ser considerado de qualidade precisa maximizar o bem estar do paciente. Para tanto, ele deve levar em conta o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas nas etapas do processo de cuidado. A partir de sua contribuição, os serviços de saúde passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade.

Donabedian apresenta a qualidade na prestação dos serviços de saúde como um fator importantíssimo para o seu desenvolvimento, compreendendo qualidade em saúde como a busca permanente da satisfação dos pacientes mediante a agregação de benefícios a eles por meio do uso racional dos recursos disponíveis, respeitando os valores institucionais e a opinião dos pacientes. Para tanto, as instituições e profissionais de saúde devem perseguir as melhores práticas, aquelas que oferecem os menores riscos aos pacientes. (SILVA-BATALHA, MELLEIRO, 2015).

De modo geral, apesar destas experiências, a abordagem da qualidade e dos problemas de qualidade em saúde ainda são recentes. Mendes et al (2005, p. 394) afirma que:

Há duas décadas pesquisadores estudam de forma sistemática um fenômeno relacionado a problemas de qualidade nos serviços de saúde. Esse fenômeno

– os eventos adversos (EAs) – atinge, nos países onde foi investigado, patamares alarmantes. Estima-se que cerca de 100 mil pessoas morram em hospitais a cada ano, vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resulta em uma taxa de mortalidade, nos EUA, maior do que as atribuídas aos pacientes com AIDS, câncer de mama ou atropelamentos.

O ponto de partida para esta discussão, como já mencionado anteriormente, foram as publicações do livro *To Err is human* (Kohn, Corrigan, Donaldson, McKay, Pike, 2000) e, posteriormente, do relatório *Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards* (World Health Organization) que além de apresentar o problema dos EAs, também propunha “metodologias para avaliar de forma sistemática os riscos à segurança do paciente nos serviços de saúde” (MENDES et al., 2005).

## **2.2 QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA NO CUIDADO DO PACIENTE: A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA ASSISTENCIAL MAIS SEGURA**

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua assembleia mundial discutiu sobre a questão dos EAs, dos danos e sofrimentos causados aos pacientes e suas famílias advindos de erros médicos, como também os impactos financeiros que aqueles causavam. Os países membros concordaram em ampliar os esforços na busca de medidas que aumentassem a segurança do paciente, no contexto de políticas públicas mundiais. (MOTTA FILHO et. al., 2013; TASE et al., 2013).

No ano de 2004, a OMS fundou a “*World Alliance for Patient Safety*”, com o objetivo de promover estudos a respeito da segurança do paciente, e definir temas prioritários para serem abordados entre os países membros. Esses temas ficaram conhecidos como “Desafios Globais”, e bianualmente são definidos. Desde sua criação, o conhecimento e soluções produzidas sobre a temática da segurança do paciente tem sido divulgada e implantada por meio de programas e iniciativas internacionais. (MOTTA FILHO et. al., 2013; TASE et al., 2013).

Outra iniciativa significativa da OMS, foi o lançamento do Programa “*Nine Patient Safety Solutions*”, em 2007, “objetivando reduzir os erros nos sistemas de saúde, com o redesenho dos processos de cuidado, para prevenir erros humanos inevitáveis, incluindo a identificação do paciente”. (TASE et al., 2013, p. 197).

Em estudo realizado mediante o uso de revisão sistemática com estudos baseados na revisão retrospectiva de prontuários avaliando a ocorrência de EAs no conjunto de ações dos hospitais em vários países, Mendes et al. (2005) chegou a impressionantes estatísticas, presentes no quadro 1.

Pais do estudo	Ano	Incidência de EAS por 100 pacientes internados	Proporção de EAS evitáveis
Austrália	1992	16,6	50,3%
Nova Zelândia	1998	11,3	61,6%
Inglaterra	1999-2000	10,8	52%
Canadá	2000	7,5	36,9%
Dinamarca	2001	9,0	40,4%
França	2002	14,5	27,6%
Brasil	2003	7,6	66,7%

Quadro 1 - Estudos sobre Eventos Adversos tendo como foco a melhoria da qualidade.

Fonte: Mendes et al (2005) e Mendes et al. (2009) quadro produzido pelo autor.

O quadro 1 revela que a proporção de EAs evitáveis através da implantação de medidas de segurança do paciente é enorme. No quadro acima, foram acrescentado os dados de pesquisa produzida por Mendes et al. (2009), onde três grandes hospitais de ensino da cidade do Rio de Janeiro tiveram seus prontuários avaliados, e os valores encontrados não se mostram muito diferente das estatísticas encontrada na pesquisa feita no ano de 2005.

A ocorrência de um EA não significa obrigatoriamente que houve erro no cuidado com o paciente. Pacientes podem sofrer danos inerentes ao cuidado de saúde que não podem ser evitados (p. ex., efeito colateral decorrente do tratamento quimioterápico). Já o EA evitável representa o dano ao paciente que está associado a uma falha ativa ou a uma condição latente, ou mesmo a uma violação de normas e padrões. (MENDES et al., 2013, p. 422).

Esse aspecto do EA, abordado por Mendes et al. (2013), aponta que além do erro humano, há também outros fatores que interferem na qualidade do serviço prestado. De acordo com Oliveira et al. (2014), condições de trabalho inadequadas ou estressoras, aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas pelo profissional da saúde são fatores desencadeadores de possíveis eventos adversos.

A interação entre as falhas humanas e o meio onde elas ocorrem não é restrito a uma única categoria profissional de saúde, mas a todas aquelas que interagem com os pacientes. Inúmeros estudos têm abordado a problemática dos EAs dentro do ambiente hospitalar em seus diferentes serviços e categorias profissionais. Motta Filho et al. (2013) aborda em pesquisa quantitativa de natureza exploratória, realizada no 44º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia (CBOT), que de um universo amostral de 502 participantes, a respeito do grau de conhecimento dos ortopedistas sobre o 'protocolo de cirurgia segura da OMS', constatou-se que 65,3% desconheciam o protocolo. Além disso, 40,8% relataram ter tido a experiência de realizar a cirurgia em paciente em local errado.

Em estudo retrospectivo das internações realizadas no Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 1999 e 2002, em hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de

Saúde (SUS), na busca de “agravos provocados por medicamentos” (APM), Rozenfeld (2007), constatou que em um universo de 204 hospitais (56,3% dos hospitais do Estado), das 1.898.676 internações daquele período, ocorreram 3.421 APM, “o que leva a uma estimativa de 1,8 casos por 1.000 internações”. Além disso, foram identificados 50.253 possíveis casos de agravos por medicamentos.

Na mesma linha, Okuno et al. (2013) realizou um estudo de corte transversal e descritivo no serviço de emergência de um grande hospital paulistano. Neste estudo, os pesquisadores procuraram identificar a ocorrência de potenciais interações medicamentosas em prescrições médicas de pacientes adultos internados no referido serviço de emergência. Foram analisadas 200 prescrições médicas, onde foram identificados 526 potenciais interações medicamentosas em 159 prescrições (79,5%), onde, 109 foram consideradas interações graves, 354 moderas e 63 leves.

Os serviços de saúde têm como característica fundamental o fato de serem produtores de intervenções na realidade de saúde de seus usuários, geralmente, com a utilização de drogas, tecnologias duras e procedimentos invasivos que interferem diretamente na vida dos usuários e de seus familiares. Sendo assim, o desconhecimento das políticas e normas de segurança na prática assistencial produz efeitos danosos e graves a integridade física e emocional do paciente, além de grandes dispêndios financeiros em ações judiciais de indenizações por danos, tais como: Cirurgias realizadas em locais errados; Agravos da saúde de pacientes internados devido a quedas; Problemas com interações medicamentosas em pacientes internados; Utilização indiscriminada de exames radiológicos (raio-x e tomografias) sem a preocupação de seus efeitos a longo prazo na saúde do paciente; Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre trabalhadores de saúde por descumprimento de normas de segurança; Não utilização do protocolo de cirurgia segura da OMS; Infecções cruzadas em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva; Reinternações de pacientes devido a falhas de procedimentos e da terapêutica, entre outros.

Desenvolver uma cultura de segurança no ambiente hospitalar, como também nas outras instituições de saúde, é um dos grandes desafios para gestores e trabalhadores da saúde. De acordo com Silva-Batalha e Melleiro (2015, p. 123), a cultura de segurança pode ser compreendida como “[...] o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com, e o estilo e proficiência de, gestão da saúde e segurança de uma organização”.

Em virtude desse cenário, a criação de Núcleos de Segurança do Paciente se apresenta como uma estratégia viável e fundamental para a criação de uma cultura de qualidade e segurança do cuidado ao paciente nas unidades de saúde no país. Estratégia defendida pelo Ministério da Saúde que mediante a Portaria MS/GM n. 529/2013 reforça a importância da criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, através da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a resolução RDC n. 36, de 25/7/13

da ANVISA, que definiu como obrigatório a criação e funcionamento dos ‘Núcleos de Segurança do Paciente’ em todos os hospitais do país, como também a elaboração de seu “Plano de Segurança do Paciente”.

### 3 I UMA PROPOSTA METODOLÓGICA DE IMPLANTAÇÃO

O presente trabalho pode ser classificado, quanto a tipologia da pesquisa, como pesquisa aplicada por almejar soluções ao problema existente, no caso, a ausência de uma cultura de qualidade e segurança no hospital. Como também a pesquisa de intervenção, pois compreende que a realidade analisada pode ser modificada através da criação do Núcleo de Segurança do Paciente. (HADDAD, 2004). Ainda nesse sentido, convém lembrar que o projeto de intervenção é o ato concreto do planejamento de uma intervenção que irá ocorrer em uma determinada realidade. Como afirma Contandriopoulos et al., “uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”. (1997, p. 31). E para tanto, ela “é caracterizada, portanto, por cinco componentes: objetivos, recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento.” (CONTRADIOPOULOS, 1997, p. 32).

A proposta de intervenção na realidade (criação de Núcleo de Segurança de Paciente) se dará através de etapas, a saber:

**1ª etapa – Planejamento de atividades:** Realização de levantamento bibliográfico e normativo (leis, portarias...) a respeito da temática ‘qualidade e segurança do paciente’, visando embasar o projeto de implantação.

Além disso, será necessário realizar o Diagnóstico Situacional da realidade institucional e loco regional onde o NSP deverá ser implantado. Com relação aos dados sociodemográficos, epidemiológicos e hospitalares, a consulta poderá ser feita nos Sistemas de Informações dos órgãos oficiais, como o site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Com relação ao diagnóstico interno, as ferramentas mais práticas são: o brainstorming, a matriz de priorização e seleção (quadro 2), matriz de descrição das causas dos problemas (quadros 3 e 4), árvore de problemas (quadro 5). (LOPES, BARBOSA, SILVA, 2010). Essas ferramentas devem ser aplicadas em grupos representativos de categorias e/ou setores assistenciais do hospital, o que permitirá uma visão ampliada dos problemas e possíveis soluções.

Causas ou fatores	Impacto	Governabilidade	Factibilidade	Custo de postergação	Seleção

Quadro 2 - Matriz de priorizaçã e seleção.

Fonte: Quadro desenvolvido pelo autor baseado em informações produzidas Lopes, Barbosa, Silva (2010).

\*Valores: ALTO - MÉDIO - BAIXO

CAUSA OU FATOR	DESCRITORES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1 -</li> <li>• D2 -</li> </ul>

Quadro 3 - Diagnóstico dos descritories de causa ou fator.

Fonte: Quadro desenvolvido pelo autor baseado em informações produzidas Lopes, Barbosa, Silva (2010).

CAUSA DO PROBLEMA	CAUSAS-CRÍTICAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C1 -</li> <li>• C2 -</li> </ul>

Quadro 4 - Matriz de descrição das causas dos problemas.

Fonte: Quadro desenvolvido pelo autor baseado em informações produzidas Lopes, Barbosa, Silva (2010).

CAUSAS CRÍTICAS	CAUSA	PROBLEMA	CONSEQUÊNCIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• C1 -</li> <li>• C2 -</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co1</li> <li>• Co2 -</li> </ul>

Quadro 5 - Matriz da árvore de problemas com suas causas e consequências.

Fonte: Quadro desenvolvido pelo autor baseado em informações produzidas Lopes, Barbosa, Silva (2010).

A partir das constatações e reflexões feitas nos quadros anteriores, será elaborado o plano de atividades com o objetivo de enfrentar as causas do problema encontrado na matriz de árvores de problemas (Quadro 5), conforme quadros abaixo:

<b>Problema</b>				
<b>Causa a ser enfrentada</b>				
<b>Descritor</b>	D1, D2, D3 (Quadro 3)			
<b>Indicador</b>				
<b>Metas</b>				
<b>Resultado esperado</b>	•			
<b>Ações</b>	<b>Recursos</b>	<b>Produtos a serem alcançados</b>	<b>Prazo de conclusão</b>	<b>Responsável</b>
1.	•			
2.	•			

Quadro 6 - Matriz de Programação de Ações.

Fonte: Quadro desenvolvido pelo autor baseado em informações produzidas Lopes, Barbosa, Silva (2010).

**Indicador de monitoramento:** Produção de referencial teórico do projeto de intervenção no prazo estabelecido pela equipe executora.

**2ª etapa – Elaboração do projeto de implantação do NSP,** como também apresentação para a diretoria do hospital.

**Indicadores de monitoramento:** Projeto de Intervenção concluído para encaminhar a Direção do Hospital no prazo estabelecido.

**3ª etapa – Sensibilização e obtenção de poder formal:** Sensibilização da diretoria do hospital sobre a importância do NSP, buscando a autorização para sua implantação.

**Indicador de monitoramento:** Produção da Portaria Interna criando o NSP no prazo estabelecido.

**4ª etapa – Sensibilização e obtenção de apoio institucional:** Apresentação do Projeto para as coordenações setoriais do hospital, sensibilizando-as em busca de apoio para implantação através da realização de reuniões/oficinas de apresentação da proposta.

**Indicador de monitoramento:** Realização de reunião com chefias e coordenadores para apresentação da proposta do NSP.

**5ª etapa – Formação do NSP –** Eleição ou nomeação do Colegiado com representante de setores relacionados ao cuidado dos pacientes, como também setores de apoio.

**6ª etapa – Formação da equipe técnica-executiva do NSP** dentre profissionais escolhidos entre o colegiado.

**7ª etapa – Funcionamento do NSP –** realização de reuniões, estudos e elaboração de regimento e atividades internas e externas.

As etapas 5, 6 e 7 estão interligadas pois se relacionam com a implantação do NSP através da formação dos colegiados. Por isso, o indicador de monitoramento será a realização da 1ª reunião do NSP.

**8ª etapa – Início da divulgação do NSP -** Realização 1ª Oficina Interna de Qualidade e segurança do Paciente no intuito de difundir os principais conceitos temáticos, preparando o hospital para a elaboração do Plano de Segurança do Paciente.

**Indicador de monitoramento:** Realização da Oficina.

**9ª etapa - Elaboração do Plano de Segurança do Paciente.**

Convém salientar que as atividades propostas entre a 1ª e a 5ª etapas, serão realizadas pelos proponentes do projeto de intervenção, pois nessas fases ainda não existe estrutura organizacional para tratar dos aspectos da qualidade e segurança do paciente no hospital. Competirá aos proponentes atuarem como facilitadores do desenvolvimento das condições necessárias para a criação do Núcleo de Segurança do Paciente no hospital. A partir da 6ª etapa, com a criação do NSP, a equipe de referência para a gestão do projeto será composta pelos integrantes do NSP e o proponente do projeto.

Como forma de avaliação, adotar-se-á a **avaliação por impacto**, uma vez que se está trabalhando uma intervenção em uma dada realidade, e por consequência, deverá

ser avaliado os impactos resultantes de sua implantação no hospital. Para tanto, servirá de referência a “Matriz de Dimensões de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde”, do PRO-ADESS<sup>3</sup>. No caso, a **avaliação de impacto** estará relacionada a ‘dimensão desempenho dos serviços de saúde, subdimensão segurança’ do PRO-ADESS, uma vez que esta dimensão mensura a capacidade do sistema de saúde (hospital) para identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais. Como indicadores de avaliação de segurança, sugere-se: 1 - Número de internações que geraram eventos adversos; 2 - Monitoramento de eventos médicos adversos; 3 - Revisão de medicamentos tomados pelos pacientes e suas possíveis interações medicamentosas; 3 - Taxa de infecção hospitalar e outras complicações.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da exposição teórico e metodológica foi salientada a importância atual de uma melhor gestão dos serviços de saúde no tocante aos aspectos da qualidade e segurança no cuidado ao paciente, não apenas por seus aspectos organizacionais, técnicos e financeiros, mas principalmente, pelas questões ético-profissionais envolvidas.

As atividades de saúde são pautadas por valores éticos inalienáveis e que devem sempre ter a primazia em suas decisões. Falar em qualidade em saúde, é pensar no uso das melhores técnicas, insumos, tecnologias e práticas na busca da melhoria da qualidade de vida do paciente e minimização e/ou erradicação de seu sofrimento. Para tanto, deve-se buscar uma gestão eficaz, eficiente e efetiva em saúde.

A questão da segurança do paciente nos serviços públicos deve conseguir romper as barreiras corporativistas e culturais dos ambientes hospitalares para conseguir, gradativamente, permear todos os setores, serviços e categorias profissionais.

Criar uma cultura de segurança ao paciente através da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e o desenvolvimento do Programa de Segurança do Paciente é um processo gradativo, dinâmico, contínuo e essencial para o desenvolvimento institucional do hospital, para uma boa governança dos serviços públicos de saúde, para o desenvolvimento humano e profissional dos trabalhadores da saúde e, principalmente, para fortalecer os direitos dos usuários dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – **RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 26 jul 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília (DF): MS, 2013b.

<sup>3</sup> PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ (2015)

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **A avaliação na área da saúde: conceito e métodos**. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HADDAD, Nagib. **Metodologia de estudos em ciências da saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico**. São Paulo: Roca, 2004.

LOPES, Clayre Maria Bomfim; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SILVA, Vanessa Costa (Org.). **Planejamento e organização da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2010. (Programa de Gestão em Saúde).

MENDES, Maria Elizabete et al. **Practical aspects of the use of FMEA tool in clinical laboratory risk management**. *Journal Bras Patol Med Lab*, 49(3), p. 174-181, 2013.

MENDES, Walter et al. **Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais**. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 8(4), p. 393-406, 2005.

MENDES, Walter et al. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil**. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), p. 279-84, 2009.

MENDES, Walter et. al. **Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro**. *Rev Assoc Med Bras*, 59(5), p. 421-28, 2013.

MOTTA FILHO, Geraldo da Rocha et al. **Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros**. *Rev. Bras. Ortop.*, 48(6), p. 554-562, 2013.

NOVAES, Hillegonda Maria D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. *Rev. Saúde Pública*, 34(5), p. 547-59, 2000.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto et al. **Interação medicamentosa no serviço de emergência**. *Einstein*, 11(4), p. 462-6, 2013.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Org.). **Qualificação de gestores do Sus**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009.

PROQUALIS/ICT/FIOCRUZ (BR). Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. [Internet]. Rio de Janeiro; [acessado em 23 jul 2015]. Disponível em: <<http://proqualis.net>>.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. **Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital no Estado do Rio de Janeiro**. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 13(4), p. 607-19, 2010.

ROZENFELD, Suely. **Agravos provocados por medicamentos em hospitais do estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Rev. Saúde Pública, p. 1-8, 2007.

SCHIESARI, Laura et al. **Qualidade e segurança no cuidado ao paciente no mundo e no Brasil.** In: SCHIESARI, Laura; PETROLINO, Helen Maria Benito Scapolan; SIQUEIRA, Ivana Lucia Correa Pimentel et al. **Qualidade e segurança no cuidado ao paciente: caderno do curso 2014.** São Paulo: Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014.

SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos; MELLEIRO, Marta Maria. **Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 24(2), p. 432-41, 2015.

TASE, Terezinha Hideco; LOURENÇÃO, Daniela Campos de Andrade; BIANCHINI, Suzana Maria. **Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente.** Rev. Gaúcha Enferm. 34(2), p. 196-200, 2013.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Ácidos graxos 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 168, 169, 171, 172, 286

Adesão 7, 10, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 79, 82, 84, 205, 207, 214, 246

Adolescência 92, 211, 241, 242, 248, 250, 254

Alta hospitalar 10, 223, 226

Assistência domiciliar 217, 219, 224, 226, 227, 228, 230

Assistência hospitalar 223, 268

Atenção básica à saúde 108, 255, 264, 265

Atenção farmacêutica 25, 26, 32, 33, 35, 38, 39, 40, 41, 43, 46, 47, 48

Atuação do farmacêutico 1, 3, 7, 26, 31, 50

Audição 162, 163, 168, 169, 172, 173

Automedicação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 41, 49, 263

Avaliação nutricional 192, 194, 196, 197, 198

### C

Camellia sinensis 153, 154, 156, 157, 159, 160

Canabidiol 130, 131, 134, 135, 136

Cannabis 130, 131, 133, 134, 135

CBD 130, 131, 133, 134

Centro cirúrgico 15, 266, 268, 269, 270, 276, 277, 278

Centro de Atenção Psicossocial 210, 212, 213

Chá verde 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161

Consumo de medicamentos 3, 11, 25, 26, 29, 36, 38, 40, 41, 44, 47, 48

Contraceptivo de emergência 86, 87, 88, 90, 93

Controle 2, 9, 25, 26, 27, 28, 36, 40, 41, 44, 45, 54, 59, 98, 100, 126, 132, 159, 162, 164, 165, 227, 237, 246, 247, 248, 250, 262, 266, 280, 281

Cuidado 7, 9, 11, 33, 49, 73, 74, 84, 90, 132, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 187, 188, 189, 190, 200, 202, 203, 204, 205, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 220, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 261, 267, 276, 277, 278

Cuidados farmacêuticos 61

### D

Diabetes mellitus 6, 66, 192, 193, 194, 196, 198, 199, 200, 201, 241, 242, 243, 244, 252, 253

Dieta 40, 62, 63, 64, 69, 72, 73, 75, 113, 114, 115, 125, 127, 137, 138, 157, 158, 161, 162,

163, 164, 168, 171, 174, 194, 197, 198, 199, 247, 248, 280, 284, 286  
Disbiose 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288  
Distúrbios endócrinos 241, 243, 251  
Doença de alzheimer 217, 218, 219, 222

## **E**

Educação à distância 233  
Educação em saúde 13, 84, 220, 221, 228, 231, 234, 238, 262, 263  
Efeitos adversos 1, 7, 8, 25, 30, 34, 58, 63, 78, 79, 86, 134, 155  
Enfermagem 3, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 36, 49, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 91, 92, 94, 127, 207, 208, 209, 220, 221, 222, 230, 231, 232, 235, 254, 258, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 276, 277, 278, 287  
Epidemiologia 11, 22, 49, 192, 200, 209, 254  
Epilepsia 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136  
Equipe interdisciplinar de saúde 61, 213  
Equipe multiprofissional 71, 73, 204, 205, 207, 212, 223, 272, 278  
Eventos adversos 8, 64, 178, 179, 180, 182, 183, 188, 189, 202, 203, 204, 206, 208, 209

## **F**

Fitoterápicos 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108

## **H**

HIV 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 89, 179

## **I**

Idoso fragilizado 217, 219  
Idosos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 44, 49, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 220  
Infância 130, 132, 211, 241, 242, 243, 246, 248, 250, 253, 254  
Inquéritos 280

## **L**

Legislação 34, 81, 83, 95, 98, 99, 103, 104, 105, 108, 215  
Lipídios 109, 110, 111, 113, 118, 119, 122, 124

## **M**

Medicamentos antirretrovirais 52, 53, 54, 55, 56

## **O**

Obesidade 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 193, 194, 195, 197, 199, 220, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 281, 283, 285, 286, 287, 288

## P

Palmeiras 109, 110, 111, 123, 129  
Pediatria 136, 241, 251, 252, 254  
Perda auditiva 162, 163, 164, 167, 169, 171, 172, 173, 174, 250  
Perfil de medicamentos 25  
Pílula do dia seguinte 86, 87, 93  
Plantas medicinais 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 155  
Políticas de saúde 23, 95, 96  
Prevenção 10, 14, 25, 33, 36, 59, 64, 80, 81, 82, 83, 102, 123, 128, 154, 155, 157, 158, 159, 162, 163, 164, 168, 171, 172, 192, 211, 213, 219, 227, 228, 241, 246, 250, 251, 254, 263, 280  
Prevenção de doenças 33, 158, 192, 228, 280  
Primeiros socorros 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240  
Psicotrópicos 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49

## Q

Qualidade da assistência à saúde 178, 207  
Qualidade em saúde 179, 181, 182, 188, 203  
Questionários 255, 257, 258, 259, 263, 279, 280, 282, 283, 284, 285, 287

## R

Relações comunidade-instituição 233

## S

Saúde Mental 41, 50, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216  
Saúde Ocupacional 78, 83, 255  
Segurança do paciente 9, 36, 61, 74, 178, 179, 180, 182, 183, 185, 187, 188, 190, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 268, 277  
Serviços de saúde 16, 17, 42, 79, 178, 179, 181, 182, 184, 188, 196, 202, 203, 204, 205, 210, 211, 252  
Stress 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 277

## U

Uso de medicamentos 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 18, 21, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 49, 54, 61, 64, 73, 74, 131, 133  
Uso descontrolado 86, 87  
Uso racional de medicamentos 1, 11, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 39, 41

## V

Vias de administração de medicamentos 61  
Visita domiciliar 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 231.

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)  
 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

  
Ano 2021

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)  
 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão