

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES

(Organizador)

ENFERMAGEM:

Investigação científica,
ensino e assistência 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES

(Organizador)

ENFERMAGEM:

Investigação científica,
ensino e assistência 2



Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a 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^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a 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^o Dr^a 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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci 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^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Enfermagem: investigação científica, ensino e assistência 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 Enfermagem: investigação científica, ensino e assistência 2
/ Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. -
Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0295-4

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.954221207>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus
Fernando da Silva (Organizador). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos - CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa - Paraná - Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

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

Temos o prazer de apresentar a coleção “ENFERMAGEM: INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA, ENSINO E ASSISTÊNCIA”. Os volumes dessa coletânea trazem variados estudos que reúnem evidências científicas que visam respaldar a importância de uma assistência de enfermagem pautada pela excelência e qualidade. A primeira obra aborda temas como o protagonismo da enfermagem no incentivo ao aleitamento materno; a assistência humanizada da equipe de enfermagem no parto, ao neonato e lactente; cuidados com pacientes pediátricos, a aplicação do escore pediátrico de alerta e o papel da enfermagem na oncologia pediátrica; acolhimento e classificação de risco obstétrico na pandemia COVID-19 e luto parental; cuidados com pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e a importância de intervenções educacionais para essa população; cuidados paliativos; repercussão da mastectomia na vida das mulheres; cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e a carga de trabalho em serviços de medicina intensiva; assistência ao paciente em tratamento hemodialítico; e a letalidade dos acidentes de trânsito no Brasil.

A segunda obra discute temas como a auditoria em enfermagem e o planejamento na gestão em enfermagem; a simulação clínica para o ensino de enfermagem; a importância da lavagem das mãos na prevenção de infecções; a cultura de segurança do paciente; perspectiva histórica do ensino e avaliação dos cursos de enfermagem, o papel da preceptoria e concepções dos estudantes; uso de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária; assistência de enfermagem na saúde mental do indivíduo e sua família; a infecção por COVID-19 em profissionais de enfermagem; vulnerabilidade da pessoa idosa e o uso de tecnologias no cuidado à essa população; tratamento de tuberculose latente em adolescente; doenças crônicas não transmissíveis e as condições de saúde da população brasileira; e as vantagens e desvantagens da toxina botulínica.

Ressaltamos a relevância da divulgação científica dos trabalhos apresentados, para que os mesmos possam servir de base para a prática segura dos profissionais de saúde. 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

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR EM CENTRO CIRÚRGICO: OPME REVISÃO BIBLIOGRÁFICA


Adriana Maria Alexandre Henriques
Débora Machado Nascimento do Espírito Santo
Cláudia Carina Conceição dos Santos
Elisa Justo Martins
Liege Segabinazzi Lunardi
Flávia Giendruczak

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212071>

CAPÍTULO 2..... 9

A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA EM ENFERMAGEM PARA AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE


Adelina Ferreira Gonçalves
Eline Aparecida Vendas Righetti
Sabrina Ferreira Furtado Magrin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212072>

CAPÍTULO 3..... 21

A IMPORTÂNCIA DO PLANEAMENTO NA GESTÃO EM ENFERMAGEM DE SERVIÇOS HOSPITALARES: UMA *SCOPING REVIEW*


Catarina Raquel Ferreira Porfírio
Maria Manuela da Silva Martins
Narcisca Gonçalves
Margarida Ferreira Pires
Regina Maria Pires

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212073>

CAPÍTULO 4..... 33

O IMPACTO DA MOTIVAÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR NA NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES EM ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO

Catarina Raquel Ferreira Porfírio
Maria Manuela da Silva Martins
Margarida Ferreira Pires
Regina Maria Pires

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212074>

CAPÍTULO 5..... 38

A IMPORTÂNCIA DA SIMULAÇÃO CLÍNICA PARA O ENSINO DO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM SEGURANÇA NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM


Eliane Souza de Almeida Cruz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212075>

CAPÍTULO 6..... 45

ATENDIMENTO SIMULADO AO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karina Mara Brandão Teles Barbosa Andrade
Mariana dos Santos Serqueira
Landra Grasielle Silva Saldanha
Claudenice Ferreira dos Santos
Danielle de Andrade Canavarro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212076>

CAPÍTULO 7..... 53

CENÁRIO SIMULADO: MANEJO DE RESÍDUOS DE LUVAS DE LÁTEX ENTRE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM


Adriana Aparecida Mendes
Rondinelli Donizetti Herculano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212077>

CAPÍTULO 8..... 65

A IMPORTÂNCIA DA LAVAGEM DAS MÃOS PARA O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA


Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha
Jessé Alves da Cunha
Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante
Raimunda Maria Ferreira de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212078>

CAPÍTULO 9..... 74

FATORES RELACIONADOS AO CUMPRIMENTO DA TÉCNICA DE HIGIENE DAS MÃOS PELA ENFERMAGEM: ESTUDO TRANSVERSAL


Priscila Brandão
Luana Ramos Garcia
Larissa Sousa Oliva Brun
Letícia de Assis Santos
Maithê de Carvalho e Lemos Goulart
Fernanda Maria Vieira Pereira Ávila
Fernanda Garcia Bezerra Góes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212079>

CAPÍTULO 10..... 89

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE TEÓRICO REFLEXIVA


Oclaris Lopes Munhoz
Silomar Ilha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120710>

CAPÍTULO 11..... 97

CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE HOSPITAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120711>

CAPÍTULO 12..... 104

PERCEÇÃO DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM SOBRE O PROJETO UEPA NAS COMUNIDADES


Kethully Soares Vieira

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro

Daniele Rodrigues Silva

Samantha Modesto de Almeida

Manoel Victor Martins Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120712>


CAPÍTULO 13..... 109

ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAR A INTERAÇÃO ENTRE OS ATORES ENVOLVIDOS NA PRECEPTORIA EM ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - HUMAP

Odila Paula Savenhago Schwartz

José Felipe Costa da Silva

Renata Carmel de Araújo Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120713>

CAPÍTULO 14..... 118

PERSPECTIVA HISTÓRICA DO ENSINO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Iranete Pereira Ribeiro

Christiane de Carvalho Marinho

Rafaella Fernanda Siqueira Pinto

Marcelo dos Santos Rodrigues


Jofre Jacob da Silva Freitas

Kátia Simone Kietzer

Lizomar de Jesus Maués Pereira Moia

Ilma Pastana Ferreira

Antônia Margareth Moita Sá

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120714>


CAPÍTULO 15..... 126






AVALIAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DOS EGRESSOS NO MERCADO DE TRABALHO

Kamila Tessarolo Velame

Gilda Borges Pereira

Maria Carlota de Rezende Coelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120715>

CAPÍTULO 16	137
CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO SAÚDE DOENÇA	
Lucia Rondelo Duarte Isabela Peres da Silva	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120716	
CAPÍTULO 17	148
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO PRIMARIA	
Pamela Rodrigues Lino de Souza Paulo Campos Renata Cristina Schmidt Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120717	
CAPÍTULO 18	160
O ENFERMEIRO MEDIANTE AO ADOLESCENTE COM IDEAÇÕES SUICIDAS: UMA PERCEPÇÃO DA PSICOLOGIA EM ENFERMAGEM	
Joice dos Santos Bonandi Maria Victória Rodrigues Archanjo Otávio Evangelista Marvila Cristine Moreira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120718	
CAPÍTULO 19	172
CURAE DE MIM: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOA COM DOENÇA MENTAL	
Catarina Afonso António Afonso João Gomes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120719	
CAPÍTULO 20	183
TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	
Felipe Ferreira da Silva Iara Maria Pires Perez	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120720	
CAPÍTULO 21	191
AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO AJUSTAMENTO MENTAL DA PESSOA COM ÚLCERA CRÔNICA NOS MEMBROS INFERIORES	
Sandra Maria Sousa Silva Marques Luciana Isabel dos Santos Correia Adília Maria Pires da Silva Fernandes João Filipe Fernandes Lindo Simões	


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120721>

CAPÍTULO 22.....205

A INFECÇÃO POR COVID 19 EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Vanusa Ferreira de Sousa

Leila Batista Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120722>

CAPÍTULO 23.....219

VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA À COVID-19 EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO


Polyanna Freitas Albuquerque Castro

Andréa de Jesus Sá Costa Rocha

Amanda Silva de Oliveira

Líscia Divana Carvalho Silva

Rosilda Silva Dias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120723>

CAPÍTULO 24.....229

USO DA TECNOLOGIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA COM DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Eduarda de Almeida

Leonardo Mendes Santos

Hêmily Filippi

Graciela de Brum Palmeiras

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120724>

CAPÍTULO 25.....242

TRATAMENTO DE TUBERCULOSE LATENTE EM ADOLESCENTE ACOMPANHADO PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nívea Aparecida de Almeida

Gilcélia Correia Santos Bernardes

Fernanda Henriques Rocha Ribeiro

Ana Paula Nogueira Godoi

Flavya Letícia Teodoro Santos

Bruna Raiane Dias

Denner Henrique Isaias Souza


Isabella Viana Gomes Schettini

Rommel Larcher Rachid Novais

Paulo Henrique Araújo Soares

Wander Valadares de Oliveira Júnior

Patrícia Costa Souza de Sá

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120725>

CAPÍTULO 26.....248

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA

POPULAÇÃO BRASILEIRA SEGUNDO A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

Évilin Diniz Gutierrez Ruivo

Laurelize Pereira Rocha

Janaina Cassana Mello Yasin

Deciane Pintanela de Carvalho

Gustavo Baade de Andrade


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120726>

CAPÍTULO 27..... 253

VANTAGENS E DESVANTAGENS DA TOXINA BOTULÍNICA

Ingrid Santos Lino

Sabrina Silva Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120727>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 261

ÍNDICE REMISSIVO..... 262

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE TEÓRICO REFLEXIVA

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 13/05/2022

Oclaris Lopes Munhoz

Sistema de Ensino Gaúcho (SEG) – Escola
Albert Einstein
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-8901-7148>

Silomar Ilha

Universidade Franciscana (UFN)
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

RESUMO: Nas últimas décadas, o país passou por diversas mudanças que contribuíram para que a estrutura etária da população brasileira também se modificasse, ampliando-se os anos vividos. Ao longo da vida, as pessoas passam por variadas situações de saúde e doença, as quais por vezes precisam ser acompanhadas por profissionais da saúde e por condutas e procedimentos com vistas a atender as suas necessidades biopsicosocioespirituais. Durante o processo de assistência, a pessoa pode ser exposta, em determinado momento, a algum tipo de dano não intencional ou não previsto pela sua condição clínica. Nessa situação, é possível inferir que a abordagem tradicional utilizada em alguns locais ainda é direcionada a culpar unicamente o profissional que errou em algum momento, durante sua atividade de cuidados ao paciente, abordagem essa que subestima o fato de alguns erros serem causados por

profissionais comprometidos e qualificados e, que em nada, tem contribuído para a qualificação da assistência. Assim, por meio dessa análise teórica, propõem-se, ao leitor, a reflexão sobre aspectos relacionados a qualidade do cuidado, a partir da evolução histórica da segurança do paciente, bem como da singularização da cultura de segurança. Compreende-se que a presente reflexão contribui com as discussões da Organização Mundial da Saúde, bem como de outros órgãos e entidades que discorrem sobre a necessidade de expandir o conhecimento e as ações de segurança do paciente com vistas à qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Cultura de segurança do paciente. Cultura organizacional.

HISTORICAL EVOLUTION OF PATIENT SAFETY: REFLECTIVE THEORETICAL ANALYSIS

ABSTRACT: In recent decades, the country has undergone several changes that have contributed to the change in the age structure of the Brazilian population, increasing the years lived. Throughout life, people go through various health and illness situations, which sometimes need to be accompanied by health professionals and by conducts and procedures in order to meet their biopsychosocial-spiritual needs. During the care process, the person may be exposed, at a given moment, to some type of unintentional or unforeseen damage due to their clinical condition. In this situation, it is possible to infer that the traditional approach used in some places

is still aimed at blaming only the professional who made a mistake at some point during their patient care activity, an approach that underestimates the fact that some errors are caused by compromised professionals. and qualified and, in no way, contributes to the qualification of assistance. Thus, through this theoretical analysis, the reader is proposed to reflect on aspects related to the quality of care, based on the historical evolution of patient safety, as well as the singularization of the safety culture. It is understood that this reflection contributes to the discussions of the World Health Organization, as well as other bodies and entities that discuss the need to expand knowledge and patient safety actions with a view to the quality of care.

KEYWORDS: Patient safety. Patient safety culture. Organizational culture.

1 | CONTEXTUALIZAÇÃO

Nas últimas décadas, o país passou por diversas mudanças, dentre as quais o processo de urbanização, a intensa migração, o aumento da expectativa de vida, a redução da fecundidade e as transformações na composição das famílias. Essas mudanças contribuíram para que a estrutura etária da população brasileira também se modificasse, ampliando-se os anos vividos.

Compreende-se que ao longo da vida, as pessoas passam por variadas situações de saúde e doença, as quais, por vezes precisam ser acompanhadas por profissionais da saúde e por condutas e procedimentos com a finalidade de atender as suas necessidades biopsicosocioespirituais. Tal situação, por vezes, é acompanhada por insegurança, medo, dúvidas e (in)certezas. Somado a isso, compreende-se que durante o processo de assistência, a pessoa pode ser exposta, em algum momento, a algum tipo de dano não intencional ou não previsto pela sua condição clínica.

Nesse contexto, se inserem os profissionais da saúde, os quais possuem responsabilidade compartilhada com os pacientes, no que tange ao tratamento e cuidado dos mesmos, independente da condição clínica apresentada. Salienta-se que realizar os procedimentos seguros e adequados às necessidades dos pacientes, objetivando alcançar os melhores resultados, são princípios que qualificam o cuidado às pessoas e direcionam à prática baseada em evidência com ética e compromisso profissional.

Contudo, compreende-se que o cuidado, muitas vezes, se desenvolve em um cenário complexo e dinâmico, com situações passíveis de predispor o erro, como no ambiente hospitalar, por exemplo. Nessa situação, é possível inferir que a abordagem tradicional utilizada em alguns locais ainda é direcionada a culpar unicamente o profissional que errou em algum momento, durante sua atividade de cuidados ao paciente, abordagem essa que subestima o fato de alguns erros serem causados por profissionais comprometidos e qualificados e, que em nada, tem contribuído para a qualificação da assistência.

Entende-se que a situação de erro poderá ocorrer no cotidiano do cuidado, seja por imperícias, negligências, imprudências, omissões e que esses erros, muitas vezes, independem da excelência da qualificação do profissional da saúde. Todavia a segurança

do paciente é uma responsabilidade legal em garantia a atenção integral do cuidado. Dessa forma, compreende-se ser imperativo refletir sobre aspectos relacionados a qualidade do cuidado, a partir da evolução história da segurança do paciente, bem como da singularização da cultura de segurança.

1.1 Evolução histórica da segurança do paciente

A história da segurança do paciente tem seu início na era de Hipócrates, respeitado médico que embora na sua época sem tecnologias de cuidado em saúde, escreveu “primeiro não causar dano”. Hipócrates já elucidava que a segurança do paciente poderia estar comprometida pela assistência prestada. Com os avanços, a assistência ao paciente passou a ser qualificada, entretanto, as chances de ocorrerem erros assistenciais aumentou. Em 1863, Florence Nightingale, precursora da enfermagem, ressalta: “Pode parecer estranho que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes”. Nessa época, Florence percebera que o cuidado ao paciente ia além da cura de sua patologia e que este cuidado era diretamente influenciado pela maneira como os profissionais de saúde prestavam assistência (BERNARDO; SILVA, 2012).

Por conseguinte, em 1918 surge o primeiro trabalho chamado de *Diseases of Medical Progress*, resultado da *Joint Commission on Accreditations of Healthcare Organizations* (JCAHO), criada pelo Colégio Americano de Cirurgias, que mostrou a prevalência e as maneiras de evitar as doenças iatrogênicas. Tais ocorrências relacionavam-se aos incidentes com danos à saúde dos pacientes (BERNARDO; SILVA, 2012).

Neste momento histórico, sobretudo, entre as décadas 70 e 80, não estava bem definido como deveriam ser abordados os erros humanos envolvendo os cuidados assistenciais. Assim, surge a teoria de James Reason, em 1990, a qual passara a ser considerada a mais adequada e, tão logo, uma das mais utilizadas para essa análise. Esta teoria considera que o erro humano deve ser analisado sobre duas concepções: a primeira refere-se a uma abordagem pessoal do erro - relacionada com os erros cometidos por profissionais que estão prestando assistência direta ao paciente (individual); e, a segunda, diz respeito a abordagem sistêmica do erro – considerando que qualquer organização é passível de erros e que este deve ser avaliado a partir de todas as barreiras que foram ultrapassadas para que o erro acontecesse, ou seja, a falha foi de um sistema e não apenas responsabilidade de um único indivíduo.

Em 1999, o *Institute of Medicine* (IoM – Instituto de medicina) dos Estados Unidos (EUA) publica o relatório *Errar é humano (To err is human)*, no qual destacou que a segurança do paciente se encontrava diretamente relacionada com a assistência prestada e ressaltou a necessidade da criação de estratégias e medidas protetivas aos pacientes, visando melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Ainda, este relatório trouxe dados alarmantes relacionados aos erros assistenciais, trazendo à tona que a mortalidade nos hospitais dos EUA, decorrente dos erros na assistência à saúde estava entre 44.000 e 98.000 mortes/

ano. Dados mais recentes revelam que nos EUA o erro assistencial é considerado a terceira maior causa de mortes no país, atingindo numerosos 400.00 óbitos por ano, perdendo apenas para o câncer e as doenças cardiovasculares. Ainda, em um panorama mundial, há cerca de 421 milhões de internações hospitalares sendo que destas, ocorrem 42,7 milhões de eventos adversos anualmente (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Nesta perspectiva, visando reduzir os erros assistenciais e a preocupação pela qualidade dos serviços de saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, por meio de processos de acreditação, determinou medidas protetivas para melhorar os parâmetros dos serviços hospitalares da América Latina. Assim, em 1999 surge a Organização Nacional de Acreditação – ONA com o objetivo de administrar o modelo brasileiro de acreditação e, então, em 2002 a Agência Nacional de Vigilância – ANVISA torna oficial o Sistema de Acreditação Brasileiro através da Resolução nº 921/02 (ANVISA, 2004).

A partir dos anos 2000, a segurança do paciente passa a ser interesse de pesquisadores por todo o mundo e começa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão essencial de qualidade em saúde. Então, em 2004 criou-se a *World Alliance for Patient Safety* pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir disso, a OMS definiu incidente como todo evento ou condição que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, com lesão ou sem lesão. Incidentes com lesão foram definidos como Eventos Adversos (EA) (BRASIL, 2013). Dentre os elementos centrais da Aliança Mundial de Segurança do Paciente, estava a ação nomeada como Desafio Global, pelo qual, a cada dois anos, seria lançado um tema prioritário para a adoção pelos membros da OMS e com isso, as instituições de saúde passam a ter metas para atingir visando qualificar a assistência em saúde.

O primeiro desafio, implementado em 2005-2006 foi: “Cuidado limpo é Cuidado Seguro” e teve por objetivo geral reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde. Com abrangência internacional, diversos países, entre eles o Brasil, comprometeram-se, a implantá-lo, com vistas à segurança do paciente (BRASIL, 2014).

O Segundo Desafio, implantado entre 2007-2008 – “Cirurgia Segura Salva Vidas” teve o objetivo geral de melhorar a segurança do cuidado cirúrgico em todo o mundo, definindo padrões de segurança que podem ser aplicados em todos os países membros da OMS; seu foco foi na aplicação do *checklist* para Cirurgia Segura (BRASIL, 2014).

O terceiro desafio foi implementado no ano de 2017 e denominou-se: “Enfrentando a Resistência Microbiana”, teve o objetivo de conscientizar e padronizar as doses de medicamentos antimicrobianas no hospital, com vistas a diminuir a resistência do organismo humano, aos mesmos (WHO, 2015).

Assim, nota-se o compromisso da OMS, MS e OPAS com o cuidado ao paciente. Com vistas em ajustar a proposta da OMS, a *National Agency for Sanitary Vigilance* (NASV) (2007) que corresponde à ANVISA no Brasil, instituiu a chamada proposta nacional para a segurança do paciente. Entre os objetivos, o principal foi elencar e identificar os problemas

de segurança nos serviços de saúde, no que se refere à especificidade e a natureza dos mesmos (ANVISA, 2007). Neste ínterim, em outubro de 2007 foi promovido pela NASV o *workshop* intitulado Segurança do Paciente: um Desafio Global, o qual buscou subsidiar discussões e o levantamento de sugestões acerca da temática relacionada.

Ainda procurando evoluir na segurança do paciente, a *Joint Commission International* (JCI) lança em 2011 a 4ª edição da *Standards Lists Version*, na qual traz os objetivos internacionais para a segurança do paciente, composto por seis metas: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação eficaz; melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco; assegurar sítio, procedimentos e pacientes corretos nas cirurgias; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e; reduzir o risco do paciente de danos resultantes de quedas (BERNARDO; SILVA, 2012).

Acompanhando esse percurso histórico na evolução da segurança do paciente, o Ministério da Saúde, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), mediante portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país. Ainda, adota a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, instituindo ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Durante este trajeto histórico, percebe-se a crescente modificação na trajetória da segurança do paciente. Contudo, a falta de pesquisas e reflexões sobre a segurança do paciente não evitou que ocorresse, por muito tempo, uma abordagem individual do erro, sem a busca e análise da ocorrência de falhas de maneira sistêmica, o que fortaleceu a cultura punitiva. Por outro lado, a busca por uma assistência de qualidade, isenta de falhas tem sido cada vez mais almejada e estudada. Esses aspectos, fortalecem um conjunto de medidas, que incluem, mudança de atitudes frente aos erros, que caracterizam a cultura de segurança do paciente.

1.2 Cultura de segurança

Na busca por definir e harmonizar conceitos de segurança do paciente, a *World Alliance for Patient Safety*, em 2009, convocou um Grupo de Trabalho, onde o principal objetivo era agrupar conceitos que fossem internacionalmente aceitos. Assim, definiram-se 48 conceitos-chave para promover melhoria contínua e compreensão internacional de conceitos acerca da segurança do paciente. Após, em 2011, a Organização Mundial de Saúde permitiu a tradução, validação e publicação de uma edição para a língua portuguesa. Esta instituída, em 2013, por meio da RDC 36 (ANVISA) e implementada por meio da portaria nº 529 do Ministério da Saúde (2013), a qual instituiu o PNSP.

A seguir, serão apresentados alguns conceitos com vistas a contemplar a temática abordada, segundo portaria ministerial (BRASIL, 2013):

- Paciente: indivíduo que recebe cuidados de saúde;

- Segurança: redução do risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável;
- Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- Cultura de segurança: cultura que apresenta cinco atributos de alto nível para que os profissionais de saúde se empenhem em operacionalizar através da implementação de sistemas de gestão da segurança: (1) uma cultura onde todos os funcionários aceitam a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes, e visitantes; (2) uma cultura que prioriza a segurança relativamente a fins financeiros e operacionais; (3) uma cultura que estimula e recompensa a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que incentiva a aprendizagem organizacional com os eventos adversos; (5) uma cultura que fornece recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes.

Nesta perspectiva, segundo Vincent (2009), a cultura de segurança é estabelecida a partir das atitudes e valores de participantes de um determinado grupo ou instituição, onde cada um contribui com a segurança do seu modo. Então, para que seja efetivo o processo de instauração da cultura de segurança, é necessário comprometimento dos gestores, de modo que exerçam uma liderança clara, envolvendo todos trabalhadores no processo, destacando que a segurança do paciente e dos profissionais é prioridade (CAUDURO, 2013). A cultura de segurança está interligada ao funcionamento das organizações de saúde na busca por uma assistência contínua, de qualidade e visando impactos positivos. Ainda, influencia os profissionais a serem responsáveis por suas atitudes e atos, a partir de uma liderança, que ressalta os benefícios para uma assistência segura (ALVARADO, 2011).

Carvalho (2011) destaca que a cultura de segurança depende da colaboração de todos os membros de uma organização. Assim, implementar estratégias que visem essa cultura requer instauração de políticas institucionais, bem como é essencial que sejam identificados os fatores que impedem essa formação. Neste sentido, a cultura de segurança está associada a componentes comportamentais das equipes de saúde, implicados, por exemplo, pela responsabilidade, conhecimentos, competências, e também às ações das organizações de saúde que promovam a segurança do paciente (ALVARADO, 2011; CAUDURO 2013).

Além disso, compreender a cultura de segurança implica em considerar os Fatores Humanos que envolvem este contexto. As investigações destes fatores discorrem acerca das forças e limitações humanas relacionadas aos sistemas interativos de pessoas, equipamentos e ambiente laboral (HENRIKSEN et al., 2008).

Os principais fatores humanos que influenciam na cultura de segurança do paciente estão relacionados à esfera psicológica, dentre estes o trabalho em equipe, o apoio da gerência, a resposta punitiva ao erro, as trocas de profissionais entre setores/unidades, a insatisfação profissional, os fatores organizacionais e de infraestrutura e, a falta de incentivos e de motivação (CASTAÑEDA-HIDALGO et al., 2013; KAWAMOTO et al., 2016;

LEFIO; ALVARADO, 2011; RAMOS; COCA; ABELDAÑO, 2017; QUES, GONZÁLEZ, 2010). Todos estes fatores podem ocasionar um adoecimento psíquico nos profissionais de enfermagem, desfavorecendo assim, a cultura de segurança do paciente.

Por outro lado, há fatores humanos relacionados à esfera física dos profissionais de enfermagem associados à cultura de segurança, como a falta de pessoal, a necessidade de improvisar frente a falta de recursos materiais e, a assistência a pacientes críticos que demandam cuidados intensivos e frequentes (GIMENES; CASSIANI, 2013; QUES, GONZÁLEZ, 2010; WEGNER; PEDRO, 2012). Estes fatores podem influenciar negativamente na cultura de segurança do paciente, visto que podem gerar alta carga de trabalho nos profissionais da equipe de enfermagem. Também, a comunicação falha e ineficiente está associada a uma percepção negativa acerca da cultura de segurança, já a comunicação efetiva associa-se a uma percepção positiva (LEFIO; ALVARADO, 2011; RIGOBELLO, 2012; QUES, GONZÁLEZ, 2010).

2 | ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Refletir sobre a segurança do paciente é necessário, pois fortalece sobretudo os profissionais da saúde, mas não somente a esses, como a toda sociedade para a compreensão e singularização das boas práticas, com vistas à qualidade da assistência em saúde. Assim, ao apresentar uma reflexão sobre os aspectos históricos e conceituais relacionados à segurança do paciente, bem como da cultura de segurança, esse estudo, contribui com subsídios para o aprofundamento, ampliação e continuidade das discussões acerca da temática em tela.

REFERÊNCIAS

ALVARADO, A.L.M. Cultura de seguridad. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Organización Panamericana de La Salud. Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud. Whashington, D.C, p. 99-106, 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017. 2004.

ANVISA. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Ministério da Saúde. 2007 [internet]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.Htm>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

ANVISA. **Resolução de diretoria colegiada - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013** (Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013), 2013.

BERNARDO, A. A. B.; SILVA, C. F. **Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica**. Rev. Rede de Cuidados em Saúde. UNIGRANRIO, RJ, v. 6, n. 1, 2012

BRASIL. Ministérios da Saúde. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 – Instituí o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**, Distrito Federal, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**/Ministério da Saúde; Fundação Osvaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília; Ministério da Saúde, 40p, 2014.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese]**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, p. 143, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L. et al **Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol. 25, n. e2849, 2017.

CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B. **Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 20, n. 3, 2012.

CAUDURO, F. L. F. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas. [Dissertação]**. Curitiba. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2013.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; MARIO, B. R. **Erros acontecem – a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados: construindo um sistema de saúde mais seguro**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, Belo Horizonte, 2016.

GIMENES, F. R. E.; CASSIANI, S. H. de B. **Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde**. REME; v. 17, n. 4, p. 966974, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To err is human: building a health system. [summary of research]**. Unit States of America. Institute of Medicine; 1999. Disponível em:<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>.

JOINT COMMISSION FOR PATIENT SAFETY. **World Alliance for Patient Safety [internet]**. Disponível em: <<http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>>. Acesso: 20 jan. 2015.

LEFIO, A.; ALVARADO, N. **Avaliação do processo de um programa de monitoramento de eventos adversos hospital, clínica Dávila, Chile Clínica Dávila, Chile**. Rev. chil. salud pública; v. 15, n.3, p. 135145, 2011.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. **Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem**. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft global action plan on antimicrobial resistance**. Geneva: WHO; 2015. [Internet]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**. Orientações para evitar eventos adversos. Ed. Yendis. São Caetano do Sul, v. 1, p. 3-5, 2009.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Administração de medicação 38, 39, 40, 41, 42, 43

Atenção primária 11, 116, 121, 122, 133, 148, 151, 152, 157, 158, 165, 171, 185, 190, 211, 227

Auditoria 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20

Auditoria de enfermagem 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 19, 20

C

Comunicação 3, 5, 6, 23, 35, 36, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 69, 93, 94, 95, 99, 104, 106, 107, 109, 111, 113, 115, 116, 123, 136, 159, 160, 165, 168, 175, 177, 194, 199, 203, 226, 229, 230, 232, 236, 238, 239

Cultura de segurança do paciente 38, 89, 93, 94, 95, 99, 102, 103

Cultura de segurança e segurança do paciente 97

Cultura organizacional 89, 99

D

Desinfecção das mãos 74

Doença 51, 89, 90, 110, 118, 119, 120, 123, 126, 134, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 154, 167, 172, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 183, 184, 188, 189, 191, 193, 194, 195, 196, 199, 203, 205, 206, 207, 208, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 244, 245, 248, 250, 251

E

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 85, 86, 87, 88, 91, 95, 96, 104, 106, 107, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 140, 142, 145, 146, 147, 151, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 175, 177, 182, 183, 191, 196, 200, 201, 202, 203, 205, 207, 208, 216, 217, 218, 226, 232, 234, 240, 243, 245, 247, 248, 253, 261

Enfermagem em saúde comunitária 104

Enfermagem em saúde pública 104, 243

Enfermeiro gestor 21, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37

Enfermeiros 3, 4, 7, 8, 12, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 40, 74, 75, 76, 80, 84, 85, 103, 107, 110, 111, 113, 116, 121, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 135, 145, 146, 148, 150,

151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 174, 175, 182, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 207, 218, 248, 249, 252

Ensino 9, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 51, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 70, 84, 89, 104, 106, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 133, 137, 146, 163, 170, 209, 210

Equipamentos 5, 42, 53, 56, 75, 76, 84, 94, 115, 122, 207, 218, 237

Estudantes de enfermagem 43, 44, 63, 104, 124, 126, 137, 140

Evolução 5, 10, 14, 65, 89, 91, 93, 118, 119, 120, 123, 143, 216, 219, 226, 245

F

Família 30, 105, 122, 133, 142, 144, 147, 151, 158, 159, 160, 163, 164, 165, 167, 183, 191, 193, 195, 196, 197, 199, 200, 202, 206, 226, 227, 235, 238, 239, 242, 243, 245, 246

Fitoterápicos 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159

G

Gestão de segurança 97

Gestão hospitalar 14, 21

H

Higiene das mãos 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88

Hospital 4, 14, 20, 21, 22, 25, 26, 33, 43, 47, 48, 65, 66, 67, 72, 74, 75, 76, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 92, 96, 97, 98, 102, 104, 107, 109, 111, 112, 113, 115, 131, 172, 173, 176, 183, 184, 186, 188, 189, 190, 201, 205, 206, 208, 214, 216, 234, 242

I

Incidentes 33, 34, 35, 36, 37, 43, 44, 91, 92, 225

Infecção hospitalar 6, 64, 65, 67, 68, 71, 72, 73

Instalações de saúde 75

Instituições de saúde 7, 9, 11, 32, 42, 66, 69, 75, 92

L

Látex 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62

Lavagem das mãos 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73

M

Metodologias de ensino 38, 39

Motivação 30, 33, 35, 36, 69, 72, 94, 140, 197, 199, 234, 235

N

Notificação 29, 33, 34, 35, 36, 37, 98, 99, 168

O

OPME 1, 3, 4, 7

P

Percepção 38, 43, 51, 95, 96, 104, 132, 137, 144, 147, 148, 150, 158, 159, 160, 161, 165, 202, 245, 249, 250, 251, 252

Planeamento 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31

Plantas medicinais 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 157, 158, 159

Preceptoria 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 122

Profissionais de enfermagem 8, 35, 41, 58, 63, 69, 74, 76, 77, 79, 80, 81, 85, 86, 88, 95, 96, 110, 121, 132, 168, 171, 205, 208, 217

Proteção 33, 34, 53, 54, 56, 58, 61, 207, 218

Psicologia 20, 135, 160, 161, 163, 165, 166, 167, 170, 171, 190, 203

Q

Qualidade da assistência em saúde 9, 20, 86, 95

R

Resíduos de serviços de saúde 53, 54, 63

S

Saúde 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 45, 46, 47, 51, 53, 54, 57, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 175, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 257, 260, 261

Segurança do paciente 4, 7, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 51, 62, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 121, 261

Simulação 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 55, 56, 61, 62, 63, 121, 125

Simulação clínica 38, 39, 40, 41, 42, 43, 63, 125

Simulação em enfermagem 38, 39, 121

Simulação realística 43, 44, 45, 46, 47, 51, 55, 61, 62, 63

Suicídio 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 225

T

Trauma 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 56

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENFERMAGEM:

Investigação científica,
ensino e assistência 2



🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENFERMAGEM:

Investigação científica,
ensino e assistência 2

