



**CIÊNCIAS MÉDICAS:**

**ESTUDOS CLÍNICOS E  
REVISÕES  
BIBLIOGRÁFICAS**

**Volume 1**

**Organizadora:  
Ana Alice de Aquino**



**CIÊNCIAS MÉDICAS:**

**ESTUDOS CLÍNICOS E  
REVISÕES  
BIBLIOGRÁFICAS**

**Volume 1**

**Organizadora:  
Ana Alice de Aquino**

**CIÊNCIAS MÉDICAS:**  
**ESTUDOS CLÍNICOS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO – PE

2021

**Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

**Organizadora**

Me. Ana Alice de Aquino

**Conselho Editorial**

Dr. Cássio Brancaloneo

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

**Editores De Área – Ciências Da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

**Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

**Imagem de Capa**

Freepik

**Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

**Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de  
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências médicas [livro eletrônico] : estudos clínicos e revisões bibliográficas / Organizadora Ana Alice de Aquino. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-62-9

DOI 10.47094/978-65-88958-62-9

1. Ciências médicas. 2. Saúde pública. 3. Pandemia – Covid-19.  
I. Aquino, Ana Alice de.

CDD 610.7

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



## PREFÁCIO

A constante evolução da pesquisa na área da saúde está refletida nos avanços das ciências médicas, em que o diagnóstico, o conhecimento sobre antigas e novas doenças e até mesmo a nossa própria atuação e vivências como profissionais estão em permanente *status* de atualização.

O presente livro contém 23 capítulos elaborados por autores pesquisadores da área das ciências médicas e áreas afins. Estando as nossas vidas tão marcadas pela pandemia (ainda em curso) da covid-19 e sendo este livro uma obra que trata sobre saúde, vida e doença, o tema covid-19 corresponde, oportunamente, ao maior número de capítulos.

Acredito que esta obra multidisciplinar representa uma importante contribuição para as ciências médicas, especialmente como fonte de revisão e atualização para nós, acadêmicos e profissionais da área.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 17, intitulado “MÉTODOS LABORATORIAIS UTILIZADOS PARA O DIAGNÓSTICO DAS LEUCEMIAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA”.

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1.....17**

### PARÂMETROS PARA DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICA

Alice Marques Moreira Lima

Ana Ligia Barros Marques

Marcelo Souza de Andrade

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/17-31**

## **CAPÍTULO 2.....32**

### ANÁLISE DA CULTURA DE CULPA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Carlíane da Conceição Machado Sousa

Ingrid Moura de Abreu

Priscila Martins Mendes

David Bernar Oliveira Guimarães

Esteffany Vaz Pierot

Pedro Vitor Mendes Santos

Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino

Samya Raquel Soares Dias

Maria do Carmo Santos Ferreira

Samahy Nathale Barbosa Santana

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/32-45**

## **CAPÍTULO 3.....46**

### ANÁLISE DO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ENDOVENOSA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Samahy Nathale Barbosa Santana

Priscila Martins Mendes

Ingrid Moura de Abreu

David Bernar Oliveira Guimarães

Esteffany Vaz Pierot

Pedro Vitor Mendes Santos

Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino

Samya Raquel Soares Dias

Maria do Carmo Santos Ferreira

Carlhane da Conceição Machado de Sousa

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/46-60**

**CAPÍTULO 4.....61**

ANTICONCEPCIONAIS COMO TRATAMENTO DA SÍNDROME DOS OVÁRIOS  
POLICÍSTICOS E OS SEUS POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS

Daniele Ribeiro de Freitas

Fabiana Aparecida Vilaça

Danilo Carlos Pereira

Tayná de Oliveira

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/61-71**

**CAPÍTULO 5.....72**

ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DA COMUNIDADE LGBT: UMA REVISÃO INTEGRATIVA  
DE LITERATURA

Angelo Antonio Paulino Martins Zanetti

Laviny Moraes Barros

Matheus da Silva Raetano

Guilherme Correa Barbosa

Elisângela Cristina de Campos

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/72-82**



**CAPÍTULO 6.....83**

ATIVIDADE ANTIMICROBIANA E ANTI-INFLAMATÓRIA DA *POUTERIA CAIMITO*: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Tayane Costa Moraes

Rousilândia de Araújo Souza

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/83-94**

**CAPÍTULO 7.....95**

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMAS EM FACE: REVISÃO DE LITERATURA

Gabriel Keiji Aoki Alves

Elder Nayan de Jesus Torres

Leticia Barreto Ramos Soares

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/95-102**

**CAPÍTULO 8.....103**

BILATERAL BRACHIAL PLEXOPATHY AFTER BED RESTRAINT: CASE REPORT

Bruna Latif Rodrigues Carvalho

Giovanna Peixoto Bretas

Caio César Peixoto Bretas

Yanes Brum Bello

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/103-107**

**CAPÍTULO 9.....108**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA COVID-19 E AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NO MANEJO DA INFECCÃO

Maria Clara Inácio de Sá

Carla Caroline Gonçalves do Nascimento

Állefer Gomes de Oliveira

Maria Laura Alves de Oliveira

Cecília Aparecida Leite e Souza

Jorge Ederson Gonçalves Santana

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/108-125**

**CAPÍTULO 10.....126**

CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A PRÁTICA DA FITOTERAPIA COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA

Izadhora Cardoso de Almeida Couto

Vitória Luiza Amaral da Silva

Helen Cristina Fávero Lisboa

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/126-130**

**CAPÍTULO 11.....131**

CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE FARMÁCIA SOBRE A FITOTERAPIA

Vitoria Luiza Amaral da Silva

Izadhora Cardoso de Almeida Couto

Helen Cristina Fávero Lisboa

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/131-135**

**CAPÍTULO 12.....136**

CONSEQUÊNCIAS DO ASSÉDIO MORAL AOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS/AS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Carine Ferreira Lopes

Emerson Gomes De Oliveira

Thays Peres Brandão

Heliamar Vieira Bino

Rogério de Moraes Franco Júnior

Juliana Sobreira da Cruz

Renata de Oliveira

Júnia Eustáquio Marins

Magda Helena Peixoto

Lídia Fernandes Felix

Lívia Santana Barbosa

Acleverson José dos Santos

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/136-146**

**CAPÍTULO 13.....147**

COVID-19, HISTÓRIA, FISIOPATOLOGIA E O SISTEMA CARDIOVASCULAR: REVISÃO NARRATIVA

Raul Roriston Gomes da Silva

Valéria de Souza Araújo

Brenda Alves Ferreira

Andrezza Gonçalves Carolino Silva

Juliana Falcão Silva de Carvalho

Cícero Leandro Lopes Rufino

Thiago Bruno Santana

Patrícia Regina Silva dos Santos

Rosemary dos Santos Barbosa

Maria Aparecida Leite Inocêncio

Paulo Matheus Alves Ferreira

Gessyca Tavares Feitosa

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/147-160**

**CAPÍTULO 14.....161**

**INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Mayra Cristina Cavalcante Campos

Ana Clara da Silva Beltrão

Beatriz Albuquerque Bomfim

Carlos Arthur Marinho da Silva Beltrão

Rafaela Cruz de Oliveira

Sofia Rodrigues Gonçalves

Vinícius Moreira Luz

Andrieli Alzira da Costa Santos

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/161-165**

**CAPÍTULO 15.....166**

**KÉRION CELSI: IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA AS DERMATOFITOSE**

Nathália Vieira Tavares

Bruna Albernaz Costa Couto

Larissa Caroline Rodrigues

Hellen Kristina Magalhães Brito

Julia Dornelas Ferreira

Luíza Landim Alves

Francisco Silva Siriano Neto

Maria Gabriela Cavalcanti Pereira

Matheus Lima Amara

Fabiana de Oliveira Costa

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/166-175**

**CAPÍTULO 16.....176**

Ana Catarina Dutra Rebelo

Denis Alves Pinho

Dra. Dulcyane Ferreira de Oliveira

Fernando Fernandes Rodrigues

Giovanna Piva

Thalita Giovanna Diniz Silva

Marcello Facundo do Valle Filho

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/176-197**

**CAPÍTULO 17.....198**

MÉTODOS LABORATORIAIS UTILIZADOS PARA O DIAGNÓSTICO DAS LEUCEMIAS:  
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Samuel de Souza Frota

Alessandra Ellen Sales de Sousa

José Erivelton de Souza Maciel Ferreira

Raphaella Castro Jansen

Lídia Rocha de Oliveira

Matheus Oliveira Cruz

Mayana Aguiar Vasconcelos

Rayssa Jenny Galdino de Sousa

Sabrina Kércia Rocha Sabóia

Manuela da Silva Moreira

Ana Régia Xavier Cunha

Christianne Vieira Limaverde Costa Garcia

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/198-210**

**CAPÍTULO 18.....211**

**MORTALIDADE MATERNA E RACISMO**

Lília Barroso Cipriano de Oliveira

Rebeca Barroso Cipriano de Oliveira

Regizeuda Ponte Aguiar

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/211-218**

**CAPÍTULO 19.....219**

**O PAPEL DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DA SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA ASSOCIADA À COVID-19 PEDIÁTRICA**

Tania Pereira da Silva

Ana Clara Fernandes Barroso

Bárbara Verônica da Costa Souza

Camila Florentino Ribeiro

Dianna Medeiros do Nascimento

Gabriella Lima Chagas Reis Batista

Grazielle Vasconcelos de Moura Silva

Julia da Gama Fonseca Guterres

Luiza de Oliveira Alfenas

Maxswell Abreu Pereira

Samara Tatielle Monteiro Gomes

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/219-226**

**CAPÍTULO 20.....227**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE POR COVID-19**

Caroline Anizia Teixeira Guerra

Celmara Caldeira Gomes Moura

Joyce Cozer de Melo

Natalie Carolina Batista

Sara de Oliveira Belmiro

Thalita de Paula Leandro

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/227-235**

**CAPÍTULO 21.....236**

TERAPIA POR ELETROESTIMULAÇÃO NA PARALISIA FACIAL DE BELL RECORRENTE:  
RELATO DE CASO CLÍNICO

Antonio Arlen da Silva Freire

Amanda de Andrade Silva

Ana Bessa Muniz

Damiana Avelino de Castro

Ramon de Mendonça Correia

Ellen Roberta Lima Bessa

Maria Aparecida Rodrigues de Holanda

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/236-245**

**CAPÍTULO 22.....246**

XEROSTOMIA COMO COMPLICAÇÃO DA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA EM PACIENTES  
COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Ana Bessa Muniz

Ana Gabriela Liberato Ribeiro Damasceno

Alexandre da Costa Borro

Ângela Nascimento Carvalho

Ellen Roberta Lima Bessa

Maria Aparecida Rodrigues de Holanda

Maria Isabel Pinto de Queiroz

Maria Leticia de Almeida Lança

Rivaldave Rodrigues de Holanda Cavalcante

Samuel Barbosa Macedo

Yrio Ricardo de Souza Lemos

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/246-259**

**CAPÍTULO 23.....260**

INVESTIGAÇÃO DO PERFIL DE ACOMETIMENTO E DO PLANO DE AÇÕES CONTRA A COVID-19 NO ESTADO DO TOCANTINS

Diego Santos Andrade

Brenda Pereira Teles

Daiene Isabel da Silva Lopes

Durval Nolasco das Neves Neto

**DOI: DOI: 10.47094/978-65-88958-62-9/260-265**



### ANÁLISE DA CULTURA DE CULPA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

**Carlhane da Conceição Machado Sousa<sup>1</sup>;**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/8083508815876258>

**Ingrid Moura de Abreu<sup>2</sup>;**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/4973073269422253>

**Priscila Martins Mendes<sup>3</sup>;**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/7302271816062078>

**David Bernar Oliveira Guimarães<sup>4</sup>;**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/7288863332665553>

**Esteffany Vaz Pierot<sup>5</sup>;**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/1226970050820954>

**Pedro Vitor Mendes Santos<sup>6</sup>;**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/6682476027056946>

**Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino<sup>7</sup>;**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/9462416985183543>

**Samya Raquel Soares Dias<sup>8</sup>;**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/0162144469493399>

**Maria do Carmo Santos Ferreira<sup>9</sup>;**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/1026636930441412>

**Samahy Nathale Barbosa Santana<sup>10</sup>.**

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI.

<http://lattes.cnpq.br/1259522100915349>

**RESUMO:** O presente trabalho tem como escopo analisar a cultura de culpa entre os profissionais de enfermagem em um hospital de referência. Quanto ao desenho metodológico, trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, feita com os membros da equipe de enfermagem: técnicos de enfermagem e enfermeiros do referido hospital, para o processamento e análise dos dados, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ. O perfil do pesquisado era composto em sua maioria por profissionais de sexo feminino, com 35 anos em média, técnicos de Enfermagem com pós-graduação e que atuavam na internação. Após a entrevista buscou-se a identificação e análise dos domínios textuais, com as seguintes categorias: Subnotificação de eventos adversos no contexto de trabalho; Atitudes e vivências frente a eventos adversos; principais eventos adversos monitorados e o Conhecimento a respeito do Sistema de Registro utilizado; A segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de Enfermagem. Pôde-se evidenciar no estudo que há predominância da cultura de culpa nos profissionais do hospital estudado e isso apresenta-se como um fator que contribui com a subnotificação dos incidentes e eventos adversos monitorados, é importante que a instituição estabeleça uma cultura organizacional que priorize as estratégias de segurança, com o foco abordagem sistêmica dos erros.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do Paciente. Profissionais de Enfermagem. Cultura Organizacional.

## ANALYSIS OF THE CULTURE OF GUILT AMONG NURSING PROFESSIONALS

**ABSTRACT:** This study aims to analyze the culture of guilt among nursing professionals in a reference hospital. As for the methodological design, this is a descriptive and exploratory study, of a qualitative nature, carried out with the members of the nursing team: nursing technicians and nurses from that hospital. For data processing and analysis, the software was used. IRAMUTEQ. The profile of the surveyed was composed mostly of female professionals, with an average of 35 years old, nursing technicians with a postgraduate degree and who worked during hospitalization. After the interview, the identification and analysis of textual domains was sought, with the following categories: Underreporting of adverse events in the work context; Attitudes and experiences towards adverse events; Main adverse events monitored and Knowledge about the Registration System used; Patient safety

from the perspective of nursing professionals. It was evident in the study that there is a predominance of the culture of guilt in the professionals of the studied hospital and this is presented as a factor that contributes to the underreporting of monitored incidents and adverse events, it is important that the institution establish an organizational culture that prioritizes security strategies, with a focus on systemic approach to errors.

**KEY WORDS:** Patient Safety. Nurse Practitioners. Organizational Culture.

## INTRODUÇÃO

Atualmente há uma crescente iniciativa para a promoção da segurança do paciente e da qualidade na assistência à saúde em âmbito mundial, no intuito de melhorar as condições de vida das populações e redução de custos de internações por eventos adversos (EA). Como consequência deste crescimento, há metas de qualidade em diversos serviços de saúde oferecidos às sociedades, o que implica na otimização dos resultados (OLIVEIRA; *et al*, 2014).

Em 1999, foi criado o relatório pelo Instituto de Medicina do Estados Unidos, intitulado: *To err is human: building a safer health care* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), o qual analisou prontuários de 30.121 internações e identificou que sérios prejuízos iatrogênicos haviam ocorrido em 3,7% das internações. Com base nestes resultados, estimou-se que os danos haviam contribuído para a ocorrência de 180.000 óbitos por ano naquele país, como também chamou atenção para o fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A cultura de segurança é conceituada como os padrões comportamentais de indivíduos e grupos, que podem ser baseados em seus valores e suas atitudes, e que determinam a maneira como vão exercer seu trabalho. Ultimamente, os investimentos na segurança do paciente voltam-se para o aperfeiçoamento de programas que têm como finalidade a criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, com vistas à prevenção de qualquer tipo de EA (TOMAZONI *et al.*, 2015).

Considerada como um somatório de valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo, as características de uma cultura de segurança sólida incluem o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, identificação proativa das ameaças latentes e incorporação de um sistema não-punitivo para o relato e análise dos EA (PAESE; SASSO, 2013).

A maior força de trabalho em saúde no Brasil é a Enfermagem com uma estimativa de 1.500.000 profissionais atuantes. Este grande quantitativo de profissionais remete a necessidade de uma relação direta da categoria com as estratégias de segurança do paciente e prevenção de erros. Para o profissional da equipe de enfermagem, a ocorrência dos EA pode acarretar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e as punições legais a que está exposto. Assim, é importante o investimento em uma cultura de segurança, por meio da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre as ocorrências (DUARTE *et al.*, 2015).

Observa-se que há, no Brasil, uma cultura de culpabilização dos sujeitos que erram, onde os erros são vistos como consequências de fatores pessoais decorrentes da desatenção e falta de competência. Todavia, o erro faz parte da natureza humana e estes acontecem por meio de um conjunto de falhas sequenciais existentes no sistema de saúde, e não meramente por um fator isolado como descuido do profissional (TOMAZONI *et al.*, 2015).

Uma cultura de culpa em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, deveria ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema de saúde. O ato de se trabalhar em equipe sobre o erro e a culpa pode ser uma alternativa para modificar e transformar o erro em oportunidade de discutir e desenvolver o pensar crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes frente ao próprio erro e o erro do colega (PAESE; SANSSO, 2013).

Diante do exposto, questionou-se acerca da culpabilização dos profissionais de enfermagem com a questão norteadora: Existe uma predominância de cultura de culpa entre os profissionais de enfermagem? Para responder o questionamento, o estudo teve como objetivo analisar a cultura de culpa entre os profissionais de enfermagem de um hospital de referência.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, realizado em um hospital de referência da rede pública localizado na cidade Teresina/Piauí. A população do estudo foi constituída pelos membros da equipe de enfermagem: técnicos de enfermagem e enfermeiros de uma instituição de saúde. O fechamento da amostra ocorreu quando os objetivos da pesquisa foram alcançados e nenhuma informação nova que estava sendo obtida, dava corpo à pesquisa, a aprofundava ou aumentava sua abrangência, então foi suspensa a inclusão de novos participantes, totalizando 31 participantes (MINAYO, 2017). Os critérios de inclusão para participação das entrevistas foram: ter vínculo empregatício na instituição por no mínimo um ano e exercer atividade assistencial direta ou indiretamente.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2017, por meio de entrevistas com os profissionais de enfermagem durante o plantão, os quais foram destinados a um local mais privado para poder responder aos questionamentos de modo mais tranquilo, sem receios de que fossem interrompidos. A entrevista foi conduzida por meio de um roteiro semiestruturado composto por perguntas abertas e fechadas acerca das questões norteadoras sobre conceitos, caracterização dos sujeitos, critérios de avaliação da estrutura física, humana e organizacional da instituição e, por fim, os riscos relacionados à assistência de enfermagem associando à cultura de culpa, onde foram mencionados os erros, notificações, subnotificações e condutas tomadas.

Para o processamento e análise dos dados, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Para realizar análises lexicais clássicas, ele identifica e reformata as unidades de texto, que se transformam de Unidades de Contexto Iniciais em Unidades de Contexto Elementares. E feita, então, a pesquisa do vocabulário,

havendo uma redução a palavras, com base em suas raízes (lematização), sendo criado um dicionário a partir das formas reduzidas e identificadas as formas ativas e suplementares.

Para a análise do texto, definiu-se o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em que os textos foram classificados em função de seus respectivos vocabulários e o conjunto deles se dividiu pela frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes que cruzaram segmentos de textos e palavras (repetidos testes X2), aplicou-se o método de CHD para obter uma classificação estável e definitiva. A análise por essa classificação visou obter classes de segmentos de texto que, além de terem apresentado vocabulário semelhante entre si, tinham vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes.

Os dados relativos às variáveis sociodemográficas foram digitados e validados no software Excel 2010 e, em seguida, foi feito um estudo estatístico descritivo analítico da amostra através das frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (mínimo e máximo) e medidas de dispersão (média e desvio padrão).

A pesquisa seguiu conforme os princípios éticos norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto de pesquisa foi submetido e teve parecer de aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital em questão, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, com parecer Nº 1.971.808 e C.A.A.E. 64466417.1.0000.5214.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo 31 profissionais de enfermagem, a maioria era do sexo feminino (74,2%). A média de idade era 35,83 anos ( $\pm 06,94$ ), com predomínio da faixa etária de 25-34 anos (54,9%). Com relação ao grau de instrução, o maior número possuía pós-graduação (51,6%). A maior parte dos profissionais foram técnicos de enfermagem (67,8%) e os demais enfermeiros (32,2%). O setor que mais profissionais trabalham é internação (35,5%).

Segundo a maioria dos profissionais a frequência com que eles acham o número de funcionários no setor adequado é de 75% (54,9 %), seguido de 50% (22,6 %), 100% (16,1%) e por fim 25% (3,22%) e 0% (3,22%). Já com relação ao número de pacientes que eles cuidaram no dia da entrevista ou no último plantão a média era de 5,87 pacientes ( $\pm 04,41$ ), com predomínio da faixa de 0 – 4 pacientes (45,2 %).

O IRAMUTEQ reconheceu a separação do *corpus* em 452 Unidades de Contexto Elementares de 545 segmentos analisados, ou seja, com aproveitamento de 82.94% do *corpus*. Com base na análise pela CHD, buscou-se a identificação e análise dos domínios textuais e a interpretação dos significados dando-lhes nomes com seus respectivos sentidos em categorias, como segue.

## Subnotificação de eventos adversos no contexto de trabalho

Para os profissionais a subnotificação é uma realidade no serviço e citaram como principais motivos o medo de serem punidos, falta de conhecimento, falta de sensibilidade, falta de tempo, esquecimento e até mesmo preguiça.

*[...]Às vezes as pessoas deixam de notificar ou por falta de conhecimento a respeito, por falta da sensibilização, que eu acabei de falar, ou as vezes por medo de alguma punição, medo de ser punido[...](E2).*

*[...]Motivo medo, é... esquecimento, não dá importância ao evento adverso ou a notificação. Dá importância ao evento a tratar aquele evento adverso, a talvez até evitar, mas no momento que ele acontece não dá importância a notificação[...](E3).*

Os principais motivos que levam a subnotificação de EA pelos diferentes profissionais da saúde, dentre eles a Enfermagem são: a sobrecarga de trabalho, fatores culturais, o medo por implicações éticas e legais quando os sistemas não são anônimos ou falta de consciência de sua importância, bem como, a falta de conhecimento, falta de tempo, o esquecimento e medo de ações disciplinares por parte dos gestores (PEREIRA *et al*, 2015). Tais situações são corroboradas pelos entrevistados.

*[...]Eu acho mais por esquecer, né, pela, pela correria do dia a dia, e por não achar que não seja tão importante, as vezes eu acho que esse também é um dos motivos, ah, vou ter que falar e não vai dar em nada, enfim, mas eu entendo que é por isso [...](E6).*

*[...]Eu acredito que é o tempo mesmo da pessoa sentar-se no computador e dizer o que tá acontecendo [...] (E10[...])às vezes o trabalho que é, as vezes tem algumas notificações que são muito extensas e as vezes, como se diz, a sobrecarga de serviço, aí a pessoa termina deixando pra lá, pra segundo plano e banalizando a notificação. [...](E11)*

O temor de parte dos profissionais encontra consonância com estudos que apontam que os profissionais de saúde envolvidos em erros sofrem consequências que podem ser de ordem administrativa, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos, que podem impedir o exercício legal da profissão. No entanto, organizações internacionais, voltadas à monitorização e prevenção de erros, em oposição à punição do profissional, têm sugerido repetidamente que se estimule a comunicação do EA como uma das principais formas de acessar suas reais causas, visto que, a busca pela punição de culpados não tem proporcionado diminuição da frequência dos EA, muito menos contribuído para a elaboração de estratégias preventivas eficazes. Ela age em sentido contrário, na medida em que induz a subnotificação e dificulta a implementação de protocolos que levam à prevenção de erros (PAIVA *et al*, 2014).

## Atitudes e vivências frente a eventos adversos

O posicionamento e as condutas dos profissionais frente a um EA podem variar de acordo com a cultura institucional e pessoal, além da percepção quanto à ocorrência ou não de um evento. O hospital em questão adota uma cultura não punitiva, por isso pôde-se observar que os profissionais em sua maioria sugeriram condutas no sentido de comunicar, notificar, registrar, investigar, conversar sobre o evento e realizar treinamentos a fim de evitar que os eventos se repitam.

*[...]É conversar com a equipe e propor estratégias pra quebrar aquelas barreiras do erro e tentar solucioná-los e melhorar a assistência. Se for um erro de medicação procurar onde foi e melhorar pra que não ocorra mais e tem que fazer tanto a chefia quanto os colegas de trabalho (E2).*

*[...]A primeira conduta a notificação. Frente à notificação, eu acho que precisa ser reunido toda a equipe e conversar sobre aquele evento. Por que que aconteceu? Como poderia ter sido evitado? O que que aconteceu com o profissional que tava na assistência naquele momento? Então, aonde é que ta o erro daquele evento adverso, foi a medicação errada? Por que que ela foi errada? Por que a ampola é parecida com outra? Ou a prescrição médica não ta bem clara? Então é preciso se reunir e conversar e discutir o porquê que aconteceu aquele evento adverso pra que ele não aconteça novamente. Não punir, não reprimir porque aconteceu, mas evitar o importante é evitar [...] (E3).*

O processo para a prevenção do erro humano advém de mudanças culturais e, consequentemente, do aumento na identificação dos EA, sendo, portanto, essencial que a liderança acredite em uma cultura não punitiva, por meio da abordagem sistêmica do erro, ouvindo, acolhendo o profissional e fornecendo-lhe condições para que as falhas não aconteçam novamente. Dessa forma, o profissional se percebe inserido e participante no processo de busca pela segurança no cuidado e consciente da necessidade de notificação (FASSINI; HAHN, 2012).

*[...]A conduta certa seria primeiro se fazer o registro disso e a partir daí como eu lhe falei, a gerencia de enfermagem procurar detectar o porquê daquilo e procurar se achar a solução para aquilo, não simplesmente só condenar quem errou, mas procurar saber porque que ele errou se é por falta técnica mesmo, se ele ta com algum déficit técnico pra fazer algum tipo de qualificação em cima disso, como também saber como que está esse profissional no trabalho dele no dia-a-dia, sobrecarga de trabalho, o nível de complexidade. Enfim, a questão de dimensionamento de paciente que eu acho que converge muito pra esse tipo de erro [...] (E 16).*

Cabe ressaltar que a identificação e responsabilização pelo erro ou pelo EA devem ser transversais. Todos os membros da equipe devem estar sensibilizados para relatar sua participação nos eventos e traçarem as estratégias para redução dos danos e prevenção de novas ocorrências, sempre levando em consideração o trabalho com foco no paciente e na segurança deste, do profissional e do ambiente (LEITÃO *et al*, 2013).

A maioria dos profissionais afirmou ter vivenciado EA e com relação ao que eles sentiram, o sentimento de preocupação com o paciente e com o medo de ser punido foram os mais vivenciados.

*[... [Sim, semana passada mesmo, queda, que aqui eles querem que a gente notifique até uma quase queda, não necessariamente que seja só a queda e essa foi uma presenciada por muitos que foi aqui no próprio pátio do posto. É, o paciente tava saindo do centro cirúrgico e por falta de manutenção na maca, a maca simplesmente abriu todas as suas pernas caíram e a paciente veio ao chão. [...]. De certa forma o interessante é que seja evitáveis, quando possível, quando cabe a gente, a gente procura evitar. Mas tem certos tipos de eventos que não vai ao nosso alcance, como esse no caso que é uma manutenção de um equipamento[...]. (E1).*

Os profissionais de enfermagem são formados dentro de princípios éticos e morais para fazer o bem e nunca causar dano ao cliente. No entanto, quando há EA e até mesmo erros, muitas vezes eles podem acarretar abalos emocionais e traumas psicológicos que podem ser opressivos e prejudiciais. Os profissionais de saúde não são preparados para lidar com erros e com os sentimentos desagradáveis advindos destes como a vergonha, a incapacidade, a culpa, a dúvida sobre seu conhecimento (SANTOS, 2007).

*[...]A gente, a gente fica preocupado com o paciente, né, tem que, tenta resolver; tenta, tenta, é, resolver o mais rápido possível, assim a gente consegue reverter o mais rápido possível, esse é o meu sentimento, de, de acolher o paciente e resolver o mais rápido que puder pra tirar ele dessa situação de risco né. [...] (E7)*

De acordo com Leitão *et al* (2013) para superar a tradicional cultura de culpa e castigo, é preciso proporcionar condições de trabalho que possibilitem o compartilhamento de responsabilidades e uma gestão aberta a opiniões, para que toda a equipe tenha como ideal a segurança do paciente. Além disso, indicadores de resultados como os EA são ferramentas fundamentais da qualidade por apontarem aspectos do cuidado que podem ser melhorados, tornando a assistência aos pacientes livre de riscos e falhas e, portanto, mais segura.

Assim, trabalhar nas equipes sobre o EA e a culpa pode ser uma alternativa para modificar e transformar o evento em oportunidade de discutir e desenvolver o pensar crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes frente ao próprio erro e o erro do colega, ou seja, percebê-lo como oportunidade de aprendizado para impedir novos eventos relacionados à mesma causa (PAESE; SASSO, 2013).



## Principais eventos adversos monitorados e o Conhecimento a respeito do Sistema de Registro utilizado

Observou-se que os EA mais elencados pelos funcionários foram erros de medicação, quedas, flebites, úlcera por pressão, hematomas pós retirados de introdutor (hemodinâmica), equipamentos com defeitos. Houve também casos de notificação de violência e vulnerabilidade de idoso.

Quando questionados quanto à existência de um Sistema de registros, a grande maioria sabia da existência do VIGIHOSP que é o sistema online utilizado pela instituição que foi realizada a pesquisa, o qual pode inserir os EA anonimamente, se assim for da vontade do profissional. Apesar de saber da existência de tal ferramenta muitos não sabiam como funcionava.

*[...] Eu não vou saber te dizer todos porque são muitos, mas os mais frequentes assim que eu lembro que tem com relação a erros de medicação, notificação de algum material com defeito de fabricação, como alguma medicação que você percebe que ta...que não ta pronta pra consumo que você suspeite, medicação vencida, medicação turva, queda, flebite, lesão por pressão a gente tem também e iatrogenias de uma forma em geral [...]tem notificações também, as notificações compulsórias como violência. Eu inclusive já notifiquei uma situação de um idoso de vulnerabilidade no sistema de notificação. [...] (E4).*

*[...] O evento adverso que a gente toma mais cuidado em notificar, em observar, prevenir são os hematomas pós retirada de introdutor que é um evento que pode acontecer por conta da quantidade de heparina que eles recebem, mas mesmo tomando algumas medidas eles eventualmente podem acontecer. [...] (E5).*

A probabilidade de um indivíduo transpor a uma internação hospitalar livre da ocorrência destes eventos poderá variar de acordo com o tempo, sendo que quanto mais tempo ele passar em uma instituição hospitalar, maior será a chance de sofrer um evento desses.

Um estudo realizado em uma instituição do município do Rio de Janeiro acompanhou 112 pacientes hospitalizados e identificou esta probabilidade em 30, 60 e 100 dias, sendo respectivamente 96%, 93% e 73%. Identificou-se que o risco para EA está relacionado ao tempo de internação e que este risco pode variar de acordo com o sexo do paciente atendido. Nos períodos mais curtos de internação, os pacientes do sexo masculino têm uma sobrevida mais elevada, entretanto, a partir de 30 dias de internação o padrão se inverte (DUARTE *et al*, 2015).

Outro evento adverso citado é a queda:

*[...]Em relação a medicação, a gente sempre prevenia a úlcera por pressão, uma coisa que é bem difícil aqui, né. A queda também a gente previne ao máximo, mas semana passada mesmo houve uma queda, não por conta da equipe, mas por conta do material. Foi utilizado uma maca já antiga, o maqueiro tava trazendo o paciente*

*do Centro Cirúrgico e a maca simplesmente caiu e a paciente teve uma queda, mas foi notificado também. [...] (E2).*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que queda é o acontecimento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a sua estabilidade. As quedas sofridas pelos doentes, durante o seu internamento, são uma das ocorrências mais importantes na quebra da sua segurança e são frequentemente responsáveis pelo aumento do número de dias de internamento e piores condições de recuperação (ABREU *et al*, 2012).

As úlceras por pressão também são citadas nas falas. São lesões decorrentes da isquemia gerada pela compressão extrínseca e prolongada da pele, tecidos adjacentes e ossos, constituindo um problema relevante no cenário de atenção à saúde. Dentre os locais acometidos destacam-se as proeminências ósseas e os pacientes idosos e criticamente enfermos são os mais afetados (LUZ *et al*, 2010).

*[...] São principalmente os erros de medicação, o cuidado que a gente tem com relação a prescrição, sempre que há algum erro a gente observa, passa pra enfermeira, a enfermeira passa pro médico e na medida do possível é corrigida. As úlceras por pressão a gente tem aqui, além da prescrição em si, as enfermeiras têm esse cuidado de tá o tempo todo informando pra gente, auxiliando, perguntando que horas foi a mudança de decúbito do paciente. A gente não tem muita úlcera de pressão aqui. E as quedas é como eu falei na questão anterior o cuidado em as grades estar sempre levantadas. [...] (E17).*

O sistema de notificação constitui-se em ações interligadas para detectar e analisar esses EA e situações de risco e assim direcionar para o aprendizado, a partir desses eventos, com o objetivo de melhorar a segurança de pacientes durante sua internação. Entretanto, estudos assinalam que, devido à subnotificação, esse tipo de sistema não capta a totalidade dos EA que ocorrem nas instituições. Estudo em território nacional descreve que 76,8% dos indivíduos nunca preencheram uma notificação e, internacionalmente, acima de 40% deles nunca utilizaram esse procedimento e 25% não conheciam o sistema de notificação (PAIVA *et al*, 2014).

*[...] Sim, existe sim. É... A gente notifica algum erro que venha a ocorrer, o que eu tenho orientação é a gente notificar a enfermeira do setor, né. Eu acredito que na parte da internação deve ter algum impresso, algum tipo de documento no qual você vai notificar, só que no nosso setor a gente avisa pra enfermeira do setor. [...] (E21)*

*[...] É, eu sei que existe, mas eu não sei como funciona. [...] (E24).*

*[...] Não sei, não sei como funciona, se tem, a gente aqui não tem esse acesso. [...] (E27).*

A notificação de EA no Sistema de Saúde brasileiro - SUS - é realizada de forma espontânea, pelo profissional de saúde. Há autores que classificam a notificação de reações adversas em dois tipos: espontânea e por busca ativa de Reações Adversas a Medicamentos (RAM). A busca espontânea é considerada de melhor relação custo-efetividade, na qual os profissionais de saúde preenchem um formulário de notificação fornecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), sendo, atualmente, a fonte principal de informação em Farmacovigilância (OLIVEIRA; XAVIER; JÚNIOR, 2013).

O método de busca ativa ocorre na forma de revisões dos prontuários e entrevistas com pacientes e/ou prescritores. Para que a notificação espontânea de EA atingisse o volume e grau de confiança desejáveis, em 2001, foi criada a rede de Hospitais Sentinela para subsidiar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com o objetivo de obter informação qualificada e criar um ambiente hospitalar favorável ao envolvimento de ações de vigilância sanitária (OLIVEIRA; XAVIER; JÚNIOR, 2013).

A identificação de incidente em saúde e principalmente de um EA é um desafio, mas é sabido que essa é fundamental para melhorar a segurança do paciente, por isso esforços para superar o problema da subnotificação têm resultado no desenvolvimento de sistemas informatizados que gestores estão utilizando cada vez mais nas unidades de saúde, e, há as notificações informatizadas, que estão dentro de um sistema informatizado o qual gerencia os possíveis eventos, neles há instrumentos de notificação específicos para cada tipo de EA ou queixa técnica a ser notificada (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013). No hospital em que foi realizada essa pesquisa há um sistema informatizado, chamado de VIGIHOSP.

### **A segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de Enfermagem**

A categoria identificada traz a concepção dos participantes sobre segurança do paciente. Grande parte afirmou que a segurança do paciente é prestar assistência sem causar danos, preservando sua integridade física e mental, além da manutenção de um ambiente físico e mobiliário adequados. Também foi mencionado que a segurança envolve desde a entrada do paciente na unidade hospitalar até a sua saída e que é importante sempre o aperfeiçoamento do profissional afim de um cuidado de qualidade e prevenir danos.

*[...]Acerca da segurança do paciente eu já tive vários cursos [...] e o conhecimento que nós temos é a respeito dos eventos notificados e as condutas que a gente tem que tomar pra poder evitá-los, porque eles frisam muito que tem que atuar no sentido de prevenir, depois do ocorrido é interessante você notificar, ver o evento, ver quantas vezes aconteceu pra tentar identificar onde é a maior falha, mas os que eles frisam mais em relação a segurança é a prevenção, que algumas vezes quando acontece o evento quase sempre é algo muito danoso pro paciente, a gente tem que trabalhar no sentido de evitar[...] (E 5).*

*[...]Bom, a segurança do paciente pra mim é, é um assunto que eu acho que é bem amplo, né, engloba desde que o paciente é admitido no hospital no setor de admissão, até a alta do paciente, né [...] Tem no caso a sua saúde, a cura da patologia que ele chegou e que ele não adquira nada além do que ele veio tratar, alguma comorbidade adquirida no ambiente hospitalar; então tudo isso para que esse paciente tenha uma estadia melhor possível engloba é... a segurança do paciente.[...] (E6).*

O foco da segurança do paciente é a preocupação com a magnitude da ocorrência de EA. Tal situação tem provocado a mobilização da classe médica e do público em geral, das organizações e de diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente. Parte dessa mobilização é fruto da constatação de que a ocorrência desses eventos envolve custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias (TARTAGLIA REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Nesse sentido, o Código de Ética deixa claro, no artigo 16, a responsabilidade de assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 1993). Podendo observar que os participantes corroboraram com essa afirmação, pois reconheceram a assistência livre de danos como principal objetivo da segurança do paciente.

## CONCLUSÃO

Pôde-se evidenciar no estudo que apesar da instituição adotar uma postura não-punitiva frente a ocorrência de incidentes, há predominância da cultura de culpa nos profissionais do hospital estudado e isso apresenta-se como um fator que contribui com a subnotificação dos incidentes e eventos adversos monitorados.

Diante disso, é importante que a instituição estabeleça uma cultura organizacional que priorize as estratégias de segurança, com o foco abordagem sistêmica dos erros, identificação das causas e a implementação de intervenções que auxiliem na diminuição de possíveis eventos adversos, além do fortalecimento da cultura não punitiva com a finalidade de o cuidado prestado ser aperfeiçoado e a assistência de qualidade assegurada.

## DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Cidalina; MENDES, Aida; MONTEIRO, José *et al.* Quedas em meio hospitalar: um estudo

longitudinal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, que aprova as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União nº 112, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; ARNAS, Emilly Rasquini; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 164-172, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN Nº160/93 de 12 de maio de 1993. Rio de Janeiro: COFEN; 1993.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado; STIPP, Marlucci Andrade Conceição; SILVA, Marcelle Miranda da *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

FASSINI, Patricia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012.

KOHN, Linda T; CORRIGAN, Janet M; DONALDSON, Molla S. To err is human: building a safer health system. **Washington: National Academies Press (US)**; 2000.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda; OLIVEIRA, Meneses Roberta; LEITE, Sarah de Sá *et al.* Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 14, n. 6, 2013.

LUZ, Sheila Rampazzo; LOPACINSKI, André Cleocir; FRAGA, Rogério de *et al.* Úlceras de pressão. **Geriatrics & gerontologia**, v. 4, n.1, p. 36-43, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, 2017.

OLIVEIRA, Jamile Rocha de; XAVIER, Rosa Malena Fagundes; JÚNIOR, Aníbal de Freitas Santos. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 4, p. 671-678, 2013.

OLIVEIRA, Roberta Meneses; LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda; SILVA, Lucilane Maria Sales da *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, mar. 2014.

PAESE, Fernanda; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de; POPIM, Regina Célia; MELLEIRO, Marta Maria *et al.* Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, 2014.

PEREIRA, Marta Cristiane Alves; MELLO, Carolina Lima de; CAMILO, Josana *et al.* Contribuições dos sistemas de informações no gerenciamento de riscos hospitalares: revisão integrativa da literatura. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. 1, p. Pág. 413-427, 2015.

SANTOS, Jânia Oliveira; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo; MURANI, Denize Bouttelet *et al.* Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2007.

TARTAGLIA REIS, Cláudia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, 2013.

TOMAZONI, Andréia; ROCHA, Patrícia Kuerten; KUSAHARA, Denise Miyuki *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p.161-169, mar. 2015.

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

- abortos 156
- Acadêmicos 125
- administração de medicamentos 46, 50, 53, 54
- administração de medicamentos intravenosos 46, 53, 54
- Alopecia 161, 162
- alterações no sistema estomatognático 89, 91
- anestésicos 103, 105
- anticoncepcionais 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64
- anticoncepcionais orais combinados (ACO) 55, 57
- Anti-inflamatório 77
- antiinflamatórios 103, 105
- Antimicrobiano 77
- antivirais 103, 148, 233
- Assédio moral 131, 138, 139, 140
- assédio moral com os profissionais enfermeiros da APS 131
- Assistência Hospitalar 90, 93
- Assistência integral à saúde 67
- atenção à saúde mental das minorias sexuais e de gênero 66, 69
- Atenção Primária à Saúde (APS) 131
- atividades antimicrobianas e anti-inflamatórias da Pouteria caiminto 77, 81
- atuação fonoaudiológica 89, 91, 94

## C

- complicações cardiovasculares da COVID-19 142, 152
- complicações na gravidez 156, 157
- complicações obstétricas 156, 158
- comunidade de bissexuais, gays, travestis, lésbicas, transexuais e transgêneros 66
- Coronavírus 103, 118, 152, 218, 222, 223, 224, 254, 255, 258, 259
- corticoides 103, 105, 148
- Covid-19 em gestantes e puérperas 221, 223
- Curso de Farmácia 125

## D

- danos aos pacientes 53
- Dermatofitose 161, 163
- diferença entre fitoterápico e planta medicinal 120
- discriminação 66, 68, 69, 72, 73, 74, 134
- disfagia 89, 92, 94, 108, 241
- Disfunções Cardiovasculares 142

dispositivos invasivos 89  
diversidade das culturas 66, 68  
doenças hipertensivas da gestação 156, 157  
doenças reumatológicas 98  
doenças sistêmicas de caráter inflamatório 97

## **E**

efeitos colaterais 55, 57, 59, 61, 62, 63, 166, 241, 242, 243, 245, 246, 247  
efeitos colaterais dos anticoncepcionais 56  
eletroestimulação 230, 233, 234, 235, 237, 238, 239  
endocrinopatia 55, 56, 63  
enfermeiros 72, 122, 128, 131, 133, 135, 137, 138, 219  
equipe multidisciplinar 156, 158  
espécies medicinais 77, 78  
estabilidade respiratória 103, 105  
estratégias de enfrentamento à pandemia 254, 258  
estudo epidemiológico 228, 254  
Exercícios terapêuticos 231

## **F**

farmacoterapia 103, 104, 111  
fitoterapia como alternativa terapêutica 120, 122, 123, 125, 127  
fonoaudiólogo 89, 93  
fraqueza unilateral dos neurônios motores 230  
funcionalidade da alimentação de forma segura 89

## **G**

Gastrointestinal 171, 172, 174, 175, 177  
gravidade da lesão 89  
gravidez na adolescência 156, 157, 158

## **H**

heteronormativa 66, 72, 73, 74  
hiperandrogenismo 55, 57, 59, 60, 61, 62  
hipossalivação /xerostomia 241  
História Natural do COVID-19 254  
hormônios sintéticos 55  
hospital de referência 148, 220

## **I**

identidade sexual e de gênero 66, 72  
Impacto direto e indireto da infecção pelo COVID-19 171  
imunossupressão 111, 241  
inclusão 66, 69, 70, 81, 105, 106, 126, 161, 163, 217  
inervação motora e sensitiva 97  
infecção da COVID-19 103



infecção fúngica inflamatória 160, 162  
infecção urinária 156  
Infecção viral 103  
infertilidade 55, 57, 60, 62, 65  
integridade física ou psíquica do trabalhador 131, 132  
intercorrências obstétricas 156, 157, 158  
irregularidades no ciclo menstrual 55

## **K**

Kérion Celsi 160, 161, 162, 169

## **L**

lesões iatrogênicas 98

## **M**

manifestações clínicas da COVID-19 142, 144, 147  
medicamentos provenientes de plantas medicinais 120  
Minorias sexuais e de gênero 67  
morbimortalidade materna 156  
mortalidade materna 159  
mulheres adolescentes 156  
mulheres em idade reprodutiva 55

## **N**

Nervo facial 231  
novas alternativas terapêuticas 77, 78

## **O**

o papel do fonoaudiólogo na UTI 89  
Organização Mundial da Saúde (OMS) 106, 221, 223  
osteorradiocrecrose 241  
ovários de aspecto policístico 55, 56

## **P**

pacientes em uso de traqueostomia 89  
pacientes vítimas de Trauma de Face 89  
pandemia pela COVID-19 254  
paralisia de Bell 230, 232, 233, 237, 238, 239  
paralisia dos neurônios motores da face 230, 231  
paralisia facial 93, 230, 231, 233, 234, 237, 238, 239  
Paralisia motora periférica 231, 235  
parte da planta a ser utilizada 120, 122, 125, 127  
Patologia 142  
plano de contingência – COVID-19 254, 258  
plantas medicinais 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129  
Plexo Braquial 97, 98  
plexopatia braquial bilateral 98

Pouteria caimito 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87  
prematividade 156, 157, 158  
pré-natal 156, 158  
preparo de medicamentos 45, 47, 49, 50  
problemas psicossociais 156  
processo inflamatório complexo 103, 104  
profissionais de enfermagem 136, 138  
profissionais de saúde 53, 69, 71, 90, 121, 126, 135, 152, 167, 220

## **R**

reabilitação motora 98  
riscos e benefícios da fitoterapia 120

## **S**

SARS-CoV-2 103, 104, 107, 109, 114, 116, 118, 119, 142, 143, 147, 152, 171, 172, 174, 176, 177, 218, 222, 223, 228  
saúde da mulher 55  
saúde mental 66, 69, 71, 72, 73, 74, 76  
saúde mental da população LGBT 66, 69  
sedativos 103, 105  
segurança do paciente 53, 139  
Síndrome de Kawasaki 218  
síndrome do ovário policístico (SOP) 55  
síndromes hemorrágicas 156, 157  
sistema cardiovascular 142, 144, 149, 150, 151, 152  
sistema respiratório 103, 104, 223  
substâncias bioativas 77, 78

## **T**

técnicos de enfermagem 44, 51  
terapêutica das plexopatias braquiais 98  
terapêutica farmacológica 103, 111  
terapia antineoplásica 241, 243, 244, 245, 248  
Terapia anti-neoplásica 241  
terapia medicamentosa de anticoncepcionais orais 55  
Tinea capitis 161, 162, 163, 164, 165, 168  
Transtornos mentais 67, 71, 76  
traqueostomia 89, 92, 94  
tratamento com anticoncepcionais 55  
tratamento da SOP 55, 62  
tratamento do câncer 241

## **U**

Universitários 120  
uso dos fitoterápicos 120, 122, 125

## V

ventilação mecânica 103, 105, 109, 110, 111, 113

via alternativa de alimentação 89, 91, 94

violência física e verbal 67, 73

vírus respiratórios 103, 105

## X

xerostomia 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 252, 253

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 