

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE
MESQUITA FILHO”**

Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Campus de Araraquara
Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas

**Efetividade de uma intervenção educativa para
promoção da cultura de notificação de incidentes
em saúde**

Celsa Raquel Villaverde Melgarejo

Orientadora: Profa. Dra. Patricia de Carvalho Mastroianni
Coorientadora: Profa. Dra. Fabiana Rossi Varallo

**Araraquara – SP
2018**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE
MESQUITA FILHO”**

Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Campus de Araraquara
Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas

**Efetividade de uma intervenção educativa para
promoção da cultura de notificação de incidentes
em saúde**

Celsa Raquel Villaverde Melgarejo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de Pesquisa e Desenvolvimento de Fármacos e Medicamentos, para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Patricia de Carvalho Mastroianni

Coorientadora: Profa. Dra. Fabiana Rossi Varallo

**Araraquara – SP
2018**

Ficha Catalográfica

Elaborada Por Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP – Campus de Araraquara

M338e Melgarejo, Celsa Raquel Villaverde.
Efetividade de uma intervenção educativa para promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde / Celsa Raquel Villaverde Melgarejo. – Araraquara, 2018.
159 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas. Área de Pesquisa em Desenvolvimento de Fármacos e Medicamentos.

Orientadora: Patricia de Carvalho Mastroianni.
Coorientadora: Fabiana Rossi Varallo.

1. Notificação. 2. Erros médicos. 3. Educação continuada. 4. Gestão de riscos. 5. Dano ao paciente. I. Mastroianni, Patricia de Carvalho, orient. II. Varallo, Fabiana Rossi, coorient. III. Título.

CAPES: 40300005

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Efetividade de uma intervenção educativa para promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde

AUTORA: CELSA RAQUEL VILLAVERDE MELGAREJO

ORIENTADORA: PATRICIA DE CARVALHO MASTROIANNI

COORIENTADORA: FABIANA ROSSI VARALLO

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, área de conhecimento: SEM ÁREA DE CONHECIMENTO pela Comissão Examinadora:


Profa. Dra. PATRICIA DE CARVALHO MASTROIANNI

Departamento de Fármacos e Medicamentos / Faculdade de Ciências Farmacêuticas - UNESP - Araraquara

Prof. Dr. TIAGO MARQUES DOS REIS

Faculdade de Ciências Farmacêuticas / Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL


Profa. Dra. CLAUDIA FEGADOLLI

Departamento de Ciências Biológicas / Universidade Federal de São Paulo

Araraquara, 14 de setembro de 2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido, Moraes, pelo incentivo e apoio incondicional em todas as esferas e momentos. Você é meu porto seguro.

À minha filha, Yngrid. Motivo pela qual me faz seguir adiante. Razão de erguer-me a cada momento de dificuldade encontrado. Sem você minha vida não teria sentido.

Aos meus pais, Luis e Lucila, e à minha irmã Patricia, por não medir esforços e acreditar no meu potencial, sempre! Los amo!!

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Patricia de Carvalho Mastroianni pela oportunidade de dar continuidade ao curso de mestrado oferecendo conhecimento em uma nova linha de pesquisa.

À Dra. Fabiana Rossi Varallo, farmacêutica do Hospital Estadual Américo Brasiliense e coorientadora da pesquisa na pós-graduação, pela sua dedicação e orientação quanto ao trabalho desenvolvido.

Ao Hospital Estadual Américo Brasiliense por conceder autorização para realização da pesquisa.

Aos profissionais que aceitaram participar do estudo.

Ao Professor Dr. Tiago Marques da Universidade Federal de Alfenas, membro da banca de qualificação. Excelente profissional, a qual contribuiu de maneira significativa para o enriquecimento de meus saberes e por ter ofertado conhecimento adicional quanto ao tema da pesquisa realizada.

Em especial, aos funcionários da UNESP das seções: Técnica Acadêmica (STA), Seção Técnica de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão (STAEPE) e à biblioteca por estarem sempre dispostos a me auxiliar no que for preciso.

À seção de Pós-graduação, pelo apoio e por sanar tantas dúvidas durante o período como aluna de mestrado.

À agência de fomento, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPQ, pela bolsa concedida.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

Estima-se que a notificação espontânea de incidentes capture apenas 10% dos eventos ocorridos em instituições hospitalares. Entretanto, a educação em saúde pode contribuir para o estímulo do aumento do índice de notificações assim como para a segurança do paciente. Diante disso, o objetivo do estudo foi avaliar a efetividade de uma Intervenção Educativa (IE) para promoção da notificação de incidentes em saúde para profissionais de um hospital de ensino no interior do estado de São Paulo. O estudo foi do tipo experimental, aberto, não randomizado e houve adaptação da IE através de um pré-treinamento com alunos de graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Unesp. Os profissionais incluídos no estudo foram aqueles cuja atuação fosse da área assistencial. Foram excluídos, profissionais afastados por um período maior do que três meses, estagiários e residentes. A participação dos profissionais na IE foi feita através da alocação por conveniência, com formação de três turmas, de acordo com turno de trabalho dos participantes. A IE foi realizada durante três meses, por meio de aulas expositivas, divididas em quatro módulos com duração de 60 minutos cada, realizados em dias alternados por duas semanas, além da aplicação de questionário antes e depois. As variáveis analisadas estavam relacionadas ao conhecimento, habilidade e atitude em notificação. As respostas dos questionários, assim como a quantidade e qualidade dos itens preenchidos na ficha de notificação foram avaliadas por meio de comparação antes e depois da IE, de acordo com resposta padrão estabelecida (OMS, Anvisa), bem como o número absoluto de notificações realizadas pelos profissionais nos dois momentos. Foram atribuídos conceitos e notas de zero a dez pontos a partir dos acertos obtidos nos questionários e o preenchimento dos itens da ficha de notificação. Os testes estatísticos empregados para avaliação de conhecimento em notificação foram o t-student e Wilcoxon para amostras pareadas, e para habilidade e atitude foram aplicados o teste ANOVA para amostras repetidas. Houve baixa adesão dos profissionais na IE (27,8%; 99/356). O estudo foi registrado na plataforma do Ministério da Saúde, REBEC, cujo identificador é RBR-6bxq36. Apesar da efetividade da intervenção para a aquisição de conhecimento ($p=0,0001$), não houve o mesmo resultado para habilidade e atitude ($p>0,05$), embora tenha sido observada tendência de melhora no relato de alguns incidentes, assim como tendência de aumento na taxa de incidência de notificação. Nessa perspectiva, a conclusão do estudo permite inferir que a efetividade da IE foi apenas para o conhecimento da notificação de incidentes em saúde.

Palavras-chave: Notificação. Erros médicos. Educação continuada. Gestão de riscos. Dano ao paciente.

ABSTRACT

It is estimated that spontaneous incident reporting captures only 10% of events occurring in hospitals. However, health education can contribute to the stimulation of the increase of the index of notifications as well as to the safety of the patient. Therefore, the objective of the study was to evaluate the effectiveness of an Educational Intervention (IE) to promote the notification of health incidents for professionals of a teaching hospital in the interior of the state of São Paulo. The study was an open-label, non-randomized trial, with an adaptation of IE through pre-training with undergraduate students from the Faculty of Pharmaceutical Sciences of Unesp. The professionals included in the study were those whose work was in the care area. Excluded professionals for more than three months, trainees and residents were excluded. The participation of the professionals in IE was made through the allocation for convenience, with formation of three classes, according to the work shift of the participants. EI was carried out during three months, through lectures, divided into four modules lasting 60 minutes each, held on alternate days for two weeks, in addition to the application of a questionnaire before and after. The analyzed variables were related to the knowledge, ability and attitude in notification. The responses of the questionnaires, as well as the quantity and quality of the items filled in the notification form were evaluated by means of a comparison before and after the IE, according to the established standard response (WHO, Anvisa), as well as the absolute number of notifications made by the professionals in the two moments. Concepts and grades were assigned from zero to ten points based on the answers obtained in the questionnaires and the completion of the items in the notification form. The statistical tests used for the evaluation of knowledge in the notification were t-student and Wilcoxon for paired samples, and the ANOVA test for repeated samples was applied for skill and attitude. There was low adherence of professionals in IE (27.8%, 99/356). The study was registered in the Ministry of Health platform, REBEC, whose identifier is RBR-6bxq36. Despite the effectiveness of the intervention for the acquisition of knowledge ($p = 0.0001$), there was not the same result for skill and attitude ($p > 0.05$), although there was a trend of improvement in reporting some incidents, as well as increase in the incidence rate of notification. In this perspective, the conclusion of the study allows to infer that the effectiveness of IE was only for the knowledge of the notification of health incidents.

Keywords: Notification. Medical errors. Continuing education. Risk management. Patient harm.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DQM	DESVIO DA QUALIDADE DO MEDICAMENTO
DRS	DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE
EP	EDUCAÇÃO PERMANENTE
HEAB	HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE
HMPS	HARVARD MEDICAL PRACTICE STUDY
IBSP	INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
IE	INTERVENÇÃO EDUCATIVA
IEM	INTERVENÇÃO EDUCATIVA MULTIFACETADA
IHI	INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT
IOM	INSTITUTE OF MEDICINE
IRAS	INFECÇÃO RELACIONADA À CORRENTE SANGUÍNEA
LPP Ad.	LESÃO POR PRESSÃO ADQUIRIDA
LPP Or.	LESÃO POR PRESSÃO DE ORIGEM
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOTIVISA	SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
PNSP	PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE
RAM	REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO
RDC	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA
SNE	SONDA NASOENTÉRICA
SVD	SONDA VESICAL DE DEMORA
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TOT	TUBO OROTRAQUEAL

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Adesão dos profissionais à intervenção educativa, estratificado por categoria profissional. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.	70
Tabela 2. Exemplos de respostas contidas nos questionários, dados numéricos de profissionais quanto aos conceitos obtidos frente ao aproveitamento da intervenção educativa sobre o conhecimento de notificação de incidentes nos momentos antes e depois. Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.....	76
Tabela 3. Exemplos de itens assinalados nos questionários, dados numéricos de profissionais e conceitos obtidos quanto ao aproveitamento da intervenção educativa sobre o conhecimento acerca do preenchimento da ficha de notificação de incidentes nos momentos antes e depois. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.	78
Tabela 4. Conceitos obtidos pelos profissionais sobre conhecimento do preenchimento da ficha de notificação, estratificados por categoria profissional (n=99), antes e depois da intervenção educativa. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.....	79
Tabela 5. Número de profissionais e seus desempenhos quanto aos conceitos obtidos de acordo com as respostas dadas às questões da avaliação do conhecimento, depois da IE em relação ao momento anterior. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.	80
Tabela 6. Descrição dos principais motivos para não realizar a notificação pelos profissionais da saúde. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.....	82
Tabela 7. Número de notificações preenchidas de acordo com os campos informativos, necessários e imprescindíveis constantes na ficha da instituição. Américo Brasiliense -SP (Brasil), 2017.....	85
Tabela 8. Número absoluto e taxa de incidência das notificações com relação a avaliação da intervenção educativa (3 meses antes, 3 meses durante e 3 meses depois). Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.	88

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Fatores que podem contribuir para ocorrência de incidentes segundo o Protocolo de Londres.....26
- Quadro 2.** Descrição dos incidentes abordados na intervenção educativa. Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.....50
- Quadro 3.** Distribuição dos módulos da intervenção educativa conforme dias, horários e turmas. Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.....56
- Quadro 4.** Respostas consideradas padrão-ouro para avaliar conhecimento na IE.....58
- Quadro 5.** Itens avaliados quanto à habilidade de preenchimento da ficha de notificação.....59
- Quadro 6.** Descrição da metodologia utilizada para avaliação da efetividade da intervenção educativa.....62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Adaptado de Miller, 1990.....	33
Figura 2. Descrição das etapas do estudo sobre intervenção educativa conduzida no Hospital Estadual Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.	45
Figura 3. Fluxograma de caracterização da amostra na intervenção educativa. Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.....	69
Figura 4. Gráfico de distribuição do número de notificações mensais estratificados por incidentes. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.....	89
Figura 5. Gráfico de distribuição do número de notificações mensais estratificados por incidentes. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.....	89

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Parecer consubstanciado do Comitê de Ética de Pesquisa em Humanos

Anexo 2. Carta de anuência da direção do Hospital Estadual Américo Brasiliense

Anexo 3. Ficha de notificação de incidentes em saúde do Hospital Estadual Américo Brasiliense

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A. Questionário sobre conhecimento em notificação de incidentes e saúde

Apêndice B. Carta convite para participação dos colaboradores na intervenção educativa

Apêndice C. Aula expositiva apresentada na intervenção educativa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3. OBJETIVOS	40
4. METODOLOGIA.....	41
5. RESULTADOS	68
6. DISCUSSÃO	90
7. CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIAS	113

1. INTRODUÇÃO

Diante do relatório intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* pelo *Institute of Medicine (IOM)*, publicado no final dos anos noventa, houve muitas discussões e repercussões relacionadas à segurança do paciente. A publicação destacou a temática da segurança nos serviços de saúde, mais especificamente sobre preocupações em qualidade, no que diz respeito aos incidentes da assistência médico-hospitalar por resultarem em sofrimento, injúrias e até mortes de pacientes devido à falha humana (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Estima-se que as taxas de incidentes em saúde podem chegar até 16%, em que 60% desses poderiam ter sido evitados (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017; ZEGERS et al., 2016). A pesquisa conhecida como Estudo Ibero-americano de Eventos Adversos (IBEAS) foi realizada a fim de estimar a prevalência de incidentes em saúde, com a participação de seis países, dentre eles cinco latino-americano e um europeu. Dos 11.379 indivíduos hospitalizados e incluídos nessa pesquisa, 10,5% sofreram algum tipo de incidente, dos quais 28% dos incidentes causaram incapacidade e outros 6% levaram o paciente a óbito (ARANAZ-ANDRES et al., 2011). Ainda, 15% dos profissionais da saúde já vivenciaram ou estiveram envolvidos em algum tipo de incidente pelo menos uma vez por ano (MIRA et al., 2015).

A frequência da ocorrência de incidentes e circunstâncias que podem resultar em falhas, tende a ser mais elevada em instituições hospitalares devido às múltiplas atividades exercidas e ofertadas nesses centros. Também pode ser explicada pela complexidade e periculosidade dos procedimentos realizados, além da diversidade de profissionais que atuam nesse tipo de prestação de serviço (RODRIGUES; CARVALHO, 2017).

Dada a repercussão negativa dos incidentes, tanto para o paciente, por comprometer ainda mais a sua saúde, quanto para o profissional, por acarretar punições éticas e estresse emocional e para instituição de saúde, no que diz respeito à magnitude financeira, devido o aumento de custo para o tratamento referente ao incidente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou no ano de 2004 um programa, com o objetivo de avaliar a segurança do paciente

nos serviços de saúde, a qual recebeu o nome de Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) (WHO, 2005).

O elemento central do programa está na realização de “desafios Globais”, em que periodicamente é lançado um tema a ser abordado e trabalhado como forma de campanha para promover a segurança do paciente (WHO, 2005). Além do mais, como meio de se alcançar mais segurança em saúde, o programa desenvolveu taxonomia padronizada e ferramentas para elaboração e avaliação de normas, assim como orientações de boas práticas assistenciais relacionado aos cuidados em saúde (WHO, 2009).

Segundo o documento da OMS, a segurança do paciente é definida como a redução de risco de dano desnecessário associado à assistência à saúde até um mínimo aceitável e as ocorrências indesejadas, decorrentes do cuidado prestado pode ser classificada como: circunstância de risco, quase incidente (*near miss*), incidente sem dano e incidente com dano (evento adverso) (WHO, 2009).

No Brasil, as discussões referentes ao tema foram iniciadas a partir da criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela no ano de 2002 e começaram a ser trabalhadas através do Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Já em 2013 foi instituída a portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que tem como objetivo principal, contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, bem como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº36, de 25 de julho de 2013, a qual institui ações para promoção da segurança do paciente em serviços de saúde.

Os princípios e as diretrizes tanto da portaria quanto da resolução supracitadas, incluem a vigilância e o monitoramento dos incidentes por meio de notificações, gerenciados por meio de seis indicadores, dentre eles: prevenção de quedas, identificação correta do paciente, cirurgia segura, higienização das mãos, prevenção de lesão por pressão, erros de medicação com enfoque para o uso racional de medicamentos e segurança nas prescrições (BRASIL, 2013a, 2013b).

A notificação de incidentes consiste no relato voluntário e confidencial, de problemas relacionados à saúde, como falhas de produtos e processos do cuidado em geral e é amplamente reconhecida como importante método capaz

de sinalizar deficiências relacionadas ao cuidado em saúde (LEAPE, 2002; LEISTIKOW et al., 2017). Apesar de coexistirem outros métodos com capacidade de reconhecer incidentes, tais como a busca ativa, revisão de prontuários, observação direta, “*global trigger tool*”; a notificação voluntária ainda é um dos mais utilizados.

Esse método possui algumas vantagens relacionadas ao baixo custo e a facilidade de sua aplicação em instituições de saúde (DESAI et al., 2011; PAL et al., 2013). Além disso, sua utilização pode ser realizada por qualquer indivíduo, desde profissionais, até o próprio paciente. Um dos objetivos principais da notificação é o aprendizado através de erros (HEWITT; CHREIM, 2015), pois permite minimizar possíveis atos inseguros e traçar estratégias eficazes que possam mitigar riscos (FLEMONS; MCRAE, 2012).

Entretanto, devido ao seu caráter voluntário, o método apresenta desvantagens, tais como índices elevados de sub-registros, pois o relato de casos é dependente da iniciativa e da motivação de quem o realiza. Estima-se que o sistema de notificação espontânea, capture apenas 10% dos incidentes ocorridos em instituições hospitalares (MUSY et al., 2018; PFEIFFER; MANSER; WEHNER, 2010). Tal fato pode impactar sobremaneira na segurança do paciente, visto que ficam desconhecidos os riscos que podem agravar ainda mais a saúde do paciente, comprometendo, assim, o desenvolvimento de planos de ações para minimizar ou erradicar os incidentes.

As causas que levam à subnotificação dos casos incluem barreiras de caráter individual (medo, motivação, indisposição, falta de tempo), organizacional (sobrecarga, políticas de trabalho, ausência de devolutivas) e cultural (hábito, ausência de cultura de notificação) (HARTNELL et al., 2012). Conhecer aspectos relacionados a essas barreiras, as quais impedem e dificultam à realização da notificação de incidentes pelos profissionais é de extrema importância, pois reconhecer essas dificuldades poderá resultar em propostas de melhorias relacionadas à assistência ao paciente (HOLDEN; KARSH, 2007).

A cultura de notificação é um dos pilares da segurança do paciente, que pode ser estabelecida através de um ambiente propício para relatar incidentes, livre de punições com vistas a quem relata ou comete erros e tem o objetivo de reconhecer fragilidades no sistema de saúde, sem culpabilizar os envolvidos,

além de aprender com as falhas (FLEMONS; MCRAE, 2012; PFEIFFER; MANSER; WEHNER, 2010).

Algumas alternativas para encorajar o relato voluntário e aumentar o baixo índice de notificações de incidentes é promover a cultura de notificações dentre profissionais através da educação em saúde, bastante realizadas principalmente em hospitais de ensino (BLAKE et al., 2006; FLEMONS; MCRAE, 2012).

A proposta da educação em saúde, para as notificações de incidentes, visa à capacitação dos profissionais quanto à aquisição de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e tomada de decisão gerando atitudes frente aos relatos de casos, visto que o sistema possibilita a oportunidade de identificar falhas e desenvolver barreiras para preveni-las (WACHTER, 2013).

Existem diversos métodos de ações educativas para profissionais da saúde, tais como aulas expositivas com estudos e discussões de casos clínicos (JERICHO et al., 2010; VARALLO et al., 2017); realização de *workshops* e palestras (FORSETLUND et al., 2009); elaboração e distribuição de cartilhas informativas e brindes (CAPUCHO; PRIMO, 2011; GIGUÈRE et al., 2015; VARALLO et al., 2017); entrevistas com uso de questionários (ALSHAMMARI et al., 2015; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011); telefonemas, envio de correios eletrônicos (JHA et al., 2017; RIDELBERG et al., 2016), dentre outros.

IEs para o desenvolvimento de competências profissionais acerca do tema da notificação, principalmente relacionados à farmacovigilância, têm sido mencionadas em diversos estudos, a qual apresentam resultados com desfechos relacionados ao aumento do conhecimento, habilidade e atitude (ABU FARHA et al., 2018; CAPUCHO; PRIMO, 2011; LOUIS et al., 2016; STEEN et al., 2017; VARALLO et al., 2017).

O conceito de competências é definido como um conjunto de elementos e experiências necessárias a fim de desempenhar funções de maneira correta, e no âmbito da saúde refere-se às características dos profissionais ao executarem suas tarefas com vistas ao desempenho exitoso (CONEJERO et al., 2013).

Diante da notificação de incidentes, o profissional precisa saber reconhecer e classificar o tipo de incidente, assim como é necessário saber quem pode realizar a notificação e o quê pode ser notificado. Além do mais, é importante

saber realizar o preenchimento adequado da ficha de notificação, demonstrando assim, sua habilidade em notificar e, sobretudo, colocar em prática os domínios do saber (conhecimento) e saber fazer (habilidade), realizando a notificação (atitude). Tais domínios estão embasados na classificação proposta por Miller, relacionados, ao o quê um indivíduo sabe, sabe como fazer, demonstra como faz e executa-o, referente às situações perante sua atuação como profissional (MILLER, 1990).

De acordo com o modelo proposto pelo *Canadian Patient Safety Institute*, a notificação de eventos compõe um dos seis domínios básicos das competências para a segurança do paciente. A organização propõe competências aos profissionais da saúde, as quais fazem referência ao conhecimento, a habilidade e a atitude. Assim, o profissional precisa saber as definições relacionados aos incidentes, bem como saber reconhecê-los e saber os meios de reportá-los (conhecimento). É importante que este profissional também saiba fornecer uma comunicação oportuna e eficaz sobre os fatos do evento (habilidade) e devem aceitar a divulgação dos eventos, mesmo quando obrigatória (atitude), além de ter disposição em participar da análise dos incidentes para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado (CPSI, 2009).

Os dados no formulário de notificação devem incluir as pessoas envolvidas no incidente; breve descrição do incidente (ações tomadas, geração de dano ao paciente, nível de gravidade); quando ocorreu o incidente (data, hora, período), onde ocorreu (local), como e porque ocorreu (fatores contribuintes) (GABRIEL, 2015; ONTARIO, 2017).

Assim, os relatos devem permitir a identificação de informações mínimas e relevantes para avaliar a cadeia de eventos que levaram à ocorrência do incidente, pois isto oportuniza que mesmos os incidentes mais simples e sem dano, sejam passíveis de investigação. Os dez itens preconizados pela Anvisa são: o tipo de incidente, consequências para o paciente, características do paciente, características do incidente, fatores contribuintes, consequências organizacionais, detecção, fatores de prevenção, ações de melhoria e ações para redução do risco (ANVISA, 2015).

Portanto, a realização de IEs que promovam o conhecimento e desenvolvam a habilidade e a atitude em notificar é vista como um método

vantajoso, uma vez que as IEs podem ser executadas no próprio ambiente de trabalho, além de possuírem baixo custo. Esse tipo de programa educacional inserido na educação permanente institucional fortalece o processo de sensibilização dos profissionais da saúde de diversas categorias para a notificação de incidentes e contribuem para a melhora dos índices de relatos voluntários (RODRIGUES; CARVALHO, 2017). Além do mais, a promoção da cultura de notificação vai ao encontro das propostas dos programas de acreditação hospitalar, uma vez que devem exercer ações capazes de minimizar os incidentes ocorridos, primando pela qualidade nos centros de saúde (PAULA et al., 2017).

A acreditação hospitalar é um processo voluntário, com metodologia de avaliação externa da qualidade, realizado por intermédio de agências governamentais ou não, que reconhecem instituições de saúde que seguem padrões de qualidade com propostas de melhorias continua dos processos, estrutura e resultados. Assim, o processo de acreditação exige que os estabelecimentos de saúde atuem em conformidade com os requisitos técnicos e legais (PAULA et al., 2017).

Deste modo, pressupõe-se que as IEs possam contribuir para a aquisição e o aprimoramento de competências acerca das notificações de incidentes, visto que são passíveis de aprendizado através de treinamentos. Portanto as hipóteses testadas no estudo foram:

H₀: A intervenção educativa não é efetiva para a promoção da notificação de incidentes em saúde

H₁: A intervenção educativa é efetiva para a promoção da notificação de incidentes em saúde

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Contexto geral sobre Segurança do Paciente

Falhas relacionadas à saúde, ocorridas em ambiente hospitalar, constituem um problema sério de saúde pública que podem trazer diversas consequências, dentre elas clínicas, sociais e econômicas, tanto para pacientes e familiares, quanto para os profissionais da saúde além da própria instituição, colocando em xeque a sua credibilidade, por comprometer a qualidade na prestação de cuidados no sistema de saúde como um todo. Estima-se que um a cada dez pacientes sofre ou foi acometido por algum tipo de falha durante a assistência prestada (WHO, 2008).

Diante dessa problemática, esforços têm sido realizados a fim de tentar minimizarem as falhas que possam colocar em risco a segurança do paciente. Uma das ações que visam à solução e à redução de erros são os programas desenvolvidos pela OMS. Dentre eles, o programa intitulado de *Aliança Mundial para a Segurança do Paciente*, a qual vem contribuindo de forma ativa desde o ano de sua criação (2004)(WHO, 2004).

Este programa tem como objetivo principal, a elaboração de “desafios globais”, como forma de campanhas para promover a segurança do paciente, através do desenvolvimento de taxonomia padronizada e de ferramentas para elaboração e avaliações de normas, bem como orientações de boas práticas assistenciais para o cuidado à saúde (WHO, 2005; 2008).

De acordo com a Classificação Internacional da Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety- ICPS*), desenvolvida pela OMS, erros em saúde estão relacionados às falhas de execução de um plano de ação conforme pretendido, ou por aplicar um plano incorretamente e podem

manifestar-se por fazer algo errado ou deixar de fazer a coisa certa (WHO, 2009). Erro, por definição, é sempre não intencional, podendo ou não, ocasionar um incidente. Nesse sentido, os incidentes são definidos como eventos ou circunstâncias que atingiram o paciente e poderiam ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao mesmo, respectivamente denominados de incidente sem dano e incidente com dano. Esse último recebe a classificação de evento adverso por ter atingido o paciente e necessariamente ter causado algum dano, independente do grau (WHO, 2009).

Uma circunstância de risco é definida como a probabilidade de ocorrer um incidente, entretanto quando este ocorre e é interceptado antes de atingir o paciente, é denominado de quase evento (*near miss*). Entende-se como dano o comprometimento de função, estrutura e partes ou qualquer efeito dele oriundo, que resulta em doenças, sofrimento, incapacidade e disfunções em geral, de cunho social, físico ou psicológico (WHO, 2009).

Algumas das soluções previstas pela OMS incluem nove metas para prevenção de incidentes no cuidado à saúde, sendo elas: identificação correta de pacientes; gerenciamento de medicamentos com nome e/ou aparência semelhantes; promoção da comunicação efetiva e adequada na transferência de pacientes; realização de procedimento correto na parte correta do corpo; evitar erros de medicação; evitar conexão errada de dispositivos como cateteres, tubo endotraqueal; usar uma única vez os dispositivos para injeção e a correta higienização das mãos (WHO, 2009).

Sendo assim, no ano de 2005, a OMS lançou seu primeiro desafio global para a Segurança do Paciente sendo o tema “*Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura*” (WHO, 2005). Publicação que abordou padrões

simples e claros no que se refere à higienização correta das mãos e teve como foco as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Já em 2007/2008, o segundo desafio global foi lançado com o tema “A Cirurgia Segura Salva Vidas” e teve como meta a melhoria no cuidado cirúrgico por meio de conjunto de medidas que incluem práticas seguras tais como: a prevenção de infecções em sítio cirúrgico, redução de falhas em anestesia, além de traçar e desenvolver planos com objetivo de tornar a cirurgia mais segura e com capacidade de ser adotado em diversos países (WHO, 2016).

Há pouco tempo, em 2017 foi lançado o terceiro desafio global que visa reduzir pela metade os danos graves e evitáveis associados a erros de medicação. O tema deste programa é “Medicação sem danos”, que fomenta a prevenção de problemas relacionados ao uso de medicamentos, visto que estes são as principais causas de incidentes com dano mundialmente (OPAS, 2017). Esta medida tem por objetivo a orientação e difusão de informação confiável com alto grau de evidência científica e de linguagem acessível, designados aos profissionais de saúde, principalmente, através do livro publicado, divididos em fascículos, que trata de diferentes temas relacionados à medicação.

No Brasil, as ações para promoção da segurança do paciente vêm sendo promovidos pela Anvisa e pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da implantação da portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual instituiu o PNSP, que tem objetivo principal contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, assim como a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, a qual institui ações para promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a, 2013b).

A portaria trata da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, NSP, que a partir de sua implantação no ano de 2013, tornou-se uma obrigatoriedade nos serviços de saúde e seus princípios e diretrizes abordam suas competências, propondo diversos planos referentes à segurança do paciente, incluindo a vigilância e monitoramento das notificações de incidentes por meio do gerenciamento de seis indicadores, das quais: prevenção de quedas; identificação correta do paciente; cirurgia segura; higienização das mãos; prevenção de lesão por pressão; erros de medicação com enfoque para a segurança nas prescrições e uso racional de medicamentos (BRASIL, 2013b).

Além daquelas já previstas na legislação, cabe ressaltar outros incentivos à segurança do paciente no país, dentre elas a Rede Sentinela, criada em meados de 2001 e composta por hospitais escolas que monitoram a qualidade e o perfil de segurança dos medicamentos utilizados em ambiente hospitalar, através das notificações de incidentes; Rebraensp (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente), criada em 2008 com a iniciativa da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), tendo como meta a difusão e sedimentação da cultura de segurança do paciente nas diversas instituições de saúde, universidades, organizações não governamentais e comunidade no geral e entidades multiprofissionais, como o *Institute for Safe Medication Practice (ISMP)*, dos Estados Unidos, e o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP), que têm promovido eventos nacionais sobre o tema.

Cabe destacar ainda que a portaria nº 1.660 de 22 de julho de 2009 instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipos), em

que uma das premissas do sistema era de promover a identificação precoce de problemas relacionados aos serviços e produtos de saúde, a fim de eliminar ou minimizar os riscos decorrentes desses. Dessa forma a Rede Sentinela, começou a trabalhar o gerenciamento de riscos sobre três pilares: busca de incidentes, notificação de incidentes e uso racional das tecnologias em saúde (BRASIL, 2014).

2.2. Detecção dos incidentes em saúde

Existem diferentes métodos frequentemente utilizados para identificação de incidentes, dentre eles podem ser citados: a observação direta, revisão retrospectiva de prontuários, global trigger tools e a notificação voluntária.

A observação direta consiste na presença de um observador inserido no ambiente de trabalho que investiga problemas relacionados à segurança do paciente de forma prospectiva. Esse método vem sendo utilizado principalmente em instituições consideradas de excelência e por países desenvolvidos, pois necessita de alto custo de investimento, uma vez que requer profissionais qualificados, capacitados e treinados em identificar falhas ou erros potenciais, com a finalidade de mitigar possíveis riscos à saúde (HOHL et al., 2018; RODRIGUES; CARVALHO, 2017).

A revisão retrospectiva de prontuários está baseada no método conhecido como *Harvard Medical Practice Study* (HMPS), na qual ocorre a revisão em duas etapas. A primeira etapa é realizada geralmente por enfermeiros em que se buscam registros de prováveis incidentes no prontuário do paciente e a próxima etapa é análise desses registros pelos médicos, a fim de se avaliar a gravidade do incidente e o grau de cuidados para esses pacientes. No entanto, o método possui desvantagens, pois a documentação nos registros dos

pacientes pode estar incompleta, permitindo que alguns incidentes não sejam percebidos e, em segundo lugar, muitas vezes é difícil desvincular a análise da intervenção médica dos processos subjacentes da doença (BAKER, 2004).

Já o método conhecido como global trigger tool (GTT), desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), também é um instrumento de revisão retrospectiva de registros, que utiliza uma lista de gatilhos (triggers), que serve de rastreador para a presença de agravos à saúde. Inicialmente, o método foi elaborado para uma abordagem do tipo manual. No entanto, o desenvolvimento recente de detecção automatizado utilizando o GTT, alteraria o modelo retrospectivo para prospectivo, fornecendo um *feedback* em tempo real, permitindo intervenções pontuais (MUSY et al., 2018). Estudo realizado utilizando o método GTT identificou taxas mais altas de eventos adversos (20-30%) do que a metodologia de *HMPS* supracitada (RAFTER et al., 2015a).

A notificação espontânea de incidentes é amplamente utilizada e consiste no relato voluntário de problemas relacionados à saúde, como falhas de produtos e processos do cuidado em geral, a partir do preenchimento de um formulário geralmente disponibilizado pela instituição (BRASIL, 2013b; LEAPE, 2002).

No Brasil, cabem às instituições de saúde registrar todo e qualquer evento ocorrido, através do sistema informatizado denominado Notivisa, disponibilizado pelo órgão de regulação sanitária máxima no país, a ANVISA. O Notivisa, tem como objetivo além do registro, o processamento de dados referente aos incidentes em todo território nacional (ANVISA, 2015). Tendo em vista a RDC nº 36/2013, todos os serviços de saúde, excetuando-se os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e serviços móveis de

atenção domiciliar, devem constituir os NSPs e, conseqüentemente, incluir o sistema de notificação de incidentes como ação voltada à segurança do paciente. Desvios da qualidade e queixas técnicas também devem ser notificados.

A utilização de combinação de métodos de detecção, como revisão de prontuário, observação direta e notificação voluntária favorece a identificação de maior proporção de incidentes em saúde (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

2.3. Monitoramento de incidentes em saúde

O controle da qualidade da assistência em saúde pode ser monitorado a partir de parâmetros que possam mensurar a evolução da efetividade da prestação de cuidados ao longo do tempo. Lança-se mão do uso de indicadores como ferramentas para reconhecer uma situação existente e avaliar a sua mudança conforme o tempo, através da proposta de ações de melhoria na sua execução (VIEIRA; KURCGANT, 2010).

Indicadores são atributos ou variáveis capazes de representar algo que se quer medir. Não são medidas de bom ou mau desempenho, mas podem sinalizar fragilidades e oportunidades de melhorias referentes à qualidade em saúde (FARR, 2001; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Os indicadores utilizados como instrumentos de monitoramento à segurança do paciente devem ser confiáveis a ponto de reproduzir os mesmos resultados quando aplicados em condições similares; devem ser válidos, ou seja, ter a capacidade de medir aquilo que realmente se pretende e devem ser apropriados no que tange a viabilidade, relevância e custo-efetividade, para

identificar os riscos e orientar na tomada de decisão (GAMA et al., 2016). Seus componentes são numéricos e estão associados a uma relação matemática entre o referencial e o comparativo (numerador/denominador) (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006).

Por medirem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos à instituição, estão classificados em três tipos: os indicadores de estrutura, que estão relacionados na avaliação de recursos físicos, ambientais, humanos, materiais e financeiros da organização; os indicadores de processos, que estão voltados diretamente para avaliar os cuidados prestados aos pacientes; e os indicadores de resultados, que são demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de fatores relacionados à estrutura e o processo, além da mensuração do grau de satisfação do usuário com relação ao serviço de saúde (DONABEDIAN, 1988).

Considerando o âmbito da saúde, os indicadores constituem ferramenta essencial para avaliação dos cuidados em todos os níveis e permite produzir, por exemplo, evidências sobre as condições de saúde. Por isso, as metas propostas pela OMS e tratadas no país, através da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, constituem importante indicadores relacionados à saúde, e visam a orientação, redução e mitigação de riscos, com o intuito de adotar práticas mais seguras.

A partir das notificações de incidentes realizadas nas instituições de saúde poderá ser gerados indicadores e a partir destes, criar a possibilidade de traçar planos e medidas pontuais a fim de reduzir a reincidência de falhas ou erros que comprometam a segurança do paciente (BEZERRA et al., 2009).

Portanto, notificar é uma maneira de monitorar os incidentes em saúde por meio do uso de indicadores (incidentes) que possam mensurar a situação existente e avaliar a sua mudança através de ações de melhorias (VIEIRA; KURCGANT, 2010).

2.4. Ferramentas da Qualidade para a Segurança do Paciente

É sabido que o gerenciamento de problemas relacionados à saúde possibilita a redução de custos à instituição, uma vez que permite o conhecimento e, sobretudo o aprendizado a partir dos erros, prevenindo sua recorrência e ofertando um atendimento de qualidade (LEISTIKOW et al., 2017).

A qualidade na saúde é definida como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013b).

As ferramentas da qualidade são definidas como técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho do trabalho (GALDINO et al., 2016).

Dentre os diversos tipos de ferramentas existentes, as utilizadas em saúde, podem incluir a folha de verificação, Círculo de Deming ou PDCA (Plan Do Check Act), HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis), Análise de Causa-Raiz (ACR) e o Protocolo de Londres.

A análise de causa-raiz pode ser realizada através do Diagrama de Ishikawa, cuja técnica investiga a relação do efeito com todas as prováveis

causas que levaram à ocorrência de um incidente, isto é, através de uma sessão de *brainstorming* (tempestade de ideias) com os envolvidos, consideram-se todos os fatores causais que poderiam ter contribuído para a ocorrência de falhas. Esta técnica, também denominada Espinha de peixe, permite elencar os fatores contribuintes de acordo com sua origem e reconhecer os diversos mecanismos envolvidos nos eventos. Entende-se por um fator contribuinte, como uma circunstância(s), ação(ões) ou influência(s) que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente e/ou no aumento do risco, podendo levar a sua recorrência (TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

O Protocolo de Londres (PL) é um guia para gerenciar riscos bastante utilizados na aviação e indústrias de petróleo e nucleares, que foi adaptado para a área da saúde. A análise de investigação das falhas proposto pelo PL está embasada no modelo organizacional de acidentes da teoria do queijo suíço, na qual busca-se a reconstrução de todas as situações que resultaram no incidente com a colaboração dos envolvidos (TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

As causas dos incidentes, de acordo com o PL, estão relacionadas a fatores humanos como a falta de atenção; também relacionados ao ambiente de trabalho como um chão molhado; relacionados à equipe quando ocorre a ausência ou falha de comunicação; além de falhas institucionais, como a ausência de protocolos. Ainda podem estar relacionadas à gestão, como a falta de recursos materiais e financeiros e a fatores relacionados ao paciente como não adesão às instruções de autocuidado (Quadro1).

Todas elas, de alguma forma, podem contribuir para a ocorrência de incidentes em menor ou maior grau. Estas falhas e estes fatores se não barrados ou melhorados podem associar-se a outras debilidades, tornando-se visíveis por meio de prejuízos à saúde do paciente (TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Nesse sentido, a notificação de incidentes serve como alicerce para ferramenta da qualidade, uma vez que, a partir do relato voluntário, é possível analisar condutas e investigar os tipos de falhas envolvidos, além de promoverem maior vigilância e buscarem melhorias na segurança do paciente minimizando agravos à saúde (MELCHIADES, 2016).

Assim, a notificação, quando inserida em uma rotina, permite o gerenciamento de maneira apropriada dos incidentes que frequentemente ocorrem e daqueles que ainda poderão ocorrer (MICHAEL T. et al, 2011).

Quadro 1. Fatores que podem contribuir para ocorrência de incidentes segundo o Protocolo de Londres

TIPO DE FATOR	FATOR CONTRIBUINTE OU INFLUENCIADOR
Paciente	Condição física e clínica (complexidade, gravidade) Comunicação e linguagem (compreensão) Fatores sociais e de personalidade como excesso de confiança, comportamento negligente, fatores emocionais
Tarefa	Estrutura e desenho da tarefa Disponibilidade e uso de protocolos Auxílio na tomada de decisão Clareza e estrutura da tarefa
Individuais (profissional da saúde)	Falta de conhecimento e habilidade, Descuido, Desatenção, Violação de rotinas e normas, Não compreensão das orientações, Competência Saúde física e mental
Equipes	Falha na comunicação verbal e escrita, Ausência de anotações, Informações ilegíveis (prontuário, ficha do paciente) Disponibilidade de ajuda e supervisão Estrutural (congruência, liderança, dentre outros)

(Continua)

TIPO DE FATOR	FATOR CONTRIBUINTE OU INFLUENCIADOR
Ambientais e de Trabalho	Nivelamento e habilidades do staff Padrões de turno, carga de trabalho Manutenção e disponibilidade de materiais e equipamentos Apoio gerencial e administrativo Área física/infraestrutura
Gestão organizacional e institucional	Recursos financeiros Estrutura organizacional Políticas, padrões e objetivos Cultura de segurança e prioridades Contexto regulatório e econômico Sistema de saúde Ligação com organizações externas

Fonte: Adaptado de TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004.

2.5. Sistema de Notificação Espontânea de Incidentes

O sistema de notificação é visto como ponto de apoio ao profissional envolvido no gerenciamento de riscos, pois o relato voluntário oferece a oportunidade de identificar e conhecer os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes, a qual pode ser investigada através de métodos utilizados pela qualidade como, por exemplo, a análise de causa raiz (ACR) (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Desta maneira, a notificação espontânea possui vários aspectos positivos, visto que é um sistema profícuo de vigilância passiva, pois permite facilidade na sua utilização. É adaptável a diferentes realidades e instituições de saúde além de possuir baixo custo de implantação e manutenção (HWANG; LEE; PARK, 2012).

A OMS tem atuado bastante no que diz respeito ao estudo do sistema de notificação de incidentes para a segurança do paciente. Em 2016, lançou um modelo de informações mínimas de notificação, com o objetivo de listar itens que devem ser preenchidos para coletar informação referente aos incidentes e

encorajar a prática da notificação. O modelo de informação preconizado pela OMS é considerado um conjunto mínimo de dados a serem relatados para embasar de forma significativa o processo de investigação e aprendizagem e que vem sendo atualizado constantemente, sendo que neste ano (2018), o documento intitulado “*Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems (MIM-SP)*” foi traduzido e validado para uso no Brasil (FIOCRUZ, 2018).

O modelo de notificação proposto pela OMS é compatível com uma série de sistemas de notificação utilizada em todo o mundo e garante um grau de padronização na solicitação de informações adequado e adaptável a qualquer sistema já existente, podendo as instituições reunir e adicionar dados adicionais para atender as necessidades específicas (FIOCRUZ, 2018).

Entretanto, o sistema de notificação padece devido ao índice elevado de subnotificações devido a sua característica voluntária, gerando desvantagens e algumas das causas que levam à subnotificação de casos estão relacionadas a fatores individuais, como culpa de estar envolvido em algum erro que culminou em dano ao paciente, sentimento de vergonha, falta de tempo para notificar, desconhecimento do fluxo de notificação, assim como obstáculos relacionados ao próprio sistema de notificação, como o formato extenso das fichas levando à dificuldade de preenchimento correto das mesmas (HWANG; LEE; PARK, 2012).

Além do mais, motivos institucionais como punição e represálias frente à ocorrência de incidentes e ausência de devolutiva ao profissional que notifica explicando as condutas e os planos de ação estabelecidos, também são fatores que desestimulam a notificação pelos profissionais (CASTEL et al.,

2015a; HOWELL et al., 2015; HWANG; LEE; PARK, 2012; MITCHELL et al., 2016; VARALLO et al., 2014).

De acordo com o IOM, a ênfase na culpabilidade dos indivíduos, distancia não apenas a carência dos sistemas com o cuidado à saúde, mas também contribui para desencorajar os profissionais a relatarem os erros, uma vez que estão suscetíveis a sofrer uma série de consequências negativas (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A implantação de uma cultura não punitiva nas instituições de saúde, cujo foco está em procurar falhas e propor soluções, é uma das principais estratégias propostas por organizações que têm como missão a melhoria da qualidade da assistência em saúde. Com esse enfoque, o registro anônimo de incidentes e erros são considerados ação fundamental para a obtenção de informações que subsidiem medidas pró-ativas a fim de minimizar a ocorrência de incidentes e aprender com os próprios erros (CLARO et al., 2011).

2.6. A notificação de incidentes e medidas para promovê-las

A existência de uma cultura de segurança em uma instituição de saúde é pré-requisito para o sucesso de uma cultura de notificação. Por sua vez, o bom funcionamento de um sistema de notificação contribui para promover ainda mais a cultura de segurança hospitalar, portanto a eficácia de um sistema de notificação está diretamente relacionada com a cultura de segurança (MIRA et al., 2013).

A cultura de notificação requer um compromisso organizacional na qual deve haver o preparo e encorajamento para realizarem a notificação de eventos ou quase eventos, estabelecendo em um ambiente propício a receber

e avaliar as notificações sem punições (REASON, 2000). É considerada um dos quatro atributos que fazem parte da cultura de segurança, os demais atributos referem-se ao aprendizado, flexibilidade e à cultura justa (FLEMONS; MCRAE, 2012).

A flexibilidade é a capacidade da instituição de saúde se reconfigurar diante de determinados perigos. É saber lidar com erros e propor soluções adequadas. O aprendizado se dá a partir desses erros, onde se concentra a etapa da avaliação de dados de segurança e o desenvolvimento de estratégias efetivas para minimizá-los (FLEMONS; MCRAE, 2012).

A cultura justa está inserida na cultura de segurança a partir do momento que se cria um ambiente de confiança para que as notificações de incidentes ocorram como um hábito, com pessoas motivadas a notificarem os eventos, porém com a consciência do que é aceitável ou não. Além disto, a cultura justa visa reconhecer os erros como falhas sistemáticas e não falhas individuais, embora não se exima a responsabilidade pelo profissional, em manter boa conduta ou ser responsável pelos seus atos (SAMMER et al., 2010).

Desta maneira, as buscas pelas causas dos incidentes devem deixar de ser centradas no modelo pessoal como o único fator responsável pelo erro; mais do que buscar culpados, há a necessidade de averiguar falhas e fragilidades em nível sistêmico (TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

O princípio dessa premissa está centrado na teoria do queijo suíço, que quando visto por fora, o queijo aparenta ser liso por estar inteiro, e sem defeitos, no entanto, ao ser fatiado, notam-se inúmeros orifícios. Desta forma os orifícios se alinham e faz com que haja uma perpetuação dos erros (MOUMTZOGLOU, 2010).

Portanto, proporcionar um ambiente favorável ao relato de incidentes, assegurar a imparcialidade para quem notifica, sem julgamentos prévios e livre de medidas punitivas para quem comete erros, incentiva os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos e capacita-os para a tomada de decisão motivando-os para a realização da notificação com maior frequência (SAMMER et al., 2010).

Cabe ressaltar ainda que a notificação, bem como a responsabilidade pela ocorrência do incidente, deve ser tratada transversalmente, de modo que todos os membros da equipe possam estar sensibilizados a relatar sua participação no evento de forma a traçar estratégias para redução de danos e mitigar riscos, considerando o foco na segurança do paciente (PINILLA-ROA, 2013).

Deste modo é importante que os estabelecimentos de saúde desenvolvam estratégias que visem à melhoria dos processos nos serviços ofertados e principalmente que estimulem a cultura de notificação de incidentes. Nesse sentido, faz-se necessária à elaboração de capacitações profissionais e educação continuada como meios de disseminar a cultura de notificação em ambiente hospitalar e melhorar a segurança do paciente (RODRIGUES; CARVALHO, 2017).

2.7. Ações educativas para notificação de incidentes no âmbito da saúde

Devido a grande demanda nos serviços de saúde e diversificada gama de profissionais que atuam nesses centros, há uma necessidade de coordenação eficaz na atenção à saúde a partir da colaboração da equipe multiprofissional. As profissões envolvidas no cuidado à saúde necessitam de

capacitações e treinamentos constantes para desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades, fortalecendo atos seguros e de qualidade (REEVES, 2016).

Acerca da cultura de notificações de incidentes, o propósito da educação em saúde para profissionais da área é contribuir com a aquisição e o aprimoramento de competências quanto à realização da notificação, pois são passíveis de aprendizado através de treinamentos. As competências profissionais e comportamentais a serem desenvolvidas a partir das IEs estão compostas por três tipos de domínios, dos quais, o conhecimento, a habilidade e a atitude (CHA) que se combinam de forma integrada e conduzem a um desempenho adequado e oportuno em diversos contextos (ODELIUS et al., 2016).

O conceito de competências no âmbito da saúde refere-se às características dos profissionais ao executarem as suas tarefas com vistas a um desempenho exitoso. É definido como um conjunto de elementos e experiências necessárias para desempenhar funções (CONEJERO et al., 2013). Logo, os três domínios (CHA) de forma complementar, conduzem a um desempenho profissional, expressos pelas características comportamentais que o indivíduo possui e demonstra ter na realização de suas atividades e desenvolvimento de suas ações, que poderão ser mensurados através de resultados (FLEURY, 2001; GALDEANO, 2010).

A tríade, conhecimento-habilidade-atitude está baseada na pirâmide de Miller, modelo proposto para avaliar competências no âmbito da saúde, utilizada desde a década de 90 (MILLER, 1990).



Figura 1. Adaptado de Miller, 1990.

A Figura 1 mostra as etapas para o desenvolvimento de competências, em que as duas primeiras etapas estão relacionadas ao domínio cognitivo do profissional, já a habilidade ocupa a terceira posição na pirâmide e relaciona-se ao domínio psicomotor, a última etapa está vinculada ao comportamento, a atitude está relacionada ao domínio afetivo e envolve crenças e valores intrínsecos do indivíduo que podem direcionar ou influenciar na tomada de suas decisões e nas escolhas de suas ações (ODELIUS et al., 2016).

Na educação baseada em competências é importante estabelecer e especificar os níveis alcançados para avaliar o desempenho dos indivíduos. De acordo com o modelo proposto por Miller, a base, que é “o saber” e “saber como” demonstra que o indivíduo possui certa experiência teórica, apenas. O nível “mostra como faz”, refere-se ao comportamento enquanto que o “fazer” relaciona-se diretamente com a prática no seu local de trabalho (PARK, 2015).

O principal objeto de estudo com relação ao conhecimento é mensurar o quanto foi aprendido ou o que se espera que os profissionais saibam antes e

depois do processo educativo, isso vai ao encontro da taxonomia de Bloom (GALHARDI; AZEVEDO, 2013).

O princípio da taxonomia de Bloom é que o conhecimento seja alcançado através de um nível hierárquico, partindo do conhecimento mais simples ao de maior complexidade, realizada de forma sucessiva, de modo que o conhecimento em um determinado nível deve ser dominado antes que o próximo nível de aprendizado seja alcançado (GALHARDI; AZEVEDO, 2013). Isso significa que, para adquirir uma nova habilidade, o indivíduo deve ter dominado e adquirido o conhecimento do nível anterior, pois só após esses feitos poderá compreendê-lo e aplicá-lo.

Segundo a taxonomia de Bloom, no domínio cognitivo, os objetivos educacionais focam a aprendizagem de conhecimentos, desde a recordação e compreensão de algo estudado até a capacidade de aplicá-lo. No domínio psicomotor, os objetivos educacionais compreendem as habilidades motoras e no domínio afetivo, os objetivos dão ênfase aos sentimentos, valores, aceitação ou rejeição de algo (TREVISAN; AMARAL, 2016).

Referente à cultura de notificações de incidentes, o profissional precisa saber reconhecer um incidente e saber classificá-lo, assim como saber o que pode ser notificado, quem pode realizar a notificação, saber quais os itens que devem ser preenchidos na ficha de notificação e saber o que é feito com a notificação depois de feita, ou seja, saber como funciona o sistema de notificação da sua instituição como um todo, adquirindo assim o conhecimento (o saber).

Sobretudo, o profissional da saúde também precisa saber colocar em prática o seu conhecimento, ou seja, desenvolver habilidade em notificar. No

que tange às notificações de incidentes, o profissional deve saber realizar uma notificação, preenchendo de forma adequada os itens que correspondem à ficha de notificação (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013). No caso de um sistema de notificação manual, a escolha do formulário correto para relatar o caso é muito importante, pois nem sempre todas as notificações são direcionadas aos mesmos departamentos ou pessoas para análise, fato que pode resultar em morosidade da investigação do caso ou até o extravio da ficha de notificação (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Estudos previamente realizados no contexto de se avaliar conhecimentos, habilidades e atitudes a partir de IEs, com o intuito de promover notificações de eventos principalmente relacionadas à farmacovigilância, resultaram em desfechos tais como: acréscimo do conhecimento sobre o que é notificação e do funcionamento do sistema como um todo (ABU FARHA et al., 2018; STEEN et al., 2017); aumento da habilidade, isto é, demonstrar como se notifica, resultando na melhora da qualidade do relato (JOHANSSON; HÄGG; WALLERSTEDT, 2011; RIDELBERG et al., 2016) e aumento da atitude, evidenciada pela frequência crescente do número absoluto ou taxa de notificação (FANG et al., 2017; JHA et al., 2017).

As IEs, portanto, podem impactar na cultura de notificações, uma vez que tendem a agregar conhecimentos, desenvolver habilidades e sensibilizar os profissionais quanto à realização do relato de incidentes (ONTARIO, 2017). No entanto para que as IEs sejam efetivas e bem sucedidas, recomenda-se que estas sejam realizadas de forma combinada com outras ações, devem ser de curta duração e deverão ser trabalhadas dinamicamente entre os grupos, de

forma que os profissionais não sejam simples receptores passivos de informações (OMS, 2016).

A dinâmica entre equipes ou grupos, descrevem as interações que ocorrem com vistas à comunicação, cooperação e tomada de decisões. Portanto, quanto mais dinâmica for a atividade, mais provável será seu impacto no que se refere à aprendizagem (WHO, 2009).

Algumas revisões argumentam que as estratégias mais eficazes são aquelas com componentes múltiplos (multifacetadas), quando comparados ao uso de uma única estratégia (PAGOTTO; VARALLO; MASTROIANNI, 2013). Nesse sentido, as intervenções multifacetadas, que envolvem mais de uma prática ou atividade, podem indicar maior probabilidade de melhorar a prática clínica, do que intervenções únicas (BOAZ; BAEZA; FRASER, 2011).

As intervenções multifacetadas podem incluir ações educacionais com elaboração e distribuição de material educativo (GIGUÈRE et al., 2015), uso de lembretes ou brindes (CAPUCHO; PRIMO, 2011), dentre outros.

Cabe ressaltar que, para atingir os resultados pretendidos, as ações educativas também devem ser adaptadas levando em conta as diferentes categorias profissionais (PFEIFFER; MANSER; WEHNER, 2010), pois cada categoria responde diferentemente de acordo com o tipo de intervenção (BOAZ; BAEZA; FRASER, 2011).

Portanto, é importante avaliar a efetividade de uma IE para profissionais da saúde a fim de identificar se as metas foram alcançadas, deste modo, a efetividade é uma característica relevante nas práticas de saúde (OLIVEIRA, N. F.; GONÇALVES, 2010).

O modelo de avaliação da efetividade de treinamentos, amplamente utilizado principalmente em organizações empresariais está embasado na proposta de Donald Kirkpatrick (KIRKPATRICK, 2018), que estabeleceu quatro níveis de avaliação da efetividade. Dentre eles, no primeiro nível contém a avaliação da reação, que mede o grau de satisfação e opinião do participante sobre aspectos do treinamento. O resultado desse primeiro nível é considerado o mais superficial do treinamento, pois uma reação positiva não garante o aprendizado (ABBAD; GAMA; BORGES-ANDRADE, 2000; MIZOI, 2010).

O segundo nível do modelo é avaliação de aprendizagem, que mede o quanto foi aprendido. O aprendizado está pautado na obtenção de conhecimentos, habilidade e atitudes (CHA) antes e depois da ação educativa e a forma de quantificar ou mensurar resultados de aprendizado é a utilização de questionários, testes, lista de verificação, entrevistas estruturadas (MIZOI, 2010).

O terceiro nível é a avaliação do comportamento, esta é medida pela aplicação do aprendizado através da mudança de comportamento e pode ser verificada imediatamente ou alguns meses depois do término da atividade educativa.

Já o último nível é a avaliação do resultado, mede o efeito sobre o serviço ou ambiente de trabalho, resultante da melhoria do desempenho do profissional (MIRA et al., 2011).

Embora seja recomendada a utilização do modelo proposto por Kirkpatrick em programas de educação (OBRELI-NETO et al., 2016), os modelos mais praticados na área da saúde são as avaliações de aprendizado e de reação,

embora se acredite que esta última avaliação seja pouco útil como preditoras de aprendizagem (ABBAD; GAMA; BORGES-ANDRADE, 2000).

2.8 O papel da educação permanente e a notificação de incidentes em saúde

A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) foi instituída em 2004 e visa promover mudanças nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, com base na problematização da realidade e na busca por soluções e melhorias no processo do cuidado (BRASIL, 2004).

Entende-se como educação permanente, a aprendizagem no trabalho a partir de problemas enfrentados diariamente e levam em consideração os conhecimentos e experiências que os profissionais já possuem. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos as transformações das práticas dos profissionais e da própria organização de saúde, orientado para a melhoria dos serviços em saúde (MORAES; DYTZ, 2015).

Em vista dos erros cometidos pelos profissionais de saúde, mesmo que não intencionais, há uma necessidade crescente no investimento da educação em saúde voltados para esses profissionais (BOGARIN et al., 2014).

A falta da inclusão e discussão sobre eventuais erros que resulte em danos ao paciente e que comprometa a competência do profissional, durante a formação profissional é muito escassa (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

Embora exista uma portaria no Brasil desde 2013 (BRASIL, 2013a) que fomenta a inclusão do tema da segurança do paciente nos cursos tecnicistas e

superiores da área da saúde, percebe-se que prevalece um disnível e lacunas de conhecimentos acerca do tema, aliado às poucas práticas e interesses próprios das instituições educativas que fazem com que o assunto não seja discutido e divulgado amplamente em todos os cursos da área da saúde (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; OLIVEIRA et al., 2017).

Nesse sentido, o papel da educação permanente em saúde centra-se no aprimoramento de métodos educativos que alcancem não somente seus objetivos com eficácia mas que seja capaz de alcançar todos os níveis e categorias profissionais com intuito de promover de forma articulada, a partir de projetos político-pedagógicos, mas o desenvolvimento de capacidade resolutiva e transformação das práticas de saúde entre os trabalhadores, com a perspectiva de assegurar o cuidado em saúde (PEIXOTO et al., 2013).

Desta forma, pressupõe-se que a educação permanente possa contribuir para transformação da prática das notificações de incidentes através da aprendizagem social e participativa, que busca entender e melhorar as práticas assistenciais no sistema de saúde.

Diante do exposto, justifica-se o objetivo do presente estudo conforme apresentado a seguir.

3. OBJETIVOS

Gerais:

Avaliar a efetividade da intervenção educativa sobre aquisição de conhecimento, habilidade e atitude dos profissionais da saúde para a promoção da notificação de incidentes em saúde.

Específicos:

- Comparar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre notificação de incidentes, antes e depois da IE;
- Avaliar a habilidade dos profissionais de saúde quanto ao preenchimento da ficha de notificação de incidentes, antes e depois da IE;
- Mensurar a atitude dos profissionais de saúde quanto ao ato de notificar os incidentes, antes e depois da IE.

4. METODOLOGIA

Tipo de estudo

O estudo realizado foi do tipo experimental, aberto, não randomizado, com grupo único de comparação, antes e depois.

Local do estudo

A IE foi conduzida no Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB), próximo da cidade de Araraquara, região localizada no interior do estado de São Paulo. O Hospital Estadual Américo Brasiliense é uma instituição pública, de média complexidade com capacidade para 94 leitos.

É um hospital referência que atende 23 municípios do Departamento Regional de saúde III (DRS III) e 26 municípios do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), nas seguintes especialidades: geriatria, neurologia, clínica médica, infectologia e unidade de terapia intensiva adulta. Com relação às especialidades cirúrgicas são atendidos casos de nefrologia/urologia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, gastroenterologia, cirúrgica geral, torácica, otorrinolaringologia, plástica e ginecologia. Atualmente conta com 391 profissionais da área assistencial. A equipe de enfermagem está composta por 54 enfermeiros, 213 técnicos de enfermagem e 3 gestores (UTI/Enfermaria Centro Cirúrgico). Fazem parte também da equipe assistencial, 4 fonoaudiólogos, 4 farmacêuticos, 4 assistentes sociais, 4 psicólogos, 3 nutricionistas, 2 terapeutas ocupacionais, 12 fisioterapeutas e 2 gestoras.

A equipe médica está composta por médicos da UTI, enfermagem e do ambulatório de especialidades. Além da equipe assistencial, o hospital ainda conta com uma gerente de enfermagem, uma gerente e uma enfermeira da qualidade, uma enfermeira do risco, duas enfermeiras da CCIH (Comissão de Controle de Infecções Hospitalar), uma enfermeira e uma farmacêutica da Educação Permanente.

Os turnos de trabalho estão divididos em matutino (07:00 h às 13:00 h), vespertino (13:00 h às 19:00 h), noturno (19:00 h às 07:00 h) e integral (07:00 h às 16:00 h ou das 08:00 h às 17:00 h). Os profissionais com carga horária de 6 horas são divididos por escala de trabalho, e o período noturno adota o regime de escala 12x36 com três folgas ao mês.

Participantes

Consideraram-se aptos a participar da IE todos os profissionais de saúde que atuavam na área assistencial, dentre eles, médicos, farmacêuticos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e/ou farmácia, equipe multidisciplinar composta por: assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, e terapeutas ocupacionais. No período do presente estudo, havia 391 profissionais assistenciais contratados no Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB).

Critérios de Elegibilidade para participação da intervenção educativa

Inclusão: Profissionais da saúde com atuação na área assistencial das dependências do hospital durante o período da intervenção, nos turnos integral, matutino, vespertino e noturno, não havendo distinção da categoria profissional, gênero, idade, tempo de serviço e vínculo empregatício em outras instituições.

Exclusão: Profissionais em licença saúde ou afastamento por outros motivos que ultrapassasse o período da intervenção (três meses), residentes e estagiários. Também foram excluídos da tabulação de resultados, os profissionais da saúde que tenham faltado em pelo menos um módulo da IE, além daqueles profissionais que não tenham respondido o questionário depois da IE.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada em 5 de outubro de 2017 pelo Comitê de Ética de Pesquisa em humanos (CEP) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP (nº CAAE 70794717.9.0000.5426) (Anexo 1), mediante a anuência da diretoria do Hospital Estadual Américo Brasiliense para a realização do estudo (Anexo 2).

Foi solicitada a dispensa do Termo Livre e Esclarecido (TCLE) pelo CEP e foi aprovado. De acordo com o prazo estabelecido pelo comitê de ética para a entrega do relatório final (junho de 2018), o mesmo foi submetido em 19 de junho de 2018 e aprovado em 08 de novembro do mesmo ano.

Registro do estudo

O estudo foi registrado na plataforma do Ministério da Saúde, REBEC (Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos), cujo identificador é RBR-6bxq36.

Etapas do estudo

Fizeram parte do estudo as etapas de adaptação da IE, a aprovação pela diretoria da HEAB e do CEP, a divulgação da IE na instituição hospitalar, a contagem do número de notificações bem como a avaliação do preenchimento dessas e a realização da IE propriamente dita (Figura 2).

ETAPAS DO ESTUDO

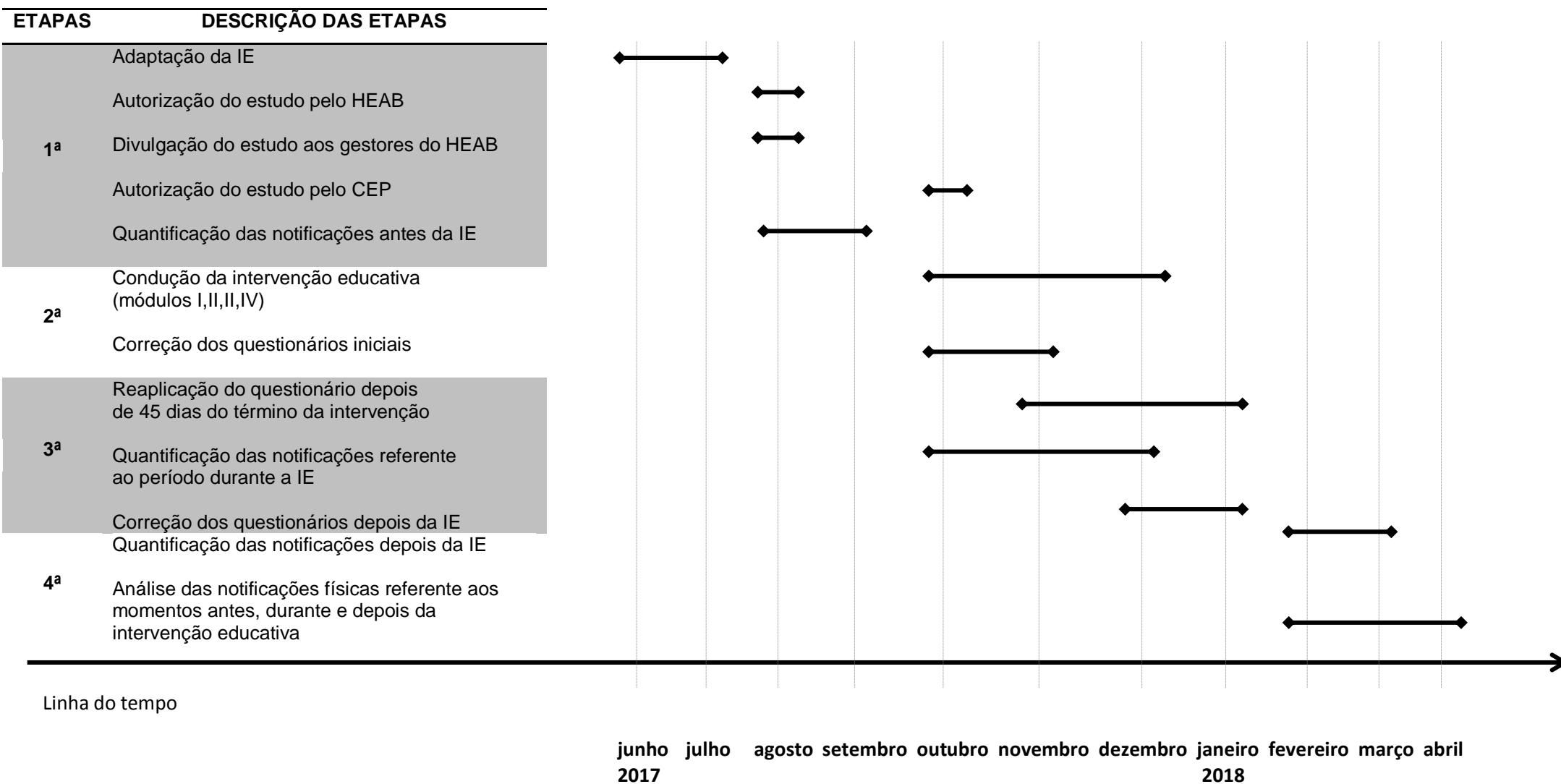


Figura 2. Descrição das etapas do estudo sobre intervenção educativa conduzida no Hospital Estadual Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.

Delineamento experimental da Intervenção Educativa

A IE para promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde ocorreu em um período de três meses, de outubro a dezembro de 2017, composta por quatro módulos (encontros) com duração de 60 minutos cada. A IE estava baseada em estudos realizados anteriormente e conduzido no mesmo local, que tinha por objetivo comparar conhecimento, habilidade e atitude dos profissionais da saúde sobre notificações relacionadas à farmacovigilância da instituição (VARALLO; PLANETA; MASTROIANNI, 2017).

Estudos que propõem ações de educação em saúde têm sido considerados relevantes para identificar se as metas estabelecidas por suas instituições estão sendo alcançadas, deste modo avaliá-las é um modo de produzir informações capazes de verificar dificuldades e modificar as práticas diárias nos centros de saúde (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2010). A realização da avaliação antes e depois é importante para comparar a fim de identificar e determinar o que os participantes estão fazendo diferente (MIZOI, 2010).

Diante disso o propósito da IE foi de mensurar o conhecimento basal sobre o que os profissionais sabem e fazem a respeito das notificações de incidentes e compara-los com o momento posterior à intervenção, além de verificar se a IE foi efetiva para a mudança de comportamento frente à realização das notificações.

Conteúdo da IE

Para mensurar a aplicabilidade da IE aos profissionais do HEAB, foi realizado um pré-treinamento nos meses de junho e julho de 2017 com alunos da graduação da faculdade de Ciências Farmacêuticas da Unesp com a finalidade de adaptação e adequação da IE. O pré-treinamento foi conduzido pela pesquisadora principal, sob a supervisão da docente-orientadora e da co-orientadora, farmacêutica clínica atuante na educação permanente do HEAB. Após os ajustes realizados, a IE estava composta conforme segue (Apêndice C):

Módulo I

Consistiu na aplicação de questionário (Apêndice A) antes do início da aula expositiva, com o intuito de mensurar o conhecimento e a habilidade basal dos profissionais da saúde referente à cultura da notificação de incidentes. O questionário de perguntas abertas estava composto por:

- Dados demográficos do profissional (iniciais do nome, gênero, profissão, ano de graduação, se cursou pós-graduação, tempo de serviço na instituição, tempo de serviço no atual setor/unidade da instituição, atuação em outros serviços concomitantemente)
- Um caso clínico que tratava de incidentes ocorridos na instituição e que seriam abordados durante a IE
- Onze perguntas relacionadas ao conhecimento sobre notificação bem como sobre o caso clínico

- Uma questão referente à atitude do profissional para identificar se o profissional já tinha realizado notificado alguma vez no período em que estava trabalhando

- Uma questão de escrita livre, para registrar qualquer comentário, sugestões, críticas, elogios, dentre outros.

Para elaboração do questionário, foi realizado levantamento bibliográfico e consultado as recomendações da ANVISA (ANVISA, 2015) e OMS (WHO, 2009) referente ao tema de notificações e segurança do paciente. Com relação às perguntas contidas no questionário utilizaram-se referências de outros trabalhos sobre notificação em farmacovigilância e segurança do paciente que utilizaram questionários validados (MILAGRES, 2015; TEIXEIRA, 2012; VARALLO; PLANETA; MASTROIANNI, 2017).

Após o término do preenchimento do questionário pelos profissionais, deu-se início a aula expositiva, cujos temas foram:

- Taxonomia e definições dos possíveis incidentes definidos pela OMS (“quase erro”, incidente com dano, incidente sem dano, circunstância de risco e graus de danos);

- Conceitos e exemplos de incidentes que podem ser notificados, considerando as metas da OMS, das quais: reduzir risco de quedas, reduzir risco de infecções associados aos cuidados em saúde, assegurar cirurgias segura, melhorar segurança de medicamentos principalmente aqueles de alta vigilância, melhorar a comunicação efetiva e identificar os pacientes corretamente;

- Apresentação da legislação que trata das notificações de incidentes e segurança do paciente, portaria MS nº 529 que rege o Programa Nacional de

Segurança do Paciente de 1º de Abril de 2013 e RDC nº 36 de Julho de 2013, ressaltando a importância da notificação;

- Explicação sobre o sistema de notificação, como, o quê, quando e quem pode notificar os incidentes;
- Definição de cultura de notificação e suas principais características (voluntária, não punitiva, confidencial);
- Benefícios e melhorias alcançadas através da prática da notificação;
- Contextualização sobre segurança do paciente, sua definição e o como as notificações impactam na cultura de segurança.

Módulos II e III

Conduziu-se uma dinâmica de grupo com os profissionais de saúde com o intuito de desenvolver habilidades relacionadas à identificação de incidentes e aos fatores que poderiam contribuir para ocorrência destes. O propósito destes módulos era de que os profissionais reconhecessem um incidente e descrevessem de forma adequada no formulário de notificação, melhorando o relato de incidentes.

Os incidentes trabalhados conforme metas da OMS foram: quedas, flebite, lesão por pressão adquirida na instituição e de origem externa, eventos cirúrgicos, identificação correta do paciente, perda de dispositivos invasivos, reação adversa ao medicamento, desvio da qualidade do medicamento e erros de medicação, como erros de prescrição, distribuição, preparo e de administração (Quadro 2).

Utilizou-se uma ferramenta da qualidade para a dinâmica com os profissionais, que foi a análise de causa raiz para investigação de incidentes,

através do método conhecido por Espinha de peixe, além do uso do PL, visto que estes instrumentos já são utilizados pelo gerenciamento de riscos da instituição.

O propósito de trabalhar com as ferramentas usualmente utilizadas na instituição foi de aproximar, inserir e reconhecer a importância que os profissionais têm no processo de gerenciamento de riscos através da notificação de incidentes realizadas por eles em suas rotinas diárias. Assim, houve apresentação de casos clínicos reais ocorridos na instituição para trabalhar os incidentes na dinâmica.

Para cada caso clínico apresentado, os profissionais deveriam reconhecer o tipo de incidente e elencar os fatores contribuintes envolvidos para sua ocorrência e citar medidas preventivas para que o incidente não ocorra. A aula expositiva com linguagem simples permitiu maior interação e participação dos profissionais a qualquer momento na dinâmica de grupo.

Quadro 2. Descrição dos incidentes abordados na intervenção educativa. Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.

INCIDENTES ASSITENCIAIS	DESCRIÇÃO
Quedas	Multifatorial, podendo ocorrer da própria altura, do leito, da poltrona, por efeito de medicamento ou inerente às características do paciente
Flebite	Inflamação da rede venosa ou arterial provocado mecanicamente, por uso de medicamentos veisicantes/irritantes ou devido à infecção bacteriana
Lesão por Pressão Adquirida	Adquirida na instituição, é uma lesão localizada na pele ou tecido subjacente, geralmente em proeminência óssea, como resultado de pressão ou combinado por atrito na região
Lesão por Pressão de Origem	Adquirida fora da instituição de saúde, é uma lesão localizada na pele ou tecido subjacente, geralmente em proeminência óssea, como resultado de pressão ou combinado por atrito na região
Eventos Cirúrgicos	Reabordagens, complicações, eventos anestésicos, checklist de cirurgia segura, relacionados à demarcação lateralidade, falta de instrumentos e processos administrativos, agendamento, preparo

(Continua)

(Continuação do Quadro 02)

INCIDENTES ASSISTENCIAIS	DESCRIÇÃO
Identificação correta do paciente	Corresponde à troca de nomes e de registro em documentação, como prescrição, ficha de exame, prontuário, pulseira falta de identificação em documentação do paciente
Perda de dispositivos invasivos	Incluem a perda de sonda nasoentérica (SNE), sonda vesical de demora (SVD) e tubo orotraqueal (TOT)
Reação Adversa a Medicamento (RAM)	Evento nocivo e não intencional que ocorre devido à utilização de medicamento em dose normalmente usadas em humanos para finalidade terapêutica, profilática ou diagnóstica
Desvio da Qualidade do Medicamento (DQM)	Afastamento dos parâmetros de qualidade pré-estabelecidos pela fabricante
Erros de Medicação (EM)	Envolve erros nas etapas da cadeia medicamentosa: prescrição, distribuição, preparo e administração de medicamentos

Fonte: OMS, 2004; RDC nº 36, 2013.

Módulo IV

O tema apresentado foi referente ao fluxo e ao sistema de notificação utilizado no hospital estadual Américo Brasiliense, além da explanação de como preencher a ficha de notificação de incidentes, considerando os critérios mínimos e imprescindíveis que devem constar na ficha de notificação, de acordo com Agência Nacional de Vigilância Sanitária e baseada na Classificação Internacional para Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (ANVISA, 2015; WHO, 2009).

Para tal foi reapresentado o mesmo caso clínico constante no questionário, a qual os profissionais deveriam apontar os itens que deveriam ser descritos na ficha de notificação. Também foram realizadas discussões acerca do tema com esclarecimento de dúvidas e para o encerramento do curso (intervenção

educativa) foi apresentado vídeo sobre segurança do paciente disponível no site do Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP).

Após 45 dias do término do último módulo (IV) da IE, reaplicou-se o mesmo questionário aos profissionais da saúde como forma de avaliar o desempenho quanto à IE em dois momentos, antes e depois. Para isso, foi solicitada a presença dos profissionais à coordenação pela pesquisadora, a qual os reuniu em pequenas salas de reuniões, preferencialmente próximas aos seus postos de trabalho, para aplicação do questionário.

A reaplicação de testes ou questionários espaçados ao longo do tempo faz com que ocorra a redução do viés de memória e promova melhora na retenção de informação (LARSEN; BUTLER; ROEDIGER, 2008; PASTURA; SANTORO-LOPES, 2013). O viés de memória está relacionado ao efeito da recenticidade, na qual a memória do profissional está associada a fatos recentes, ou seja, se aplicado o questionário logo após o término do curso, pode ocorrer uma tendência do profissional responder as questões de forma assertiva, visto que as informações foram passadas recentemente (PASTURA; SANTORO-LOPES, 2013).

O uso de questionários ou avaliações aplicados em um espaçamento de tempo após a apresentação de uma aula expositiva ou palestras possui efeitos diretos no aprendizado, uma vez que estudos em educação médica descrevem que depois de os alunos ouvirem uma explicação sobre determinado tema e respondem às perguntas referentes ao assunto apresentado fornece maior retenção de conhecimento do que se os alunos estudassem de forma aprofundada o assunto depois da explicação dada (LARSEN; BUTLER; ROEDIGER, 2008).

O armazenamento de informações na memória a longo prazo, que é a fase de retenção na aprendizagem, pode ser recuperada facilmente com um pequeno estímulo, pois a retenção do aprendizado relaciona-se com a “ativação” de informações já processadas e consolidadas, quando há esforço em recuperá-las (MIZOI, 2010; RUEDA; SISTO, 2009).

Materiais e recursos utilizados na IE

Para a realização da IE foi necessária a utilização de retroprojektor, pois todos os módulos (I, II, III e IV) foram apresentados através de slides. Também foi utilizada a ficha de notificação de incidentes assistenciais do HEAB, disponibilizada pelo gerenciamento de risco da instituição (Anexo 3).

Para dar encerramento à IE, no último módulo foi apresentado aos profissionais um vídeo sobre eventos adversos e segurança do paciente, do Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente, IBSP, disponível no site: <https://www.segurancadopaciente.com.br/servicos/>.

Programação da IE

- Período e método de recrutamento

Após a autorização da pesquisa pela direção do HEAB (agosto de 2017), realizou-se uma breve apresentação do estudo aos gestores do hospital (farmácia, enfermagem, UTI, centro cirúrgico, equipe multidisciplinar) com o objetivo de explicar o tema da intervenção, esclarecer seus objetivos e os

resultados esperados, além de divulgar o curso entre os profissionais da instituição.

Com a finalidade de recrutar maior número de profissionais possíveis e sem prejudicar a assistência aos pacientes hospitalizados, foi apresentado um modelo de cronograma aos gestores de cada área, a qual foi adequada à necessidade de cada setor e assim elaborada um cronograma real para execução da mesma, com o auxílio dos gestores.

Após a autorização da pesquisa pelo CEP, ocorreu a alocação dos profissionais para a participação na IE, realizada pela pesquisadora junto aos gestores/coordenadores que, de acordo com a escala de trabalho dos profissionais, foram disponibilizados os nomes dos participantes e definiram-se os dias e horários de participação de cada profissional na IE.

Portanto, deu-se seguimento a alocação por conveniência dos profissionais recrutados, respeitando o turno de trabalho de cada um deles, ou seja, o profissional não teve que despender tempo além do expediente para realizar o curso, visto que a intervenção foi realizada no período laboral.

Não houve limite de participação pré-estabelecido com relação ao número de profissionais nos módulos. Foi preconizado unicamente que o profissional respeitasse a sequência dos módulos assistidos. Com uma semana de antecedência à IE, foi entregue, pessoalmente, a todos os profissionais recrutados, uma carta-convite contendo os dias e os horários a qual foram escalados para participarem da IE (Apêndice B).

Os dois primeiros meses foram designados aos profissionais dos turnos matutinos e vespertinos devido à maior quantidade e o último mês foi realizado para os profissionais que trabalhavam no período noturno. Os quatros módulos

que contemplaram a IE foram promovidos em dias alternados devido às folgas dos profissionais durante a semana, portanto a conclusão da intervenção correu em duas semanas. Pensando na maior adesão do profissional na intervenção foi oferecido um dia da semana, às sextas-feiras para reposição de algum módulo em caso de perda.

Como a IE era de interesse institucional no que se refere à capacitação profissional, durante os dois meses em que a intervenção ocorreu, para os colaboradores dos turnos da manhã e tarde, houve a precaução por parte do setor de educação permanente em não agendar outros treinamentos e capacitações que pudessem ocorrer concomitantemente nos mesmos dias e horários da intervenção. Entendeu-se que desta forma não haveria prejuízo para outras atividades do hospital e nem para o presente estudo, no que diz respeito à quantidade de participantes.

Em todos os módulos, cada participante foi convidado a assinar duas listas de presença, uma da pesquisadora e outra da instituição, a fim de garantir o controle das frequências nos módulos e posteriormente beneficiá-los com certificados de participação e conclusão do curso, motivando-os, dessa forma, o compromisso com cada encontro da intervenção.

Os horários estabelecidos para a realização dos módulos da IE, pelos coordenadores em comum acordo com a pesquisadora, bem como a distribuição dos módulos durante as duas semanas são apresentados a seguir:

Quadro 3. Distribuição dos módulos da intervenção educativa conforme dias, horários e turmas. Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.

1ª SEMANA DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA						
Turmas	Horários	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
M1	10:00 às 11:00	Módulo I	Módulo I	Módulo II	Módulo II	Reposição
T1	14:00 às 15:00	Módulo I	Módulo I	Módulo II	Módulo II	Reposição
T2	16:00 às 17:00	Módulo I	Módulo I	Módulo II	Módulo II	Reposição
N1	23:00 às 00:00	Módulo I	Módulo I	Módulo II	Módulo II	Reposição
N2	00:00 às 01:00	Módulo I	Módulo I	Módulo II	Módulo II	Reposição
2ª SEMANA DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA						
Turmas	Horários	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
M1	10:00 às 11:00	Módulo III	Módulo III	Módulo IV	Módulo IV	Reposição
T1	14:00 às 15:00	Módulo III	Módulo III	Módulo IV	Módulo IV	Reposição
T2	16:00 às 17:00	Módulo III	Módulo III	Módulo IV	Módulo IV	Reposição
N1	23:00 às 00:00	Módulo III	Módulo III	Módulo IV	Módulo IV	Reposição
N2	00:00 às 01:00	Módulo III	Módulo III	Módulo IV	Módulo IV	Reposição

Turmas formadas para participação na IE

M1: manhã 1; **T1:** tarde 1; **T2:** tarde 2; **N1:** Noturno 1; **N2:** Noturno 2

Aplicação da IE aos profissionais da saúde

Todos os módulos da IE foram conduzidos pela pesquisadora principal com supervisão da farmacêutica do setor de educação permanente (EP) da instituição, realizada em salas de reuniões previamente agendadas. Foi dada a devida atenção para que o curso seja sempre no mesmo local, com a finalidade de que não houvesse desgaste dos colaboradores participantes em procurar qual seria o local da IE, garantindo assim menor evasão dos mesmos.

O questionário utilizado na IE estava baseado em estudos anteriores (VARALLO; PLANETA; MASTROIANNI, 2017; MILAGRES, 2015), nos quais foi observada um ganho de conhecimento entre os participantes da pesquisa. Com relação ao tempo de preenchimento dos questionários aplicados nos momentos antes e depois da IE, não foi determinado um tempo para responder o mesmo, visto que, se fosse estipulado, este fator poderia ter influenciado na resposta, uma vez que o profissional poderia se sentir pressionado a terminar em um tempo estabelecido. Também, foi vedada a consulta de qualquer material para responder às questões.

Mudanças planejadas e não planejadas na IE

Não houve mudanças planejadas na IE, embora tenha ocorrido alteração não planejada do horário e das turmas formadas para o período da manhã. Inicialmente, foram propostos dois horários para cada turno de trabalho (manhã, tarde e noite) para a participação dos profissionais na intervenção educativa. No entanto, foi sugerida uma alteração de horário ou exclusão de turma pelos gestores do hospital, devido à inviabilidade do primeiro horário do turno matutino (08:00h - 09:00h), de acordo com as atividades assistenciais realizadas pelos profissionais desse turno. Sendo assim, foi retirado o primeiro horário da IE no cronograma e foi mantida apenas uma turma para o período matutino (Quadro 3).

Avaliação da efetividade da IE

A avaliação do conhecimento sobre notificação estavam relacionados aos conteúdos ministrados nos módulos I,II,III e IV da IE. As palavras sublinhadas no quadro a seguir correspondem às palavras-chave utilizadas para avaliação por meio de comparação antes e depois.

Quadro 4. Respostas consideradas padrão-ouro para avaliar conhecimento na IE

Variáveis de conhecimento	Resposta padrão-ouro
Dano	<u>Comprometimento da estrutura ou função do corpo</u> e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se <u>doenças, lesão sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção</u> podendo ser físico, social ou psicológico.
Incidente	Evento ou circunstancia que <u>poderia ter resultado</u> , ou <u>resultou</u> em <u>dano desnecessário</u> ao paciente.
Circunstância de risco	Incidente com <u>potencial dano ou lesão</u> .
Near miss	Incidente que <u>não atingiu</u> o paciente
Incidente sem dano	Incidente <u>que atingiu</u> o paciente, mas <u>não causou</u> dano.
Incidente com dano (Evento adverso)	Incidente que <u>resulta</u> em <u>dano</u> ao paciente.
Importância da notificação	<u>Redução risco</u> , benefícios à instituição, <u>prevenir ou moderar</u> a progressão de um incidente, <u>ações de melhoria</u> para compensar qualquer dano ao paciente <u>após um incidente</u>
O que notificar	<u>Circunstância de risco, quase erro, qualquer incidente com ou sem dano, relacionados aos indicadores da OMS (eventos adversos a medicamentos - erros de medicação; desvio da qualidade; reação adversa ao medicamento-, identificação correta do paciente, cirurgia segura, prevenção de infecções (corrente sanguínea), cuidado no manejo de injeções -flebite e perda de cateter central), segurança com pacientes idosos hospitalizados e prevenção de lesão por pressão; perda de dispositivos invasivos.</u>
Quem pode notificar	Qualquer <u>profissional da área da saúde, paciente, familiares, cuidadores, acompanhantes</u>

(Continua)

(Continuação do Quadro 04)

Variáveis de conhecimento	Resposta Padrão-ouro
Fatores que contribuem para ocorrência de EA	Relacionados <u>ao paciente, ao profissional (humanos), ao ambiente de trabalho (sistêmico), relacionados à tarefas, à instituição, à gestão e à equipe</u>
Itens mínimos que devem ser preenchidos	Identificação do paciente, tipo de incidente, data do incidente, local do incidente, período em que ocorreu, fase da assistência do incidente (durante exame diagnóstico, laboratorial, recepção, alta), se houve dano ao paciente, se houve anotação em prontuário, descrição e fatores que contribuíram para o incidente
Itens necessários que devem ser preenchidos	Data da notificação, setor onde a notificação foi realizada, ações imediatas após a ocorrência do incidente, estratificação prévia para prevenção do incidente
Itens informativos que devem ser preenchidos	Nome do notificador, ações planejadas

Fonte: OMS, 2004; RDC nº 36 de Julho de 2013; ANVISA, 2015

Para avaliar a habilidade foram analisados os itens preenchidos na ficha de notificação pelos profissionais de saúde, conforme preconiza a Anvisa e a OMS (Quadro 05) e conforme orientações sobre os dados relevantes que devem constar nas notificações, preconizadas pela instituição (Anexo 03).

Quadro 5. Itens avaliados quanto à habilidade de preenchimento da ficha de notificação

Itens imprescindíveis	Incidentes assistenciais	RAM	DQM
Identificação paciente	✓	✓	
Tipo de incidente (sem dano, com dano, quase evento, circunstância de risco)	✓	✓	✓
Data do evento	✓	✓	✓
Local do evento	✓	✓	✓
Período do evento	✓	✓	
Fase da assistência em que o incidente ocorreu (alta hospitalar, durante exames diagnósticos, transferência, na admissão)	✓	✓	✓
Se paciente foi acometido por dano	✓	✓	✓
Se houve anotação do incidente em prontuário	✓	✓	✓
Descrição do evento:	✓		
Nome do medicamento suspeito	✓	✓	✓

(Continua)

(Continuação do Quadro 05)

Itens imprescindíveis	Incidentes assistenciais	RAM	DQM
Características clínicas do paciente		✓	
Medicamentos usados concomitantemente	✓	✓	
Se houve necessidade de tratamento	✓	✓	
Fabricante do medicamento		✓	✓
Número de lote do medicamento		✓	✓
Data de validade do medicamento		✓	✓
Fatores contribuintes	✓	✓	
Itens necessários	Incidentes assistenciais	RAM	DQM
Data da notificação	✓	✓	✓
Setor notificante	✓	✓	✓
Ações adotadas imediatamente após o evento	✓	✓	✓
Estratificação de risco para prevenção do evento	✓	✓	
Itens informativos	Incidentes assistenciais	RAM	DQM
Nome de quem realiza a notificação	✓	✓	✓
Ações planejadas para prevenir eventos semelhantes futuramente	✓	✓	

Fonte: OMS, 2009; ANVISA, 2015

Quanto à avaliação da atitude, considerou-se a realização de notificações estratificada pelos tipos de incidentes, uma vez que foram abordados nos módulos da IE, sendo eles: queda, flebite, lesão por pressão adquirida e de origem externa, eventos cirúrgicos, identificação correta do paciente, perdas de dispositivos invasivos, reação adversa ao medicamento, desvio da qualidade de medicamento e erros de medicação.

É importante ressaltar que a coleta de dados referente às notificações correspondeu a um período de nove meses e que a realização da tabulação referente ao período durante a IE, tanto para habilidade quanto para a atitude foi realizada com o intuito de verificar se houve alguma mudança no decorrer da IE para aqueles profissionais que já haviam terminado a IE, visto que a intervenção era concluída em duas semanas.

O método de análise por comparação das respostas dos profissionais por meio de palavras-chaves contidas na resposta padrão-ouro foi realizada

considerando a escrita da própria palavra-chave, como também sinônimos além da interpretação semântica.

Para a escolha dos testes estatísticos empregados, levou-se em consideração o comportamento dos dados, avaliados pelo teste estatístico de normalidade, *Kolmogorov-Smirnov*.

É apresentado a seguir um quadro descritivo sobre avaliação da efetividade da IE.

Quadro 6. Descrição da metodologia utilizada para avaliação da efetividade da intervenção educativa. Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.

	CONHECIMENTO	HABILIDADE	ATITUDE
VARIÁVEIS ANALISADAS	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de evento adverso - Tipos de incidentes que podem ser notificados - Fatores contribuintes para os incidentes - O que pode ser notificado - Que pode realizar a notificação - Importância da notificação - Itens informativos, necessários e imprescindíveis que devem ser preenchidos na ficha de notificação 	<p>Quantidade de itens preenchidos na ficha de notificação do HEAB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Itens imprescindíveis: 10 - Itens necessários: 04 - Itens informativos: 02 	Número absoluto de notificações *
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO	Referências da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a legislação brasileira (RDC nº 36 de julho de 2013) (Quadro 4)	Análise das notificações a partir das referências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Classificação Internacional para Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (Quadro 5).	Banco de dados da instituição (gerenciamento de riscos)
MÉTODO	Comparação antes e depois de acordo com resposta padrão	Comparação da escrita das notificações antes, durante e depois da intervenção educativa	Comparação da quantidade de notificações antes, durante e depois da intervenção educativa

(Continua)

(Continuação do Quadro 06)

	CONHECIMENTO		HABILIDADE	ATITUDE
MEDIDAS DE RESULTADO	Notas globais obtidas nos questionários: valor de 0,0 a 10,0 pontos	Conceitos globais obtidos nos questionários: Satisfatório, Regular e Insatisfatório	Notas globais para cada incidente: Valor de 0,0 a 10,0 pontos	Incidência das notificações pelo número de hospitalizações (%)
PERÍODO REFERENTE À COLETA DE DADOS	Antes da IE (início módulo I) Após 45 dias do término do último módulo (IV) da IE		Antes do início da IE (de julho a setembro de 2017) Durante a IE (três meses, de outubro a dezembro de 2017) Depois do término da IE (três meses, de janeiro a março de 2018)	
ANÁLISE ESTATÍSTICA	t-student para amostras pareadas	Wilcoxon para amostras Pareadas	ANOVA para amostras repetidas	
IC: 95% p valor < 0,05	Programa utilizado: Software R Core Team (2015): A Language and environment for statistical computing		Programa utilizado: BioEstat versão 5.3	Programa utilizado: BioEstat versão 5.3 e Socscistatistics

Medidas de resultados: Obtenção de notas e conceitos

Com relação ao conhecimento, a estrutura das questões com perguntas abertas que exigiu resposta dissertativa do profissional permitiu mensurar o real conhecimento dos mesmos por meio da análise e tabulação das palavras-chaves respondidas antes e depois, fato este que não poderia ser considerado em questões de múltipla escolha ou em questionários com escala do tipo *linkert*, visto que o profissional poderia acertar a questão pela escolha da resposta ao acaso (CHAER; DINIZ; RIBEIRO, 2012).

Como o questionário estava estruturado em 11 questões dissertativas acerca do conhecimento sobre notificação de incidentes, foi atribuída uma pontuação mínima e máxima (0,0 – 10,0 pontos). Portanto, cada questão valia 0,9 pontos, totalizando, assim, valor máximo de 9,90 pontos. O questionário continha uma questão sobre atitude (questão nº 10), que independente da resposta do profissional foi atribuída 0,10 ponto para a questão para totalizar 10,00 pontos no máximo (nota global).

Os conceitos foram concedidos conforme a nota global alcançada nos questionários antes e depois da intervenção, como forma de mensurar o aproveitamento que o profissional obteve na IE. Uma pontuação inferior a 5,0 correspondia ao conceito insatisfatório; de 5,0 a 7,5 o conceito regular e acima de 7,5 pontos atribuiu-se conceito satisfatório (VARALLO; PLANETA; MASTROIANNI, 2017).

Quanto à habilidade, cada notificação recebeu uma nota de 0,0 a 10,0; sendo que para alcançar essa nota final, foi atribuída uma nota, também de 0,0

a 10,0 pontos, para cada campo conforme o preenchimento desses, apresentados a seguir:

Regras de três para cada campo:

Informativo	Necessário	Imprescindível
2 itens---10,0 pontos	4 itens---10,0 pontos	10itens---10,0pontos
1 item---X	2 itens--- Y	7 itens--- Z
X= 5,0	Y= 5,0	Z= 7,0

Nota global de 1 notificação
(média das notas obtidas em cada campo)

$$\frac{5,0+5,0+7,0}{03} = 5,6$$

Portanto, a nota global por incidente correspondeu à média de todas as notas globais obtidas em cada notificação (média das notas), pelo número de notificações em cada período analisado.

Para mensurar a atitude, foi realizado cálculo da taxa de incidência das notificações recebidas pelo número de hospitalizações nos três períodos, através da seguinte fórmula:

$$\% \text{ incidência de notificação} = \frac{(\text{n}^\circ \text{ total de notificações por período})}{(\text{total de n}^\circ \text{ hospitalizações por período})} \times 100$$

Viés metodológico

De seleção

O tipo de alocação da amostra foi por conveniência, portanto não foi realizado cálculo do tamanho amostral, visto que a intenção da proposta da IE, como um curso de capacitação era de que todos, ou grande parte dos profissionais assistenciais participassem, uma vez que houve a liberação dos mesmos pelos seus gestores. Foi dada preferência para este tipo de método de alocação considerando o desenho do estudo (pré e pós-intervenção), pois se entendeu que não haveria quebra de princípios éticos pelo não beneficiamento na aquisição de conhecimentos para o grupo controle, caso fosse um ensaio clínico randomizado.

De informação

Embora as correções dos questionários sobre conhecimento tenham sido realizadas pela pesquisadora principal nos dois momentos da IE (antes e depois), esses não continham o nome completo do profissional que respondeu o questionário em ambos os momentos, pois foram atribuídas identificações numéricas, além de conterem somente as iniciais do nome do participante.

Além do mais, a correção dos questionários foi realizada em momentos diferentes e de forma não pareada, isto é, corrigiram-se todos os questionários respondidos logo no início da intervenção (outubro de 2017) e logo após a reaplicação dos mesmos (janeiro 2018).

A identificação numérica dos participantes no questionário permitiu o correto pareamento, a fim de comparar as respostas dadas pelos profissionais antes e depois da intervenção, já que foram corrigidos em momentos diferentes.

Os resultados apresentados referem-se somente àqueles profissionais que participaram de todos os módulos da IE e responderam o questionário antes e depois.

5. RESULTADOS

Participantes

Durante o período que compreendeu a IE, havia 698 profissionais contratados na instituição, dos quais 391 atuavam na área assistencial e foram considerados elegíveis a participar da IE. Os profissionais não incluídos na IE corresponderam ao número de 35, devido estar em período de licença saúde ou em afastamento nos meses em que ocorreu a IE (três meses ou mais). Assim, 356 profissionais contemplaram os critérios de inclusão. Desses, foram excluídos 292 profissionais, por não terem comparecido aos quatro módulos, por faltarem em pelo menos um módulo e porque não responderam ao questionário no final da intervenção. Portanto, a amostra do estudo correspondeu a 99 profissionais da área assistencial da instituição (Figura 3).

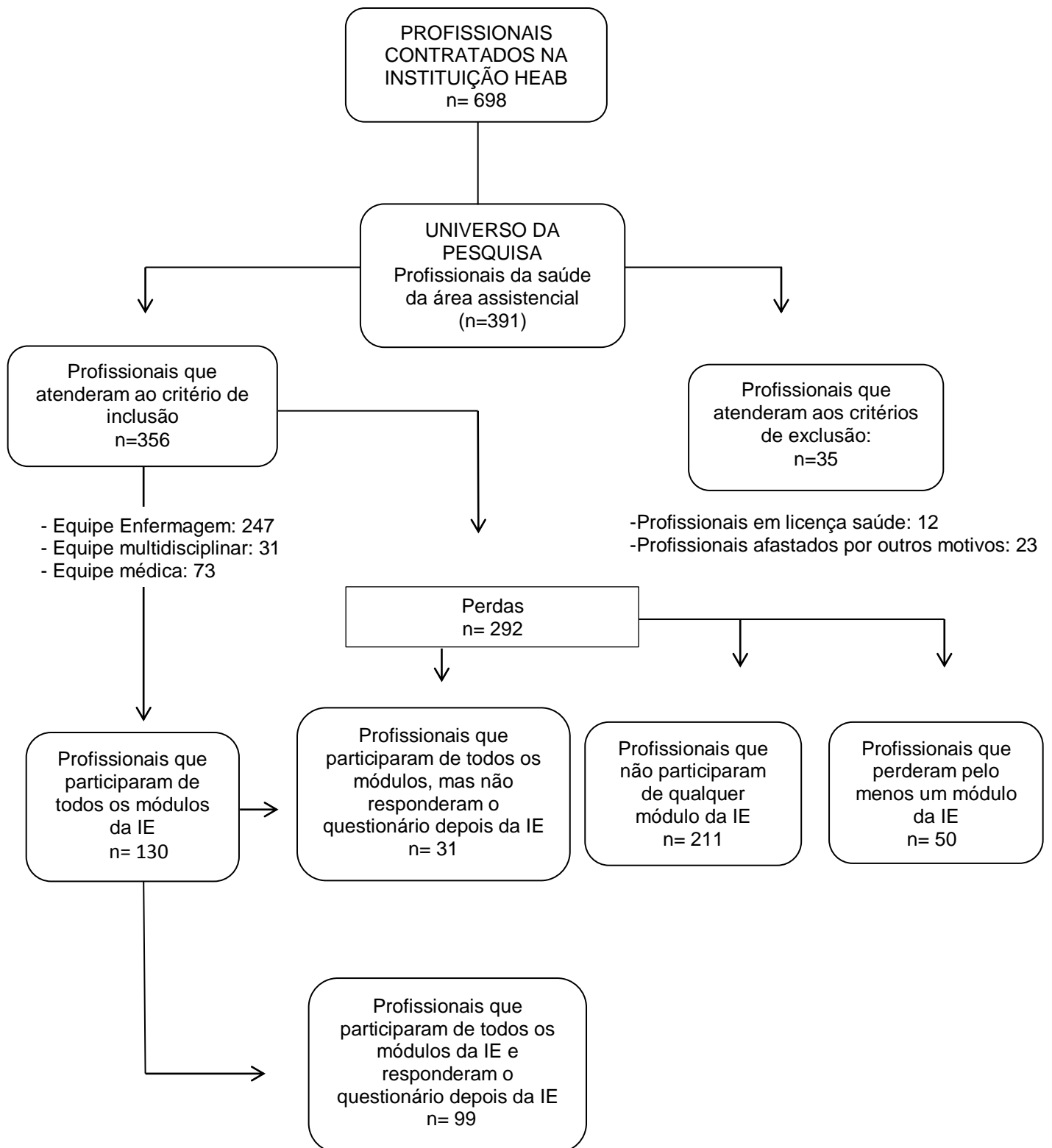


Figura 3. Fluxograma de caracterização da amostra na intervenção educativa. Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.

Participaram de pelo menos um módulo da IE, 180 profissionais. Todos os profissionais que compunham a categoria de nutrição e dietética, assim como os profissionais psicólogos frequentaram todos os módulos da IE (3/3). Da mesma forma, os profissionais farmacêuticos, fonoaudiólogos e assistentes sociais obtiveram taxa de 3/4 de adesão. Dentre os doze fisioterapeutas, sete participaram da IE.

Baixa adesão foi observada na equipe de enfermagem, dentre eles enfermeiros e técnicos (17/53) e 29,4% (57/194), respectivamente. A classe médica foi a que menos participou, (3/73) (Tabela 01).

Tabela 1. Adesão dos profissionais à intervenção educativa, estratificado por categoria profissional. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Profissionais Assistenciais (n= 391)	Elegíveis (n= 356)	Participação Geral nas IE (n= 180)	Participaram de todos os módulos (n= 130)	Concluíram os 4 módulos e responderam questionário antes e depois da IE (n=99)	Excluídos (não concluíram ou não realizaram o curso) (n= 292)
Médicos	86	73	06	04	03	83
Enfermeiros	54	53	30	21	17	37
Técnicos de enfermagem	213	194	115	79	57	156
Farmacêuticos	04	04	04	03	03	01
Nutricionista	03	03	03	03	03	00
Fisioterapeuta	12	12	11	10	07	05
Fonoaudiólogo	04	04	03	03	03	01
Assistente Social	04	04	03	03	03	01
Psicólogo	04	02	02	02	02	02
Terapeuta Ocupacional	02	02	02	01	00	02
Gestores da área assistencial	05	05	01	01	01	04

IE: Intervenção Educativa

Perfil dos participantes que concluíram a IE (n=99)

Os profissionais que concluíram a IE se identificaram como técnicos de enfermagem 57,6% (57/99), 17% (17/99) como enfermeiros (as), 3% como

médicos (3/99) e 22,2% (22/99) compunham a equipe multidisciplinar; a maioria, 89,9% (89/99), era do sexo feminino. Quanto ao tempo de contratação no hospital, aproximadamente 40% (39/99) disseram trabalhar entre 6 a 10 anos e 14% (14/99) trabalhavam há menos de um ano. Responderam atuar em outros serviços, 36,4% dos participantes (36/99).

Dos 99 profissionais que concluíram toda a IE, 42,4% (42/99) trabalhava no plantão diurno, 24,2% (24/99) trabalhavam no turno vespertino, 25,3% (25/99) no turno noturno e 8% (8/99) no integral.

O tempo que os profissionais despenderam para responder as perguntas do questionário antes do início da aula expositiva do módulo I foi de aproximadamente quarenta minutos, enquanto que na segunda aplicação do mesmo questionário, o tempo de preenchimento foi de aproximadamente vinte e cinco minutos.

Perfil dos participantes que não concluíram a IE (n=81)

Os profissionais que deixaram de concluir a IE por não responder o questionário no segundo momento (n=31) ou por faltaram em alguns dos módulos propostos na IE (n=50) foram caracterizados como 60,5% (49/81) como técnicos de enfermagem; 24,7% (20/81) como enfermeiros (as); 3,7% (3/81) como médicos e 10% (8/81) da equipe multidisciplinar. Somente um profissional não preencheu os dados demográficos e não foi possível caracterizá-lo; 85,2% (69/81) dos profissionais eram do sexo feminino. Disseram trabalhar na instituição entre 6 a 10 anos aproximadamente 47% (38/81), entre 1 a 5 anos aproximadamente 40% (29/81), e há menos de 1 ano

17,3% (14/81). Somente 15% (12/81) dos profissionais responderam atuarem em outros serviços.

Daqueles profissionais que participaram dos 4 módulos, mas deixaram de responder ao segundo questionário (n=31), aproximadamente 30% (9/31) correspondeu ao turno matutino, 22,6% (7/31) ao turno vespertino e 48,4% (15/31) ao turno noturno. Quanto ao turno integral, não houve desistentes; todos os profissionais que participaram dos 4 módulos, responderam ao questionário depois da IE.

Análise das notas e conceitos nos questionários

De acordo com o cálculo estatístico adotado para avaliar o conhecimento, no que diz respeito às notas globais dos questionários, no momento anterior a média da nota global foi de 5,30 e depois da intervenção foi de 6,36. Foi observado ligeiro aumento na média, a qual gerou um resultado significativo (IC 95%; p valor= 0,0001).

No que se refere ao conceito global obtido no questionário, aproximadamente 13% (13/99) dos profissionais obtiveram conceito satisfatório antes da intervenção, enquanto que o número de profissionais com conceito satisfatório depois da IE foi de 39,4% (39/99). Quanto ao conceito regular, taxa de 58,6% (58/99) de profissionais representa este conceito antes da intervenção e 52,5% (52/99) depois da IE. Referente ao conceito insatisfatório houve queda do número total de profissionais que obtiveram este conceito em seus questionários, sendo 27,3% (27/99) dos profissionais no momento antes da intervenção e apenas 8,1% (8/99) depois da IE.

Quando feita uma correlação entre as médias das notas e os conceitos, nos dois momentos, antes e depois, os profissionais se mantiveram com o mesmo conceito, a regular. Isto pode ser explicado pelo fato que, embora tenha havido profissionais que mudaram de conceito regular para o satisfatório depois da intervenção (n=26), o número de profissionais que mantiveram o conceito regular, tanto antes quanto depois da intervenção, foi maior (n=33).

Além disso, o total de profissionais que mudaram de conceito insatisfatório para regular, depois da intervenção também foi maior (n=19) com relação àqueles profissionais que mantiveram seu conceito satisfatório nos dois momentos da intervenção (n=13). Portanto, embora tenha havido aumento na média da nota global, e considerando as mudanças de conceito bem como a manutenção dos mesmos, houve número maior de profissionais que ficaram com conceito regular (n=52) do que aqueles que ficaram com o conceito satisfatório (n= 39), depois da IE.

Ainda, sobre conceitos globais obtidos nos questionários, a melhora do conceito foi observada em 45 profissionais da saúde, enquanto que 54 não obtiveram melhora nem piora, ou seja, mantiveram seus conceitos inalterados e nenhum profissional piorou no conceito global depois da IE, quando comparados ao momento anterior.

A melhora no conceito está relacionada às mudanças do conceito insatisfatório para satisfatório, de regular para satisfatório e de insatisfatório para regular. Da mesma forma, a piora do conceito está relacionada à alteração do conceito satisfatório para insatisfatório, regular para insatisfatório e satisfatório para regular.

Quanto aos conceitos obtidos nas questões do questionário nos dois momentos da avaliação, foi possível observar aumento do número de profissionais que responderam de forma correta cada questão acerca do conhecimento de notificações de incidentes depois da IE em relação ao momento anterior da intervenção.

Portanto, houve um aproveitamento satisfatório dos profissionais depois da IE relacionada ao conhecimento. Qualitativamente, as respostas passaram a ser mais completas quando comparadas ao padrão – ouro (Tabela 02).

Os dados da Tabela 03 mostram que também houve acréscimo de conhecimento quanto ao correto preenchimento do formulário de notificação (habilidade de preenchimento), observadas diferenças significativas nos campos imprescindíveis ($p=0,0001$), e informativos ($p=0,0446$), na qual maior número de profissionais demonstrou conhecimento do que preencher na ficha de notificação de incidentes, depois da IE quando comparados ao momento sem a intervenção.

Mesmo sem relevância estatística na questão sobre itens necessários a serem preenchidos ($p=0,2586$), e embora o número de profissionais que acertaram esta questão se manteve constante nos dois momentos (antes e depois), houve redução no número de profissionais que responderam incorretamente esta questão depois da intervenção em relação ao momento anterior.

Partindo da análise da mesma variável, estratificado por categorias profissionais, obteve-se resultado significativo apenas para os profissionais técnicos de enfermagem ($p=0,0001$), evidenciado pela diminuição do número

de profissionais que responderam erroneamente o que deveria ser preenchido na ficha de notificação depois da IE (Tabela 04).

Tabela 2. Exemplos de respostas contidas nos questionários, dados numéricos de profissionais quanto aos conceitos obtidos frente ao aproveitamento da intervenção educativa sobre o conhecimento de notificação de incidentes nos momentos antes e depois. Américo Brasiliense – SP (Brasil), 2017.

VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO	RESPOSTA PADRÃO	EXEMPLO DE RESPOSTAS		CONCEITOS OBTIDOS ANTES			CONCEITOS OBTIDOS DEPOIS			TOTAL (n)	Dado estatístico* p-valor
		ANTES	DEPOIS	S (n)	R (n)	I (n)	S (n)	R (n)	I (n)		
O que é evento adverso?	Qualquer incidente que resulta em dano ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> -Eventos não esperados -Eventos que podem ser evitados -Efeito esperado, mas não desejado - Evento indesejado ao uso de medicamento -Tudo ao contrário do esperado -Situação fora da rotina - Qualquer ocorrência que pode causar dano ou não 	<ul style="list-style-type: none"> -Todo acontecimento que pode causar dano ao paciente - Tudo que pode levar/causar dano ao paciente 	08	52	39	27	59	13	99	0,0001
O que pode ser notificado?	Qualquer suspeita de incidentes assistenciais relacionados aos indicadores da OMS e/ou circunstâncias de riscos, independente do grau do dano	<ul style="list-style-type: none"> - Tudo - Só os eventos que causam danos - todos os eventos adversos - Tudo que achar incorreto - Situações fora do planejado - Somente reações adversas ao uso de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Todo tipo de evento, com ou sem dano - Toda ocorrência não planejada com ou sem dano ao paciente - Qualquer situação suscetível a danos ou risco ao paciente -Produtos, instrumentos e eventos que não funcionam e que coloque o paciente em risco 	24	49	19	46	45	01	92	0,0001
Quem pode notificar os incidentes?	Qualquer profissional da área da saúde, pacientes, familiares, acompanhantes	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros -Equipe de enfermagem e enfermeiros - Qualquer funcionário -Profissionais que cuidam do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os profissionais da saúde - membros da equipe - Todos os profissionais que trabalham no hospital - Qualquer profissional 	84	00	11	91	00	04	95	0,010

(Continua)

(Continuação da Tabela 02)

VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO	RESPOSTA PADRÃO	EXEMPLO DE RESPOSTAS ANTES DA IE	EXEMPLO DE RESPOSTA DEPOIS DA IE	S (n)	R (n)	I (n)	S (n)	R (n)	I (n)	TOTAL (n)	Dado estatístico P valor *
Quais fatores contribuintes para incidentes assistenciais?	Fatores relacionados ao paciente, ao profissional de saúde, ao ambiente de trabalho, relacionados à equipe, tarefas, institucionais, organizacionais e de gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de informação geral do paciente - Falta de checagem se paciente necessita restrição - Falta de treinamentos - Avaliar condições gerais do paciente - Acompanhante despreparado ou a falta deste - Falha da equipe de limpeza 	<ul style="list-style-type: none"> - Não checagem da identificação do paciente - Desrespeitar alergia do paciente - Não elevar grades do leito - Não se atentar ao chão molhado - Falta de atenção do colaborador - Número reduzido de funcionários - Não testar equipamentos antes 	19	41	30	34	32	24	90	0,011
Incidentes assistenciais que deveriam ser identificados	Queda, lesão por pressão, flebite, falha na identificação do paciente, reação adversa ao medicamento, perda de dispositivo invasivo, desvio da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de mudança de decúbito - AVP vencido - Chão molhado - Falta de informação - Paciente com nomes parecidos - Ficar atento à alergia do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Falha no equipamento (DQ) - Extubação acidental - Queda - Flebite - Escara - Reação alérgica 	05	25	59	26	16	47	89	0,0001

S= Satisfatório; R= Regular; I= Insatisfatório

(n) = Número de profissionais que responderam a questão

* teste Wilcoxon para amostras pareadas (IC 95%) com resultado significativo para p valor <0,05

Tabela 3. Exemplos de itens assinalados nos questionários, dados numéricos de profissionais e conceitos obtidos quanto ao aproveitamento da intervenção educativa sobre o conhecimento acerca do preenchimento da ficha de notificação de incidentes nos momentos antes e depois. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.

VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO EM HABILIDADE	RESPOSTA PADRÃO	EXEMPLO DE RESPOSTAS ANTES DA IE	EXEMPLO DE RESPOSTAS DEPOIS DA IE	CONCEITOS OBTIDOS ANTES DA IE			CONCEITOS OBTIDOS DEPOIS DA IE			TOTAL (n)	Dado estatístico* P valor
				S (n)	R (n)	I (n)	S (n)	R (n)	I (n)		
Itens mínimos a ser preenchido no formulário de notificação	-Identificação do paciente -Tipo de incidente -Fatores contribuintes -Data, local, período e fase da ocorrência do incidente -Desfecho (se houve dano), grau do dano, consequências para o paciente -Anotação no prontuário	-Data da notificação -Setor notificante -Local do incidente -Características do paciente	-Características do paciente -Fatores contribuintes -Desfecho do incidente -Local do incidente	26	35	38	49	31	19	99	0,0001
Itens necessários a ser preenchido no formulário de notificação	-Setor notificante -Data da notificação -Prevenção previa para risco de incidente -Ações imediatas adotadas	-Fatores contribuintes -Ações de melhoria para o paciente	-Anotação em prontuário -Data do incidente -Horário -Setor notificante	24	17	58	23	31	45	99	0,2586
Itens informativos ser preenchido no formulário de notificação	-Nome de quem notifica -Ações planejadas	-Nome de quem notifica -Data do incidente -Anotação em prontuário	-Nome de quem notifica	06	51	42	11	57	31	99	0,0446

S= Satisfatório; R= Regular; I= Insatisfatório

(n)= Número de profissionais que responderam a questão

* teste Wilcoxon para amostras pareadas (IC 95%) com resultado significativo para p valor <0,05

Tabela 4. Conceitos obtidos pelos profissionais sobre conhecimento do preenchimento da ficha de notificação, estratificados por categoria profissional (n=99), antes e depois da intervenção educativa. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.

PROFISSÃO	PROFISSIONAIS CONTRATADOS ASSISTENCIAIS (n=391)	TAXA DE PARTICIPANTES DE TODOS OS MÓDULOS DA IE (%)	PARTICIPANTES DE TODOS OS MÓDULOS DA IE (n= 130)	TAXA DE RETORNO DE VOLUÇÃO QUESTIONÁRIO APÓS IEM (%)	CONCEITOS OBTIDOS ANTES DA IE			CONCEITOS OBTIDOS DEPOIS DA IE			Dado estatístico*
					S (n)	R (n)	I (n)	S (n)	R (n)	I (n)	p-valor
MÉDICO	86	4,7% (n=4)	04	75,0% (n=03)	00	02	01	00	00	03	1,0000
ENFERMEIRO	54	39,0% (n=21)	21	81,0% (n=17)	01	07	09	02	10	05	0,6514
TÉCNICO DE ENFERMAGEM FARMACÊUTICO	213	37,1% (79)	79	72,2% (n=57)	00	13	44	00	30	27	0,0001
NUTRICIONISTA	04	75,0% (n=3)	03	100,0% (n=03)	00	01	02	03	00	00	0,1101
PSICÓLOGO	03	100,0% (n=3)	03	100,0% (n=03)	00	00	03	00	02	01	0,5050
ASSISTENTE SOCIAL	04	50,0% (n=2)	02	100,0% (n=02)	00	01	01	00	02	00	0,6171
FONOAUDIÓLOGO	04	75,0% (n=3)	03	100,0% (n=03)	00	03	00	00	03	00	1,0000
FISIOTERAPEUTA	04	75,0% (n=3)	03	100,0% (n=03)	00	00	03	00	02	01	0,5050
TERAPEUTA OCUPACIONAL	12	83,3% (n=10)	10	70,0% (n=07)	00	04	03	00	05	02	0,2888
GESTORES DA ÁREA ASSISTENCIAL	02	50,0% (n=1)	01	0,0% (n=00)	00	00	00	00	00	00	NA
TOTAL	05	20,0% (n=1)	01	100% (n=01)	00	00	01	00	00	01	1,0000
TOTAL	391	130	130	99	01	31	67	05	54	41	

S= Satisfatório; R= Regular; I= Insatisfatório; NA= Não aplicável

(n) = número de profissionais que responderam

* teste Wilcoxon para amostras pareadas (IC 95%) com resultado significativo para p-valor < 0,05

Resultados mais detalhados mostram dados comparativos relacionados à quantidade de profissionais que melhoraram, pioraram e mantiveram o mesmo conceito para cada questão respondida nos questionários, com relação ao momento posterior da intervenção educativa (Tabela 05).

Tabela 5. Número de profissionais e seus desempenhos quanto aos conceitos obtidos de acordo com as respostas dadas às questões da avaliação do conhecimento, depois da IE em relação ao momento anterior. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.

VARIÁVEIS	MELHORA (n)	PIORA (n)	INALTERADOS (n)	NÃO RESPONDERAM (n)
O que é evento adverso	46	08	45	00
O que pode ser notificado	41	07	44	08
Quem pode notificar	07	00	88	04
Quais incidentes passíveis de notificação	31	08	50	10
Quais fatores contribuintes para incidente	30	13	47	09
Itens mínimos que devem ser preenchidos na ficha de notificação	48	14	37	00
Itens necessários que devem ser preenchidos na ficha de notificação	30	20	49	00
Itens informativos que devem ser preenchidos na ficha de notificação	29	17	50	02

Autoavaliação quanto à atitude em realizar notificações de incidentes

Na questão que perguntava a atitude que o profissional deveria adotar frente à ocorrência de um incidente, considerando o tema do programa educativo, muitos dos profissionais reportaram comunicar ao supervisor imediato (42/99), tais como enfermeiros e/ou médicos, antes da IE. No entanto, após o término do curso, a atitude em comunicar a chefia foi menor (22/99), com redução de aproximadamente 60%. Outras atitudes foram relatadas pelos profissionais nos questionários tanto antes como depois da intervenção, tais como: tentar solucionar o problema, tentar corrigir o erro, buscar informações/orientações em protocolo institucional.

Ainda referente à atitude dos profissionais, foram analisados os principais motivos que os profissionais descreveram como empecilhos para realizar a notificação, antes e depois da intervenção. Não foi observada alguma mudança relacionada aos motivos que os profissionais alegam ter como dificuldade em notificar. Os dados foram classificados de acordo com as respostas dadas e agrupados em quatro categorias principais, das quais: fatores institucionais, do sistema de notificação, individuais e outros. Fatores individuais como falta de tempo e medo de punições foram os motivos mais apontados pelos profissionais, tanto antes como depois da intervenção educativa. Já o medo de se indispor com colegas, pelo fato de perceberem a notificação como um instrumento acusatório, foi menos citado depois da intervenção em relação ao momento anterior (Tabela 06).

Tabela 6. Descrição dos principais motivos para não realizar a notificação pelos profissionais da saúde. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.

MOTIVOS	Número de profissionais	
	ANTES	DEPOIS
INSTITUCIONAIS		
Ausência de devolutiva para notificador	05	04
Falta de cultura organizacional	01	00
Falta de cultura de notificação	04	01
Falta de sigilo	05	01
DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO		
Dificuldade de acesso	08	04
Difícil preenchimento	01	06
Formulário extenso	03	03
INDIVIDUAIS		
Falta de tempo	63	33
Sobrecarga de trabalho	06	11
Medo de punições	40	33
Medo de indisposição com colegas de trabalho (acusação)	22	03
Falta de conhecimento de como notificar	24	12
OUTROS		
Sem empecilhos para notificar	18	11
Não responderam	20	08

Avaliação da efetividade da intervenção educativa sobre habilidade no preenchimento da ficha de notificação

A quantidade de notificações que tiveram os itens imprescindíveis, necessários e informativos preenchidos pelos profissionais da saúde é demonstrou uma tendência na melhora da qualidade devido ao aumento da nota global para alguns incidentes, no momento depois da intervenção educativa em comparação ao período anterior e durante a intervenção (Tabela 07).

Tal fato deve-se à melhora na descrição de determinados itens após a intervenção, tais como: ações adotadas imediatamente após a ocorrência do evento, fatores que poderiam ter contribuído para o incidente, indicação se houve dano ao paciente, descrição do incidente, ações planejadas para

prevenir incidentes futuros, estratificação prévia para prevenir o evento e indicação se evento foi anotado em prontuário.

A análise permitiu observar que os incidentes envolvendo quedas referiam-se àquelas sofridas acidentalmente pelo paciente, tais como queda do leito, poltrona ou da própria altura. Quanto às flebites, a maioria referia-se às de origem bacteriana ou por uso de medicamento irritante como alguns antibióticos. Com relação aos incidentes cirúrgicos a diversidade era maior, como por exemplo, falha ou ausência de demarcação da lateralidade, reabordagens ou complicações cirúrgicas, falha em equipamentos ou falta de materiais para realizar a cirurgia. As falhas de identificação do paciente ocorreram devido à troca de nomes em exames, em laudos, em prontuário, nas prescrições, além da ausência na pulseira de identificação ou no leito do paciente. Quanto à perda de dispositivos, os incidentes notificados eram de extubação acidental e perda de sonda nasoentérica.

Mesmo sem muita relevância estatística, a análise detalhada das notificações também permitiu observar melhoria na descrição das ações imediatas nos incidentes cirúrgicos, perdas de dispositivos e lesões de pele, assim como no detalhamento dos fatores contribuintes, além de estarem presentes também nos relatos de quedas e reações adversas ao medicamento.

A indicação se houve dano ao paciente também foram apontadas nas notificações de queda, além das flebites e erros de medicação. Já as anotações em prontuário estavam destacadas apenas para as lesões de pele, quedas e eventos em cirurgia.

As notificações que continham descritas as ações planejadas para prevenir incidentes futuros foram evidenciadas somente no incidente de perda de

dispositivos invasivos, enquanto que a indicação das ações prévias adotadas para prevenir a exposição ao risco estava mais bem descrita após a intervenção educativa, somente nas notificações de lesões por pressões adquiridas na instituição.

Quanto ao apontamento dos fatores contribuintes que levaram à queda, as informações referiam-se à presença ou não de acompanhantes, se a grade estava elevada, características do paciente como estado clínico geral e deambulação, (como fatores) assim como a informação de quais produtos foram utilizados para tratar a lesão ou se foi feita a higienização adequada no caso das lesões de pele.

Detalhamentos que colaboraram para a ocorrência da perda do dispositivo faziam referência ao motivo da perda, se foi acidental ou retirado pelo paciente, e a descrição do estado clínico do paciente, se sedado, agitado, com restrição dos membros superiores. No que diz respeito às reações adversas a medicamentos, as condições clínicas do paciente, bem como a descrição dos medicamentos de uso hospitalar e contínuo, além das possíveis interações medicamentosas que poderiam ter contribuído para a reação adversa, estavam descritas em 100% das notificações analisadas referentes ao período depois da IE.

Tabela 7. Número de notificações preenchidas de acordo com os campos informativos, necessários e imprescindíveis constantes na ficha da instituição. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.

INCIDENTE	QUEDAS				FLEBITE				LPP Adquirida				LPP Origem				PERDA DE DISPOSITIVO			
	N= 19	N=16	N=18	p-valor	N= 57	N= 52	N= 43	p-valor	N= 20	N= 13	N= 12	p-valor	N= 28	N= 20	N= 19	p-valor	N= 90	N= 69	N= 64	p-valor
	ANTES	DURANTE	DEPOIS		ANTES	DURANTE	DEPOIS		ANTES	DURANTE	DEPOIS		ANTES	DURANTE	DEPOIS		ANTES	DURANTE	DEPOIS	
Nº NOTIFICAÇÕES																				
CAMPOS INFORMATIVOS																				
Nome notificador	18	14	17		51	45	36		18	11	10		23	19	13		70	56	53	
Ações planejadas	01	02	01		01	02	00		00	01	00		00	00	00		01	01	04	
CAMPOS NECESSÁRIOS																				
Setor notificante	19	16	18		57	52	40		20	13	12		25	20	18		84	69	64	
Data notificação	19	16	18		57	51	43		19	13	12		24	20	18		88	67	64	
Estratificação de risco	13	11	09		22	13	13		13	09	11		03	07	09		42	27	23	
Ações imediatas	06	04	11		27	30	22		07	02	05		06	04	10		22	27	34	
CAMPOS IMPRESCINDÍVEIS																				
Identificação paciente	19	16	18		57	52	43		20	13	12		25	20	19		90	69	64	
Data evento	17	16	18		55	49	42		20	13	12		25	13	17		59	66	63	
Local evento	19	16	16		45	28	36		20	13	12		20	12	13		75	57	61	
Se houve dano	11	10	17		27	46	33		10	08	07		13	12	06		78	61	56	
Descrição do evento	19	15	17		55	52	43		20	13	12		13	20	17		88	68	63	
Anotação em prontuário	10	11	15		34	31	20		06	07	05		03	06	03		52	39	30	
Fatores contribuintes	06	03	15		04	06	02		00	02	02		00	00	02		51	41	40	
NOTA GLOBAL	4,7	3,2	5,9	0,325	6,8	5,7	5,2	0,264	5,3	5,6	5,6	0,645	4,8	5,5	5,6	0,403	5,7	6,0	5,9	0,082

*Teste ANOVA para amostras repetidas (IC 95%) com resultado significativo para p-valor <0,005

(Continua)

(Continuação da Tabela 07)

INCIDENTES	EVENTOS EM CIRURGIA				FALHAS NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				REAÇÕES ADVERSAS AO MEDICAMENTO				DESVIO DE QUALIDADE DE MEDICAMENTO				ERROS DE MEDICAÇÃO			
	N= 48	N= 22	N= 11	p-valor	N= 23	N= 24	N= 13	p-valor	N= 29	N= 12	N= 9	p-valor	N= 9	N= 5	N= 14	p-valor	N=564	N=437	N= 555	p-valor
Nº NOTIFICAÇÕES	ANTES	DURANTE	DEPOIS		ANTES	DURANTE	DEPOIS		ANTES	DURANTE	DEPOIS		ANTES	DURANTE	DEPOIS		ANTES	DURANTE	DEPOIS	
CAMPOS INFORMATIVOS																				
Nome notificador	11	06	08		08	08	02		29	11	09		09	05	12		187	155	239	
Ações planejadas	00	00	00		00	00	00		00	00	00		00	00	00		00	01	00	
CAMPOS NECESSÁRIOS																				
Setor notificante	47	22	10		14	20	08		29	12	09		09	05	13		439	403	529	
Data notificação	48	22	10		23	24	13		29	12	09		9	05	13		560	412	516	
Estratificação de risco	04	01	00		00	00	00		00	00	00		00	00	00		00	01	01	
Ações imediatas	02	00	02		01	01	01		21	08	03		00	00	00		16	17	30	
CAMPOS IMPRESCINDÍVEIS																				
Identificação do paciente	47	22	11		21	22	12		28	11	09		00	00	00		541	445	476	
Data evento	48	22	11		17	13	08		29	12	09		00	00	02		472	425	457	
Local evento	45	22	11		22	14	09		29	12	09		00	00	02		483	378	493	
Se houve dano	35	16	05		15	11	07		01	00	00		00	00	00		269	290	280	
Descrição do evento	47	22	11		23	23	13		28	10	09		09	05	14		537	453	539	
Anotação em prontuário	15	11	05		00	00	00		00	00	00		00	00	00		01	07	01	
Fatores contribuintes	02	05	03		06	02	00		20	11	09		09	05	14		15	14	17	
NOTA GLOBAL	4,4	4,7	4,1	0,960	3,4	3,2	2,7	0,863	5,5	6,2	5,3	0,403	3,4	3,5	3,5	0,970	5,0	6,4	5,3	0,092

LPP: Lesão por Pressão

*Teste ANOVA para amostras repetidas (IC 95%) com resultado significativo para p valor<0,005

Avaliação da efetividade da intervenção educativa sobre atitude em realizar notificações de incidentes

Houve redução do número absoluto de notificações realizadas pelos profissionais depois da intervenção, em relação ao período anterior ao curso. No entanto, se comparados às taxas de incidências das notificações proporcionais ao número de hospitalização nos períodos antes e depois da intervenção, observa-se o aumento desta taxa depois da IE em comparação aos três meses antes (Tabela 08). Tal fato está relacionado com a redução do número de internações recebidas pelo hospital no período após a intervenção. A quantidade de hospitalizações no hospital nos momentos anterior à intervenção, durante e depois foram: 2346; 2039 e 1804 pacientes, respectivamente.

A redução do número de internações recebidas pelo hospital antes e depois do momento da intervenção educativa correspondeu a uma queda de 24%, enquanto que a redução do número de notificações realizadas foi de 12%. Este dado mostra que, mesmo sem ter havido relevância estatística, o número de internações e a realização de notificações pelos profissionais, não se mantiveram em proporcionalidade. Observa-se tendência para o aumento da taxa de notificação depois da intervenção.

Tabela 8. Número absoluto e taxa de incidência das notificações com relação à avaliação da intervenção educativa (3 meses antes, 3 meses durante e 3 meses depois). Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.

Incidentes	Número absoluto de notificações realizadas			Dado estatístico*	Incidência das Notificações (%)			Dado estatístico*
	Antes	Durante	Depois	p-valor	Antes	Durante	Depois	p-valor
Queda	18	16	17		0,77	0,78	0,94	
Flebites	52	51	30		2,22	2,50	1,66	
Lesão por pressão adquirida	17	10	12		0,72	0,49	0,67	
Lesão por pressão de origem	26	20	22		1,11	0,98	1,22	
Eventos cirúrgicos	48	22	19		2,05	1,08	1,05	
Identificação do paciente	23	24	27		0,98	1,18	1,50	
Perda de dispositivo	89	65	68		3,79	3,19	3,77	
Reações adversas ao medicamento	29	12	09		1,24	0,59	0,50	
Desvio da qualidade de medicamento	09	05	14		0,38	0,25	0,78	
Erros de medicação	564	437	555		24,04	21,43	30,76	
Total	875	662	773	0,1386	37,29	32,46	42,85	0,3449

*Teste ANOVA para amostras repetidas (IC 95%) com resultado significativo para p- valor <0,005

É possível observar nos gráficos que se seguem, o aumento no número de notificações realizadas a partir do sétimo mês para incidentes relacionados aos erros de medicação e a partir do oitavo mês para os incidentes de queda e lesão por pressão tanto de origem externa como adquirida na instituição. Os meses de 1, 2 e 3 corresponderam ao período antes da IE; os meses de 4, 5 e 6 ao período em que a intervenção ocorreu e os meses 7, 8 e 9 correspondem ao período posterior à IE.

A quantidade de notificações mensais não só acompanha a tendência de aumento sobre a taxa de incidência desses incidentes assim como observados

na Tabela 07, relacionado ao momento posterior da IE, assim como também na tendência na melhora da qualidade das notificações, observada pelo preenchimento adequado desses mesmos incidentes apresentados anteriormente na avaliação da habilidade.

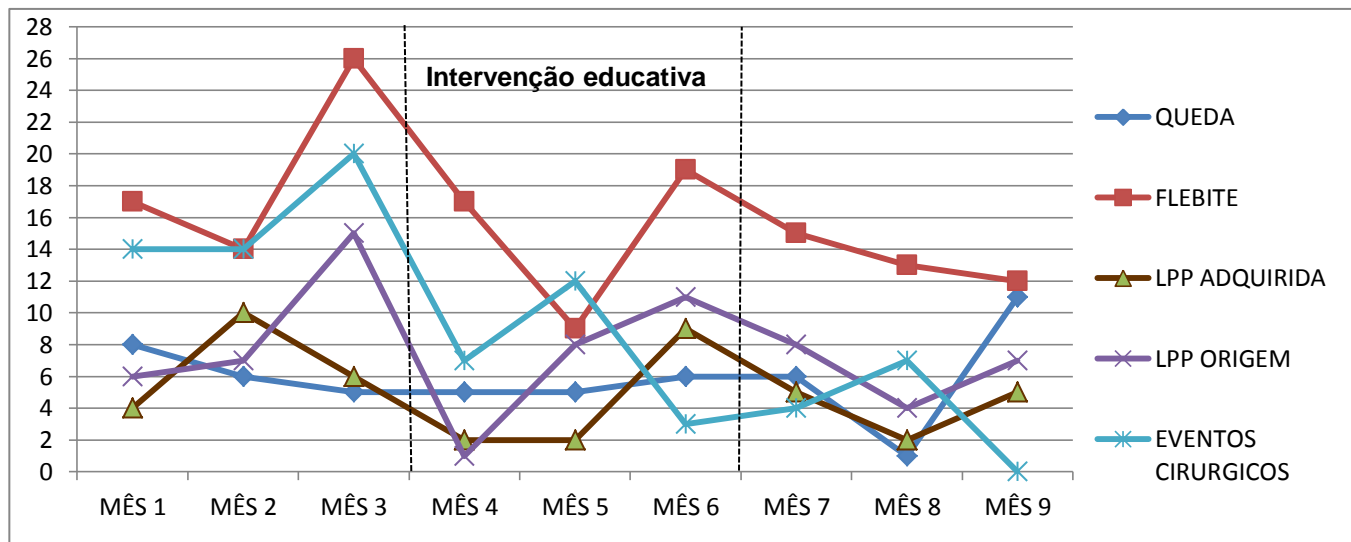


Figura 4. Gráfico de distribuição do número de notificações mensais estratificados por incidentes. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.

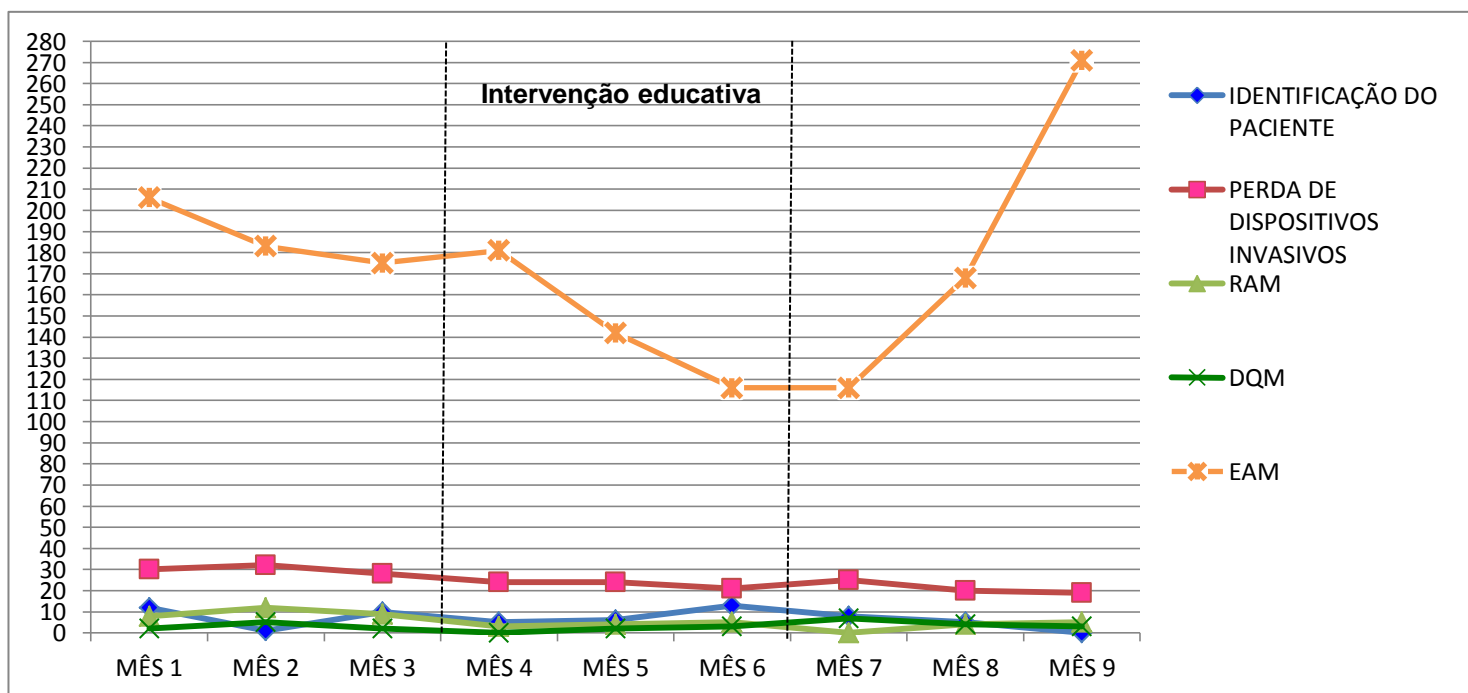


Figura 5. Gráfico de distribuição do número de notificações mensais estratificados por incidentes. Américo Brasiliense - SP (Brasil), 2017.

LPP: Lesão por Pressão

RAM: Reação Adversa a Medicamentos

DQM: Desvio da Qualidade de Medicamentos

EAM: Erros de Medicação

6. DISCUSSÃO

O método de notificação voluntária serve como um sinal de alerta da necessidade de investigação de incidentes em saúde, a qual permite ajustes sobre o sistema de atenção à saúde, a fim de minimizar falhas durante a prestação de cuidados, contribuindo para a segurança do paciente (SUJAN; HUANG; BRAITHWAITE, 2017).

Nesse sentido, torna-se relevante o conhecimento sobre a funcionalidade e a importância do sistema de notificações de incidentes para os profissionais da saúde. No entanto, dados destacam a falta de conhecimento sobre o fluxo de notificação no cotidiano hospitalar (LYRA; DA SILVA; DOS SANTOS, 2011).

De acordo com a RDC nº 35/2013, a notificação de incidentes deve ser realizada periodicamente pelo NSP das instituições. Para isso, as instituições precisam que todos os profissionais detenham o conhecimento de como realizar as notificações, visando minimizar a ocorrência de subnotificações. Além do mais, em hospitais acreditados, o registro de eventos também se torna um dos princípios da qualidade, em que as instituições acreditadas devem cumprir com esse processo (PAULA et al., 2017).

Entretanto, pesquisas têm apontado lacunas de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo de notificação (FERREIRA-UMPIÉRREZ; CHIMINELLI-TOMÁS, 2014), seja por não saberem a taxonomia de incidentes, ou por terem o desconhecimento dos diferentes tipos de incidentes que podem ser relatados, somado ao não conhecimento de quem pode realizar as notificações assim como não saber qual atitude é tomada por parte da instituição após receber o profissional realizar a notificação (DUARTE et al., 2015; MILAGRES, 2015).

Estudo nacional, realizado com profissionais de enfermagem sobre o entendimento do que é erro de medicação e a importância da notificação perante esse evento, observou a necessidade de clarificar conceitos quanto ao tipo de incidentes que existem. No grupo pesquisado não houve uma uniformidade na compreensão do que é um erro de medicação e nem como e quando esse evento poderia ser notificado (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

A partir do resultado do presente estudo, foi possível observar ganho de conhecimento referente ao processo de notificação de incidentes, dentre os profissionais da saúde que concluíram a IE. Isto vai ao encontro de resultados de outras pesquisas, principalmente àquelas baseadas em propostas de IE semelhante à pesquisa atual, em que foi observada melhora de conhecimento e habilidade em notificação de incidentes e segurança do paciente com aplicação de questionários antes e depois (LOUIS et al., 2016), assim como em estudos conduzidos para avaliar conhecimento sobre notificações envolvendo incidentes com medicamentos (JHA et al., 2017; MODESTO et al., 2016).

IE voltada para profissionais médicos, também detectou aumento no conhecimento em relação ao tema da notificação depois da intervenção (KHALILI et al., 2012; LOUIS et al., 2016). Esses dados corroboram os resultados do presente estudo e reforçam a relevância da educação em saúde para profissionais da área com vistas à mitigação de riscos através da notificação de incidentes.

No entanto, conforme outros achados (GIFFORD; ANDERSON, 2010), profissionais referiam insegurança em notificar quando não possuem conhecimento para onde as notificações são encaminhadas, ou por não saberem quem visualiza as informações registradas. Desta maneira, destaca-

se a importância de todos os profissionais conhecerem e serem informados do fluxo e da dinâmica referente às notificações.

A educação em serviços de saúde é percebida como uma aliada à gestão da qualidade, sobretudo quando há ausência de inclusão e discussão sobre o tema, ainda durante a formação profissional (SOUZA; GOUVEIA, 2017).

Por exemplo, a definição de evento adverso, presente como uma das perguntas do questionário do estudo, carece de maior discussão no âmbito universitário e dos cursos profissionalizantes, pois dados constataram que apenas 14% da amostra estudada em uma pesquisa sobre a segurança do paciente (n=98) ouviram falar sobre o tema ainda na Graduação e 13% tomaram conhecimento acerca dos eventos adversos, na Pós-graduação ou em Cursos de aperfeiçoamento (LYRA; DA SILVA; DOS SANTOS, 2011).

Existe um falso conceito de que profissionais da saúde não erram ou que basta ter atenção para não cometer falhas (REASON, 2000). Isso devido, muito provavelmente, pela falta de inclusão e discussão sobre eventuais erros que resulte em danos ao paciente e que comprometa a competência do profissional, ainda durante a a formação profissional.

Fato interessante, observado no presente estudo, é que quando analisado o resultado sobre conhecimento por categoria profissional, somente os os técnicos de enfermagem obtiveram resultado estatisticamente significativo. As demais profissões, que incluíam curso superior, não obtiveram tal resultado.

Da mesma forma, IE para avaliar conhecimento sobre lesão por pressão, obteve resultado semelhante (FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008). Isso indica que para essa categoria profissional, a intervenção colaborou mais para o

ganho de conhecimento, embora as demais categorias, com curso superior, fosse esperado o resultado contrário ao obtido.

O aproveitamento maior dos técnicos com relação ao conhecimento, muito provavelmente esteja relacionado à formação profissional, de característica tecnicista e de menor duração, pois a momento que a temática não é abordada durante o curso, os profissionais vêm a educação no seu local de trabalho como uma oportunidade de aprendizado.

Cursos relacionados à saúde ainda se mostram deficientes quanto ao tema e não atendem às recomendações da OMS relacionada à segurança do paciente (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; OLIVEIRA et al., 2017)

Desta forma é imperativo que todos os profissionais da área da saúde reconheçam o que é um incidente e quais os tipos, a fim de evitar a sua ocorrência.

Nesse sentido cabe ressaltar a importância da educação permanente nas instituições, vista como fundamental para assegurar e incrementar a qualidade nos cuidados à saúde com vistas ao desenvolvimento de IEs para promoção de melhores práticas em saúde (MIRA et al., 2011).

Trabalhar ou desenvolver o conhecimento envolve níveis de aprendizagem para que o profissional se torne habilitado para realizar notificações, dessa forma o profissional deve ser capaz de identificar ou definir conceitos, deve saber interpretá-los, compreender e saber aplica-los em seu dia a dia (PAULA et al., 2016).

Essa premissa está baseada na teoria de Bloom, uma proposta de organização hierárquica dos processos cognitivos de acordo com níveis de complexidade, onde o aprendizado é adquirido através de níveis de

conhecimento, caracterizados por uma relação de dependência entre eles (FERRAZ; BELHOT, 2010)

Ainda, a utilização do recurso de problematização na educação para profissionais pode trazer benefícios para aquisição de conhecimentos, uma vez que são trabalhadas vivências do cotidiano (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008; MICCAS; BATISTA, 2014).

A importância da problematização está no sentido de que a inserção de fatores ocorridos no dia-a-dia pode atribuir significados valiosos com relação ao comportamento, pois as situações reais podem fazer parte do processo de aprendizagem, uma vez que os conhecimentos teórico-práticos são postos em evidências comprobatórias, isto é, o saber *versus* o fazer (BATISTA et al., 2005).

Isso vai ao encontro da proposta utilizada na IE do presente estudo, visto que foram apresentados diversos casos clínicos reais para contextualização acerca do tema. Além do mais, o método pode contribuir para melhorar a qualidade das notificações, pois descrever de forma detalhada o ocorrido e a cronologia dos fatos, assim como mencionar os fatores contribuintes para tal, são considerados atributos de uma notificação de qualidade (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013; OSPINA et al., 2011; VINCENT et al., 2017).

A necessidade de melhorar a qualidade das notificações está centrada no propósito das investigações que ocorrem posteriormente à realização dos relatos, isto é, os planos de ações propostos como melhorias para segurança do paciente surgem da análise de especialistas que lidam com a investigação de incidentes a partir das informações constantes nas notificações, desta forma é importante que os profissionais sejam detentores da habilidade no que se

refere ao preenchimento adequado no formulário de notificações (GABRIEL, 2015; ONTARIO, 2017).

O aumento das notificações é objetivo de muitas instituições de saúde, no entanto, relatos repetidos contendo a mesma e pouca informação, reflete em uma notificação de má qualidade (PFEIFFER; MANSER; WEHNER, 2010), dessa forma, a análise de incidentes não asseguram ações que resultem em desfechos positivos para a segurança do paciente.

Não pela efetividade do método, mas pela forma com que o instrumento é utilizado, repletos de informações inconsistentes com relatos inconclusivos e incompletos, além da falta de clareza na descrição dos fatos (BENN et al., 2009; JOHANSSON; HÄGG; WALLERSTEDT, 2011; MOTA GOMES, 2001).

Além do mais, pelo fato de a equipe de enfermagem dedicar maior tempo da jornada de trabalho ao lado dos pacientes, ocorre a centralização da prática da notificação, principalmente pelos enfermeiros. Assim, isso contribui para não adesão na realização da notificação pelos demais profissionais, resultando na inabilidade de preencher uma ficha de notificação pelos demais profissionais. Isso explica a necessidade de se trabalhar e desenvolver a habilidade na IE para todos profissionais de saúde.

Diante da baixa qualidade de notificações em farmacovigilância, estudo que propôs IE, observou melhora na qualidade das notificações depois da estratégia educativa proposta (JOHANSSON; HÄGG; WALLERSTEDT, 2011).

No presente estudo, voltado para incidentes em saúde e de farmacovigilância, foi possível identificar que certos itens que compunham o formulário de notificação da instituição estavam bem mais descritos no período posterior à IE quando comparados ao momento anterior, indicando uma

tendência de melhora na habilidade frente a notificações de incidentes pelos profissionais da saúde.

Dessa forma é importante descentralizar essa prática dos enfermeiros e proporcionar oportunidades às demais categorias quanto ao registro de incidentes, promovendo o compartilhamento de conhecimentos e responsabilidades para maior vigilância entre os prestadores de serviço à saúde (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Com relação à atitude dos profissionais em notificar, foi observada tendência no aumento da taxa de incidência de notificações pelo número de hospitalizações, depois da IE. Este achado pode ser explicado pela sazonalidade quanto ao número de internações recebidas pelo hospital nos períodos considerados (antes e depois da IE), assim como evidenciado em outro estudo conduzido nacionalmente, com tema semelhante (SILVA et al., 2016).

No entanto, em se tratando do número absoluto de notificações por mês, foi possível observar ligeiro aumento de alguns incidentes relacionados à lesão de pele, quedas e erros de medicação. Esse último foi o que mais aumentou depois da IE e está relacionado principalmente a erros de processos que não necessariamente resultam em um incidente com dano, mas são circunstâncias de riscos, tais como, a falta de checagem da prescrição pela equipe de enfermagem, medicamento vencido dentro de carrinho de emergência, medicamento termolábil fora de acondicionamento adequado, extravio de prescrições, prescrições sem assinatura dos médicos, dentre outros.

O aumento das notificações referentes aos erros de medicação depois da intervenção pode estar vinculado ao fato de que antes do início da mesma, os

profissionais não sabiam que, erros de processos também poderiam ser notificados, em decorrência de serem vistos como algo mais simples e que não prejudica o paciente diretamente.

Muitas vezes, o quase evento, também denominado de *near miss*, é mal interpretado e pode contribuir para aumento do índice de subnotificação, uma vez que esse tipo de incidente é tratado por alguns profissionais como sem necessidade de notificação, já que o paciente não foi prejudicado (HEWITT; CHREIM, 2015).

Portanto, a partir do momento que o profissional passa a ter o conhecimento de que um incidente do tipo *near miss* deve ser notificado era esperado que houvesse uma elevação de notificações dessa característica, assim como observado no presente estudo.

Entretanto, esses aumentos isolados não foram suficientes para gerar ganho no número de notificações quando analisadas trimestralmente, que foi o período da intervenção. Portanto, considerando os momentos antes, durante e depois da intervenção educativa, observou-se uma queda no número absoluto de notificações.

Embora esta pesquisa esteja baseada em estudo anterior que foi conduzido de maneira semelhante na mesma instituição e tenha apresentado desfechos positivos com relação ao aumento da notificação (VARALLO; PLANETA; MASTROIANNI, 2017), há algumas diferenças que podem ter influenciado no resultado atual, relacionada à atitude em notificar.

Exemplo disso é a característica institucional no período em que foi realizada a intervenção educativa em 2012, em que o processo de notificações de incidentes ainda era um tema incipiente na instituição. Além do mais, tanto o

gerenciamento de riscos como o setor da qualidade não estavam bem estruturados e implementados, desta forma, pouco era abordado referente à essa temática. Fato que pode ter contribuído para a sensibilização dos profissionais quando conduzida a intervenção educativa naquela época, mudando os hábitos e valores dos profissionais quanto ao processo de cuidado e notificação de incidentes em saúde e que vem sendo mantida até os dias de hoje.

Pressupõe-se então que o conhecimento prévio do sistema de notificação pela maioria dos participantes, iniciada em 2012, pode ter influenciado na atitude dos profissionais, mesmo com a nova proposta de intervenção educativa, pois desde aquela época vem sendo mantida um padrão de notificação, delegando esta atividade principalmente aos profissionais enfermeiros..

Ainda, outra questão que pode ser considerada como fator que contribuiu para não haver aumento na quantidade de notificações é a característica do método empregado na intervenção. Estudos têm mostrado a importância de estratégias educativas como modo de aumentar as notificações quantitativamente, principalmente quando adotada metodologicamente, intervenções múltiplas (FANG et al., 2017; JHA et al., 2017).

Intervenções que adotam múltiplas estratégias, conhecidas como multifacetadas, tendem a ser mais efetivas quando o objetivo é aumentar a atitude, ou seja, elevar a quantidade de relatórios de incidentes (PAGOTTO; VARALLO; MASTROIANNI, 2013).

No entanto, com relação à estratégia adotada no presente estudo, mesmo que a intervenção não tenha tido caráter multifacetado, optou-se por conduzir a

intervenção com dinâmica de grupo, proporcionando interação e discussão dos casos e incidentes entre os profissionais, tornando participativa a ação dos profissionais durante a intervenção.

Além do mais, foi trabalhado junto aos profissionais, a ocorrência e a prevenção de incidentes, através da análise de causa raiz e o protocolo de Londres.

Esse fato também pode ter influenciado para que os profissionais tenham tido maior vigilância e cuidado no processo de atenção à saúde do paciente, reduzindo a ocorrência de incidentes e conseqüentemente levando à diminuição do número de notificações depois da IE.

Isso é observado em revisão sistemática a qual evidencia que as reduções de incidentes foram muito mais eficazes depois das IEs, dentre elas a de reação adversa a medicamentos, eventos em cirurgia, quedas, e lesão por pressão e identificação correta do paciente (ABUALRUB, RAEDA F., 2014; WOODWARD et al., 2010; ZEGERS et al., 2016).

Em contrapartida, outra questão que pode ser levantada é que, quando há redução dessas taxas, não necessariamente quer dizer que uma cultura de segurança tenha sido instalada no sistema de saúde, mas simplesmente pode indicar que determinado incidente é tão recorrente, que os profissionais se cansaram de relatar ou se acostumaram com a reincidência deixando de perceber o problema em questão (BRENNAN; LEAPE, 2004).

Portanto, quando os números de notificações diminuem, não se pode afirmar que houve melhora na segurança do paciente, pois fatores sociais de comportamento podem estar envolvidos (BRENNAN; LEAPE, 2004).

Dados relacionados a subnotificação mostram que a proporção de relatos voluntários correspondem somente a 1 a 10% dos incidentes ocorridos em instituições hospitalares (RAFTER et al., 2015b).

Os motivos atribuídos à subnotificações pelos profissionais da saúde participantes da presente pesquisa vão ao encontro de dados descritos em literatura, como por exemplo, a culpa de estar envolvido (HWANG; LEE; PARK, 2012); medo de punições (MARTINEZ et al., 2016) sobrecarga de trabalho e falta de tempo (HOHL et al., 2018); ausência de devolutiva ao profissional que notificou (HOWELL et al., 2015); falta de conhecimento sobre o sistema de notificação por não saber o quê e nem como relatar um incidente (PFEIFFER; MANSER; WEHNER, 2010) e falta de compreensão sobre o que constitui um erro ou falha (ONTARIO, 2017).

A falta de tempo foi um dos motivos mencionados com maior frequência no presente estudo, tanto antes como depois da intervenção. Essa queixa é comumente encontrado na literatura e pode comprometer o processo de cuidado, sem levar em consideração fatos que podem agravar a falta de tempo, tais como número reduzido e preparo inadequado de profissionais que compõe a equipe (GUIMARÃES et al., 2002).

Pesquisa com depoimentos da equipe de enfermagem, revelaram notificações para a denúncia de sobrecarga de trabalho. A pressão para produção do cuidado pode contribuir para criar ambiente de insegurança para o paciente (JHA et al., 2010).

Dar retorno ao notificador sobre as providências tomadas após o incidente pode trazer benefícios, seja pelo aprendizado como para prevenir a ocorrência do incidente. O retorno à quem notifica melhora a comunicação e dá sentido de

motivação, isso pode estimular o profissional a notificar novamente (MACRAE, 2016).

Recomenda-se que a devolutiva seja feita de modo oportuno e direto, pois muitos profissionais nutrem sentimento de frustração por não receberem a devolutiva sobre as notificações que eles realizam além de não observar melhorias ou mudanças feitas a partir dos erros ou eventos que os mesmos vivenciaram e relataram (HARTNELL et al., 2012; HOWELL et al., 2015).

Outro fator bastante mencionado nesta pesquisa e que também são unânimes de outros estudos e organizações, centram-se na recomendação da prática da cultura não punitiva. No entanto, seguida da falta de tempo, o medo de punição e represálias, são um dos motivos para não adesão à prática da notificação (VARALLO et al., 2018), referidos pelos profissionais. Resultados de pesquisa com enfermeiros reiteram que as práticas punitivas são bastante comuns e reforçam comportamentos que levam à subnotificação, contrapondo-se aos princípios da cultura de segurança (CLARO et al., 2011).

Instituições ainda adotam medidas punitivas mediante as notificações de incidentes. Estudo nacional apontou que mais de 70,0 % dos profissionais participantes, acreditam que a subnotificação deve-se às reações que os profissionais da saúde sofrem, tanto pelos seus superiores devido a sanções e repreensões, como indisposição pelos colegas de trabalho, que acreditam estar recebendo acusações sobre seus erros (BOHOMOL; RAMOS, 2007), além de concordância da existência do medo por parte da equipe de enfermagem, em relação às consequências da notificação (FRANÇOLIN et al., 2015).

Motivos relacionados ao método de notificação também são barreiras para os registros de incidentes, tais como dificuldade de acesso à ficha de

notificação, formulários extensos, burocráticos e difícil de serem preenchidos que demandam tempo extra aos serviços clínicos prestados pelos profissionais para ser realizado, são queixas comuns relatados pelos participantes (ONTARIO, 2017).

Esses motivos também foram mencionados no presente estudo e mostra-se em concordância com resultados de demais pesquisas, em que pequeno número de profissionais concordam que os sistemas de notificação de suas instituições eram adequadas para realizar o reporte de erros ou incidentes (CASTEL et al., 2015) e mais de 15,% apontaram dificuldades com relação ao sistema como fator principal para a não realização da notificação (PAULA et al., 2017).

As características dos incidentes como o tipo e o nível de dano também são fatores que influenciam negativamente para o relato de eventos, pelos profissionais (PFEIFFER; MANSER; WEHNER, 2010), muito deles afirmam que o aparecimento de uma circunstância de risco ou de algum incidente que não cause dano ao paciente, ou se o problema que gerou o incidente foi solucionado de imediato, não precisa ser notificado (HEWITT; CHREIM, 2015).

Embora a importância da realização da notificação seja reconhecida pelos profissionais de saúde no estudo, eles não o fazem devido ao novo fator encontrado, relacionado à subnotificação, que é falta de responsabilidade (VARALLO et al., 2018).

Essa falta de reponsabilidade pode ser colocada em evidência fazendo uma correlação do número de notificações realizadas com o momento do processo de acreditação em que o hospital se encontrava no período da intervenção.

Pois, no momento anterior à mesma, o hospital estava sendo auditado para pleitear o recebimento de sua segunda certificação.

Como a notificação de incidentes é um dos pilares do sistema da qualidade e as organizações de acreditação requerem este processo às instituições, o número de notificações era alta, pois todos estavam engajados na conquista da certificação novamente. Entretanto, a partir do momento em que o hospital conseguiu sua certificação (ONA II), ocorrido no mesmo período do início da intervenção, esses profissionais não mantiveram a prática da notificação, fato que culminou na redução do número de registros.

O processo de certificação hospitalar pode implicar pontos positivos e negativos. Nos aspectos positivos estão incluídos o sentimento de orgulho e satisfação, bem como a visão da possibilidade de crescimento e reconhecimento profissional e valorização do currículo com o aprendizado.

Entretanto, durante o processo de acreditação podem permear cobranças, pressões e estresse, além de insegurança e resistência quanto às mudanças advindas das demandas impostas pela instituição para a conquista do título (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012). Diante desses aspectos negativos, uma vez alcançado o objetivo da acreditação, os profissionais se sentem livres da cobrança por cumprirem as metas e deixam de executá-las.

Em consonância com estudos em literatura sobre o assunto, a notificação de eventos é uma das resistências enfrentadas por hospitais em processo de acreditação (MENDES; MIRANDOLA, 2015). Acredita-se que enquanto não houver mudança de valores, hábitos e comportamentos das pessoas envolvidas, não será possível a consolidação das práticas orientada para a segurança e qualidade dos serviços (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Isso está relacionado à mudança de cultura, tanto organizacional quanto individual. Assim como em outros estudos , o grau de envolvimento da classe médica, por exemplo, foi baixa (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012; MENDES; MIRANDOLA, 2015). A não participação de algumas categorias profissionais durante o processo de educação em saúde também está relacionada à questão cultural e compromete o processo de melhoria. Essa situação é considerada inadequada, visto que a classe médica assume papel de liderança e pode influenciar o comportamento dos demais profissionais (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Contudo, razões pelas quais impedem os médicos de notificarem, também corroboram com os motivos atribuídos pelos profissionais de saúde participantes deste estudo, tais como a sobrecarga de trabalho, assim como a falta de feedback e a crença de que a notificação não levará à mudanças de comportamento nas instituições (BENN et al., 2009; HOWELL et al., 2015; MACRAE, 2016).

Desse modo, observa-se que esses profissionais continuam delegando a prática da notificação ao superior imediato, preferencialmente aos enfermeiros, mesmo que tenham respondido no segundo questionário, que todos os profissionais podem realizar a notificação em vez de comunicar à chefia, o que contraria as recomendações voltadas ao incentivo das notificações de incidentes (KUHN; YOUNGBERG, 2002). Esse tipo de comportamento, certamente, contribuem para a omissão dos registros de ocorrências.

Para facilitar e motivar o relato de incidentes, diversas medidas são recomendadas, por exemplo a introdução de um sistema de recompensas seja

em nível individual ou coletivo, tomando a devida atenção para que recompensas não sejam fornecidas inadequadamente (FANG et al., 2017).

Além de um ambiente não acusatório e punitivo, recrutamento de mais quantidade profissionais para diminuir a sobrecarga de trabalho, esclarecimento do fluxo da notificação, formulários de notificações bem projetados, melhora na comunicação através da devolutiva ao notificador ou à quem esteja envolvido no incidente, além da oportunidade de participação em programas educativos (HARTNELL et al., 2012; ONTARIO, 2017).

As condições de trabalho com longas jornadas de trabalho, relação conflituosa entre as equipes e número reduzido de profissionais podem influenciar negativamente, mesmo que a intenção da proposta seja de melhorias (KOLANKIEWICZ et al., 2017).

Ainda com relação ao estímulo para o relato de casos, método que pode contribuir com o incentivo à notificação assim como melhorar o fluxo e análise das notificações é o sistema informatizado (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Esse método é mais rápido de ser realizado e não permite eventuais rasuras ou letras ilegíveis, possibilitando assim ordenar e concartenar as informações de forma mais apropriada para avaliação do incidente, otimizando o processo de investigação (HWANG; LEE; PARK, 2012; SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017) e contribuindo para adesão à notificação (HOFFMANN, 2016).

Um fator que contribui para adesão à notificação em caso da impossibilidade de um sistema informatizado é a implementação de melhorias no formulário manual, de maneira que seja intuitivo e fácil de responder, não excedendo o tempo de preenchimento em 5 minutos. O formulário deve ser

conciso, claro e focado na história do evento. Além do mais, o sistema deve conter taxonomia padronizada para que todas as categorias profissionais sintam-se capazes e motivadas a relatar (ONTARIO, 2017).

A profissão também pode influenciar a adesão ao relato de incidentes, pois, cada profissional tende a relatar de um modo e de acordo com as características de sua profissão (POLISENA et al., 2015).

Dados apontam que os enfermeiros e farmacêuticos, sobretudo os farmacêuticos clínicos, são os que mais realizam notificações e de melhor qualidade (LIU et al., 2015; SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017). O fato de os farmacêuticos atuarem em conjunto com profissionais prescritores e estarem em contato regular com pacientes, os torna mais aptos a identificar eventos relacionados à medicamentos por exemplo.

O reporte dos farmacêuticos são valiosos no momento que esta classe pode fornecer informações complementares às notificações feitas por médicos (GEDDE-DAHL, 2007). Assim, o papel do profissional farmacêutico é crucial no sentido detectar suspeitas de eventos, principalmente em áreas não comuns, onde o acesso de médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional é limitado (HADI et al., 2017).

Nesse sentido, a proposta da IE deve estar direcionada às diferentes classes profissionais e deve ser conduzida conforme às necessidades e as demandas de cada categoria, principalmente no que se refere ao conhecimento prévio, ou seja, o que os profissionais já sabem e precisam conhecer, qual a importância e o quanto o processo de notificação impacta nas suas tarefas diárias.

Além do mais, é importante que o processo de educação do profissional dentro do seu local de trabalho, não seja trabalhada individualmente e nem de forma hierarquizada. A instituição de saúde deve promover estratégias de forma articulada que atinja todos os profissionais de saúde, independente da categoria (MICCAS; BATISTA, 2014). E, sobretudo, reconhecer o nível de experiência dos profissionais e identificar quais são os elementos motivadores para atingir os resultados que se pretende.

Por exemplo, muitos profissionais não dispõem muito tempo para frequentar cursos ou treinamentos de longa duração dentro de seu local de trabalho e no seu horário de expediente, pois dão preferência à prestação de cuidados ao paciente. Nesses casos é preferível uma remodelação das IEs, com adaptação do conteúdo de acordo com o interesse do profissional e da instituição (CASTEL et al., 2015b; JOHNSON; MAY, 2015).

Além do mais, preferencialmente devem ser adotadas estratégias múltiplas e combinadas (multifacetadas), pois considera-se que intervenções únicas podem trazer resultados diferentes do esperado (BOAZ; BAEZA; FRASER, 2011).

Atividades práticas também são recomendadas, assim como a realização de intervenções de forma continuada, de curta duração, porém com maior frequência (COTRIM-GUIMARÃES, 2009; OBRELI-NETO et al., 2016).

Sabe-se que o efeito das IEs com vistas às mudanças de comportamento dos profissionais da saúde para realização da notificação de incidentes, se limitam aos quatro primeiros meses (CAPUCHO; PRIMO, 2011; LOUIS et al., 2016).

Sendo assim, é importante o acompanhamento da efetividade das IEs diante da proposta de educação em saúde, visto que os benefícios para o paciente assim como para melhorias do sistema de saúde não devem ser limitados ao período da realização das ações educativas (OBRELI-NETO et al., 2016).

O elemento que fundamenta o trabalho em equipe de forma eficaz está no foco da obtenção de conhecimentos, habilidades e atitudes (MARTINEZ et al., 2016). Através da educação, podem ser desenvolvidas essas competências, no entanto a aquisição de conhecimento nem sempre remete a mudança de atitude, pois para tanto são necessárias condições essenciais que dependem da vontade das pessoas (SILVA et al., 2011).

Desta forma, tendo em vista que a notificação de incidentes é uma das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e compõe um dos objetivos do Programa de Segurança do Paciente da OMS é imperativo buscar estratégias para promover a cultura de notificação de forma articulada e compartilhada em todos os níveis e com todos os tipos de categorias profissionais, com adoção de técnicas educacionais que envolvam a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade frente à notificação de eventos visando à melhoria contínua das práticas assistenciais (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013; PEIXOTO et al., 2013).

Limitações

As limitações da pesquisa centram-se no tipo de estudo aplicado, pré-pós intervenção e no tipo de alocação da amostra, por conveniência que pode estar

associado a vieses . Este tipo de método não permite a existência de um grupo controle e muito menos a aleatorização na seleção dos grupos. Em estudos de educação, muitas vezes é difícil “cegar” os participantes, principalmente quando ocorre em braço único de comparação, o qual se quer medir o efeito sobre conhecimentos, habilidades e atitudes.

No entanto, o presente estudo foi baseado em estudos previamente realizados a qual teve desfechos significativos quanto aos três domínios estudados (VARALLO; PLANETA; MASTROIANNI, 2017).

Sobretudo, a inviabilidade do grupo controle pode ser explicada pela quebra de princípios éticos em não proporcionar a capacitação de todos os profissionais da instituição, beneficiando apenas uma parcela dos profissionais (grupo intervenção) quanto à aquisição do saber frente à cultura de notificação. Além do mais estudos do tipo ECR, demandaria maior tempo e custo para a execução da intervenção (SULLIVAN, 2011).

A alocação por conveniência permitiu pequena participação dos profissionais de saúde na IE, interferindo no tamanho da amostra, assim como a baixa adesão na devolução dos questionários no segundo momento da aplicação. Isto comprometeu a capacidade de generalização do estudo, não permitindo qualquer inferência.

Ainda, a baixa adesão dos profissionais à IE pode estar vinculado à metodologia da pesquisa empregada, assim quanto ao instrumento utilizado e o tempo necessário despendido para recoletar as avaliações. Estudos que realizaram a coleta do segundo questionário em período de seis semanas, também obtiveram resultados insatisfatórios no que diz respeito à baixa taxa

dos questionários respondidos comprometendo a robustez e confiabilidade do estudo (FARUP, 2015; JHA et al., 2013; MEYER-MASSETTI et al., 2011).

Outra questão vista como uma barreira na conclusão do curso pelos profissionais, refere-se justamente ao recurso de avaliação, no qual o colaborador tem receio de “se abrir” perante julgamentos que na concepção do profissional, possa trazer prejuízos quando a avaliação está centrada em erros e falhas, principalmente frente à terceiros, como no caso da presença de um pesquisador observador (CARDOSO, 2016).

A falta de treinamento adequado destinado a desenvolver a habilidade, por apresentar um treinamento centrado na aprendizagem pode ter afetado os resultados não significativos para habilidade e atitude. Durante as avaliações das notificações físicas (habilidade), também não foi possível analisar a categoria profissional notificante, visto que embora tenha um campo destinado para o preenchimento da categoria profissional do notificador, a mesma não é anotada pois como a notificação possui caráter sigilosa, os profissionais não a preenchem. Este fato dificultou saber se os profissionais que realizaram a IE são as mesmas que notificaram.

Outra limitação, diz respeito ao questionário utilizado na pesquisa, pois embora as questões estejam embasadas por estudos anteriormente realizados, o instrumento não sofreu validação posterior para o uso na presente pesquisa, comprometendo a robustez e a validade do estudo.

7. CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos gerais e específicos propostos no estudo, observou-se que após a IE que se realizou, houve um ganho de conhecimento sobre notificações de incidentes em saúde, dentre os profissionais de saúde que participaram da IE. Isso foi observado devido ao aumento do número de profissionais que passaram a responder corretamente às questões contidas nos questionários depois do processo educativo. Fato que proporcionou aos profissionais uma melhoria em relação ao entendimento do conteúdo apresentado na IE.

Entretanto, com relação à habilidade dos profissionais em preencher adequadamente o formulário de notificações, mesmo sem ter havido um resultado estatisticamente significativo, foi possível observar que, depois da IE houve tendência de melhora no relato de casos de alguns incidentes, tais como quedas, lesão por pressão, perda de dispositivos invasivos e erros de medicação, quando comparados o preenchimento do formulário ao período anterior e durante a intervenção. Itens que constavam na ficha de notificação de forma incompleta ou não preenchidos passaram a ser mais bem descritos depois da intervenção, além de serem realizados com maior frequência.

Ainda, foi possível observar tendência de aumento na taxa de incidência de eventos reportados por hospitalizações, mesmo que sem significância estatística no momento posterior à intervenção e mesmo que o número absoluto de notificações tenha diminuído, em relação ao momento anterior da IE.

Ressalta-se que, apesar da efetividade da intervenção para a aquisição de conhecimento, identificou-se a falta de qualidade dos registros e fragilidades

inerentes à prática das notificações, os quais não obtiveram aumento significativo.

Nessa perspectiva, a conclusão do estudo aponta para a aceitação da hipótese nula testada. Assim, sugere-se a adaptação da IE de acordo com as características institucionais, bem como de cada profissão, de forma a contribuir para a melhora da adesão de práticas educativas voltadas à comunicação de incidentes e segurança do paciente e para o processo de mudança da prática profissional.

REFERÊNCIAS

ABBAD, G.; GAMA, A. L. G.; BORGES-ANDRADE, J. E. Treinamento : Análise do Relacionamento da Avaliação nos Níveis de Reação , Aprendizagem e Impacto no Trabalho Gardênia Abbad. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 4, n. 3, p. 25–45, 2000.

ABU FARHA, R. et al. Effect of educational intervention on healthcare providers knowledge and perception towards pharmacovigilance: A tertiary teaching hospital experience. **Saudi Pharmaceutical Journal**, 2018.

ABUALRUB, R.F., et al. The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses. **Nursing Forum**, v. 49, n. 2, 2014.

ALSHAMMARI, T. M. et al. Knowledge and attitude of health-care professionals in hospitals towards pharmacovigilance in Saudi Arabia. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 37, n. 6, p. 1104–1110, 2015.

ARANAZ-ANDRES, J. M. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the “Iberoamerican study of adverse events” (IBEAS). **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 12, p. 1043–1051, 2011.

BAKER, G. . Harvard Medical Practice Study. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. 2, 2004.

BATISTA, N. A. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 39, n. 2, p. 231–237, 2005.

BENN, J. et al. Feedback from incident reporting: Information and action to improve patient safety. **Quality and Safety in Health Care**, v. 18, n. 1, p. 11–21, 2009.

BEZERRA, A. L. Q. et al. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 467–472, 2009.

BLAKE, S. C. et al. Facilitators and Barriers to 10 National Quality Forum Safe Practices. **American Journal of Medical Quality**, v. 21, n. 5, p. 323–334, 2006.

BOAZ, A.; BAEZA, J.; FRASER, A. Effective implementation of research into practice: An overview of systematic reviews of the health literature. **BMC Research Notes**, v. 4, n. 1, p. 212, 2011.

BOGARIN, D. F. et al. Segurança Do Paciente: Conhecimento De Alunos De Graduação Em Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 491–497, 2014.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. DE O.; CUNHA, I. C. K. O. Patient safety teaching in undergraduate health programs: Reflections on knowledge and practice. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 20, n. 58, p. 727–741, 2016.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 1, p. 32–36, 2007.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. nota técnica GVIMS/GGTES nº 01/2015. **Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde** . [s.n.], p. 1-28, 2015.

Disponível

em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+N%C2%BA+01+de+2015+-GVIMS-GGTES-ANVISA/b98ec033-1676-4443-9603-24a4edae1>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198 , de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o se. **Diário Oficial da União nº32. 2004. Seção I.**, p. 27, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 529, de 1º e abril de 2013a. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**Diário Oficial da União**, v. 2013a. Seção 1. p. 43-44

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.**Diário Oficial da União** nº 143, de 26 de julho de 2013b.

BRENNAN, T.; LEAPE, L. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: results of the Harcard Medical Practice Study. **Quality Sagety Health Care**, v. 13, p. 145–152, 2004.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. D. B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev Gaucha Enferm**, v. 34, n. 1, p. 164–172, 2013.

CAPUCHO, H. C.; PRIMO, L. P. Intervenções educativas para estímulo a notificações voluntárias em um hospital de ensino da Rede Sentinela. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. São Paulo**, v. 2, n. 2, p. 26–30, 2011.

CARDOSO, A. **Avaliação de desempenho de profissionais da saúde em uma instituição hospitalar pública**. 2016. 144f. Tese (Doutorado). Porto Alegre: Escola de enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul., 2016.

CASTEL, E. S. et al. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, 2015.

CECÍLIA ODELIUS, C. et al. Atitudes e Habilidades Sociais para Trabalho em Equipe: Desenvolvimento de uma Escala. **Saúde e Soc. ANPAD**, v. 20, n. 2, p. 175–196, 2016.

CHAER, G.; DINIZ, R. R. P.; RIBEIRO, E. A. A técnica do questionário na pesquisa educacional. **Revista Evidência**, v. 7, n. 7, p. 251–266, 2012.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. D. S. Educação em serviços para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): Relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface:**

Communication, Health, Education, v. 12, n. 26, p. 659–666, 2008.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 45, n. 1, p. 167–172, 2011.

CONEJERO, J. S. et al. Competencias esenciales en salud pública : un marco regional para las Américas. **Panamerican Health Organization**, p. 4, 2013.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Best practice of nurse managers in risk management. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1165–1171, 2013.

COTRIM-GUIMARÃES, I. M. A. Programa de Educação Permanente e Continuada da equipe de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, p. 132, 2009.

CPSI. **The Safety Competencies**. Canadian Patient Safety Institute. 2009
Disponível em: <<http://papers://07bf99f5-e4dd-47c9bf40da9a6d07b924/Paper/p104>> Acesso em : 02/08/2018.

DESAI, C. K. et al. An evaluation of knowledge, attitude, and practice of adverse drug reaction reporting among prescribers at a tertiary care hospital. **Perspect Clin Res**, v. 2, n. 4, p. 129–136, 2011.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? Comentario. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743–8, 1988.

DUARTE, S. DA C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de

enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144–154, 2015.

FANG, H. et al. Multifaceted interventions for improving spontaneous reporting of adverse drug reactions in a general hospital in China. **BMC Pharmacology and Toxicology**, v. 18, n. 1, p. 1–9, 2017.

FARR, W. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 22, n. 1–16, 2001.

FARUP, P. G. Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 1–7, 2015.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 305–311, 2008.

FERRAZ, A. P. DO C. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gestão & Produção**, v. 17, n. 2, p. 421–431, 2010.

FERREIRA-UMPIÉRREZ, A. H.; CHIMINELLI-TOMÁS, V. Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud **Aquichan**, v. 14, n. 3, p. 294–302, 2014.

FIOCRUZ, F. O. C. Modelo de informações mínimas para a notificação de incidentes e sistemas de aprendizagem para a segurança do paciente. 2018.

Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255642/WHO-HIS-SDS-2016.22-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>> Acesso em: 27/09/2018

FLEMONS, W. W.; MCRAE, G. Reporting, Learning and the Culture of Safety. **Healthcare Quartely**, v. 15, n. Special Issue, p. 12–17, 2012.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 5, n. spe, p. 183–196, 2001.

FORSETLUND, L. et al. Continuing education meetings and workshops : effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, p. 1–97, 2009.

FRANÇOLIN, L. et al. Patient safety management from the perspective of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 0277–0283, 2015.

GABRIEL, P. et al. A. Incident Learning in Pursuit of High Reliability: Implementing. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 41, n. 4, p. 160–168, AP1, 2015.

GALDEANO BIENZOBAS, C.; BARDERAS, A. V. Competencias profesionales. **Educ. quím**, v. 21, n. 1, p. 28–32, 2010.

GALDINO, S. V. et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 07, n. 1, p. 1023–57, 2016.

GALHARDI, A. C.; AZEVEDO, M. M. Avaliações de aprendizagem: o uso da Taxonomia de Bloom. **VIII Wokshop de pós-graduação e pesquisa do**

Centro Paula Souza, p. 237–247, 2013.

GAMA, Z. A. DA S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 32, n. 9, 2016.

GEDDE-DAHL, A. ET. AL. Characteristics and quality of adverse drug reaction by pharmacists in Norway. **Pharmacoepidemiology and Drug safety**, n. 516, p. 999–1005, 2007.

GIFFORD, M. L.; ANDERSON, J. E. Barriers and motivating factors in reporting incidents of assault in mental health care. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 16, n. 5, p. 288–298, 2010.

GIGUÈRE, A. et al. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, p. 1–197, 2015.

GUIMARÃES, E. M. P. et al. Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. **Ciência y enfermería**, v. 8, n. 2, 2002.

HADI, M. A. et al. Pharmacovigilance: pharmacists' perspective on spontaneous adverse drug reaction reporting. **Integrated Pharmacy Research and Practice**, v. Volume 6, p. 91–98, 2017.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 4, p. 338–43, 2011.

HALPERN, T.M. et al. Designing Consumer Reporting Systems for Patient Safety Events. **AHRQ. Agency for Healthare Reserach and Quality**, p. 1–75, 2011.

HARTNELL, N. et al. Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: A focus group study. **BMJ Quality and Safety**, v. 21, n. 5, p. 361–368, 2012.

HEWITT, T. A.; CHREIM, S. Fix and forget or fix and report: A qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. **BMJ Quality and Safety**, v. 24, n. 5, p. 303–310, 2015.

HOFFMANN, P. **Sistema de notificação de eventos adversos e/ou incidentes em saúde: Software- protótipo**.2016.144f. Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

HOHL, C. M. et al. Why Clinicians Don't Report Adverse Drug Events: Qualitative Study. **JMIR Public Health and Surveillance**, v. 4, n. 1, p. e21, 2018.

HOLDEN, R. J.; KARSH, B.-T. A Review of Medical Error Reporting System Design Considerations and a Proposed Cross-Level Systems Research Framework. **Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society**, v. 49, n. 2, p. 257–276, 2007.

HOWELL, A. M. et al. Can patient safety incident reports be used to compare hospital safety? Results from a quantitative analysis of the english national reporting and learning system data. **PLoS ONE**, v. 10, n. 12, 2015.

HWANG, J. I.; LEE, S. IL; PARK, H. A. Barriers to the Operation of Patient Safety Incident Reporting Systems in Korean General Hospitals. **Healthcare Informatics Research**, v. 18, n. 4, p. 279–286, 2012.

JERICHO, B. G. et al. An Assessment of an Educational Intervention on Resident Physician Attitudes, Knowledge, and Skills Related to Adverse Event Reporting. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 2, n. 2, p. 188–194, 2010.

JHA, A. K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n. 1, p. 42–47, 2010.

JHA, N. et al. Effect of an educational intervention on knowledge and attitude regarding pharmacovigilance and consumer pharmacovigilance among community pharmacists in Lalitpur district, Nepal. **BMC research notes**, v. 10, n. 1, p. 4, 2017.

JHA, V. et al. Patient-led training on patient safety: A pilot study to test the feasibility and acceptability of an educational intervention. **Medical Teacher**, v. 35, n. 9, p. 1464–71, 2013.

JOHANSSON, M.-L.; HÄGG, S.; WALLERSTEDT, S. M. Impact of information letters on the reporting rate of adverse drug reactions and the quality of the reports: a randomized controlled study. **BMC Clinical Pharmacology**, v. 11, n. 1, p. 14, 2011.

JOHNSON, M. J.; MAY, C. R. Promoting professional behaviour change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. **BMJ open**, v. 5, n. 9, p. e008592, 2015.

KHALILI, H. et al. Improvement of knowledge, attitude and perception of healthcare workers about ADR, a pre-and post-clinical pharmacists' interventional study. **BMJ Open**, v. 2, n. 1, p. 1–6, 2012.

KIRKPATRICK, D.L. The Official Site of the Kirkpatrick Model. 2018. Disponível em: < <https://www.kirkpatrickpartners.com/Our-Philosophy/The-Kirkpatrick-Model>> Acesso em: 02/10/2018.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human: Building a safer Health Sstem**. 2000.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 531–537, 2017.

KUHN, A.; YOUNGBERG, B. The need for risk management to involve to assure a culture of safety. **Quality and Safety in Health Care**, v. 11, n. 2, p. 158–162, 2002.

LARSEN, D. P.; BUTLER, A. C.; ROEDIGER, H. L. Test-enhanced learning in medical education. **Medical Education**, v. 42, n. 10, p. 959–966, 2008.

LEAPE, L. L. Reporting of adverse events. **New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 20, p. 1633–1638, 2002.

LEISTIKOW, I. et al. Learning from incidents in healthcare: The journey, not the arrival, matters. **BMJ Quality and Safety**, v. 26, n. 3, p. 252–256, 2017.

LIU, J. et al. Factors that affect adverse drug reaction reporting among hospital pharmacists in Western China. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v.

37, n. 3, p. 457–464, 2015.

LOUIS, M. Y. et al. Improving Patient Safety Event Reporting Among Residents and Teaching Faculty. **The Ochsner journal**, v. 16, n. 1, p. 73–80, 2016.

LYRA, R. C. DA S.; DA SILVA, J. JENIFER C. A.; DOS SANTOS, C. L. M. Evento Adverso Em Terapia Intensiva: O Que Sabem Os Profissionais De Enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 3, n. 2, p. 1848–1855, 2011.

MACRAE, C. The problem with incident reporting. **BMJ Quality and Safety**, v. 25, n. 2, p. 71–75, 2016.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. DOS R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 46, n. 2, p. 388–394, 2012.

MARTINEZ, K. A. et al. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy : A sistematic Review. **Ann Intern Med**, v. 158, p. 369–374, 2016.

MARRA, V.N.; SETTE M.L. (Coord) **Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde: Edição Multiprofissional**. Rio de Janeiro. 270p. 2016.

MELCHIADES, E. P. **Segurança do Paciente: Análise das notificações de eventos em um hospital privado**. 2016. 144f. Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho". Botucatu, SP.

MENDES, G. H. DE S.; MIRANDOLA, T. B. DE S. Acreditação hospitalar como

estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gestão & Produção**, v. 22, n. 3, p. 636–648, 2015.

MEYER-MASSETTI, C. et al. Systematic review of medication safety assessment methods. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 68, n. 3, p. 227–240, 2011.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. DA S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014.

MILAGRES, L. M. **Gestão De Riscos Para Segurança Do Paciente: O Enfermeiro e a Notificação Dos Eventos Adversos**. 2015. 100f. Dissertação. (Mestrado Profissional). Universidade Federal de Juiz de Fora, MG.

MILLER, G. E. **The assessment of clinical skills/competence/performance** *Academic Medicine*, 1990. Disponível em: <<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-199009000-00045>>

MIRA, J. J. et al. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 1, p. 1–7, 2013.

MIRA, J. J. et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 12–15, 2015.

MIRA, V. L. et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações

educativas de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe, p. 1574–1581, 2011.

MITCHELL, I. et al. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after ' *To Err is Human* '. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 2, p. 92–99, 2016.

MIZOI, C. S. Treinamento. **Einstein: Ed Contin Saúde**, v. 8, n. 3, p. 156–160, 2010.

MODESTO, A. C. F. et al. Reações Adversas a Medicamentos e Farmacovigilância: Conhecimentos e Condutas de Profissionais de Saúde de um Hospital da Rede Sentinela. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 401–410, 2016.

MORAES, K. G.; DYTZ, J. L. G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. **Abcs Health Sciences**, v. 40, n. 3, p. 263–269, 2015.

MOTA GOMES, S. M. Notificação de reacções adversas medicamentosas : sua relevância para a saúde pública. **Revista Portuguesa de Saude Publica**, v. 19, n. 2, p. 5–14, 2001.

MOUMTZOGLOU, A. Factors that prevent physicians reporting adverse events. **International journal of health care quality assurance**, v. 23, n. 1, p. 51–58, 2010.

MUSY, S. N. et al. Trigger Tool – Based Automated Adverse Event Detection in Electronic Health Records : Systematic Review Corresponding Author : **Journal**

of Medical Internet Research, v. 20, n. 5, p. e198, 2018.

OBRELI-NETO, P. R. et al. A Systematic Review of the Effects of Continuing Education Programs on Providing Clinical Community Pharmacy Services. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 80, n. 5, 2016.

OLIVEIRA, N. F.; GONÇALVES, M. J. F. Avaliação da Efetividade de programas de saúde:Revisão Sistemática. **Rev. Saúde Com.**, v. 6, n. 1, p. 65–73, 2010.

OLIVEIRA, J. L. C. DE et al. Patient safety: knowledge between multiprofessional residents. **Einstein (São Paulo)**, v. 15, n. 1, p. 50–57, 2017.

ONTARIO, H. Q. Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. **Ontario health technology assessment series**, v. 17, n. 3, p. 1–23, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Uso Racional de Medicamentos:Fundamentação em condutas terapêuticas e nos Macroprocessos da Assistência Farmacêutica**. 2017.

OSPINA, A.M.O; RIVAS, D.C; VELÁSQUEZ, M. A. V. Caracterización de eventos adversos en una E.S.E de primer nivel en caldas 2007-2009. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 16, n. 1, p. 87–98, 2011.

PAGOTTO, C.; VARALLO, F.; MASTROIANNI, P. Impact of Educational Interventions on Adverse Drug Events Reporting. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 29, n. 04, p. 410–417, 2013.

PAL, S. N. et al. WHO strategy for collecting safety data in public health

programmes: Complementing spontaneous reporting systems. **Drug Safety**, v. 36, n. 2, p. 75–81, 2013.

PARK, J. Proposal for a Modified Dreyfus and Miller Model with simplified competency level descriptions for performing self-rated surveys. **Journal of educational evaluation for health professions**, v. 12, p. 54, 2015.

PASTURA, PATRICIA SOUZA VALLE CARDOSO; SANTORO-LOPES, G. Test-Enhanced Learning. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 3, p. 429–433, 2013.

PAULA, A. et al. O Uso da Taxionomia de Bloom no Contexto da Avaliação por Competência. **Pleiade**, v. 10, n. 20, p. 12–22, 2016.

PAULA, T. et al. Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n. 22, p. e 49644, 2017.

PEIXOTO, S. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, p. 324–340, 2013.

PFEIFFER, Y.; MANSER, T.; WEHNER, T. Conceptualising barriers to incident reporting: A psychological framework. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n. 6, 2010.

PINILLA-ROA, E. A. Evaluación de competencias profesionales en salud. **Revista de la Facultad de Medicina, Universidade de Colombia**, v. 61, n. 1, p. 53–70, 2013.

POLISENA, J. et al. Factors that influence the recognition, reporting and resolution of incidents related to medical devices and other healthcare

technologies: A systematic review. **Systematic Reviews**, v. 4, n. 1, p. 1–11, 2015.

RAFTER, N. et al. Adverse events in healthcare: Learning from mistakes. **Qjm**, v. 108, n. 4, p. 273–277, 2015.

REASON, J. Human error: models and management. **Bmj**, v. 320, n. March, p. 768–770, 2000.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. **Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 349, 2008.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface: Communication, Health, Education (Botucatu)**, v. 20, n. 56, p. 185–96, 2016.

RIDELBERG, M. et al. Patient safety work in Sweden: Quantitative and qualitative analysis of annual patient safety reports. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 1–9, 2016.

RODRIGUES, A.; CARVALHO, S. Búsqueda activa contribuye a la identificación de eventos adversos e incidentes en unidad de cuidados intensivos. **Enfermería Global**, v. 16, n. 4, p. 465–475, 2017.

ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E. C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 10, p. 1–15, 2016.

RUEDA, F. J.; SISTO, F. F. Avaliação da memória. **Avaliação Psicológica**, v.

3, n. 2175–3431, p. 449–451, 2009.

SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature.

Journal of Nursing Scholarship, v. 42, n. 2, p. 156–165, 2010.

SILVA, R. et al. Educational strategy as contributor to the hospital risk management: quasi-experimental study. **Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 1, p. 1–10, 2016.

SILVA, V. et al. Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes. **Contex Enferm**, v. 20, n. 4, p. 782–7, 2011.

SIMAN, C. G.; CUNHA, G. S. S.; BRITO, M. J. M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 51, p. 1–8, 2017.

SOUZA, M. N. DA S.; GOUVEIA, V. DE A. Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem sobre as metas internacionais de segurança do paciente em uma unidade de terapia intensiva. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 3, p. 1–7, 2017.

STEEN, S. et al. Increasing Patient Safety Event Reporting in an Emergency Medicine Residency. **BMJ Quality Improvement Reports**, v. 6, n. 1, p. u223876.w5716, 2017.

SUJAN, M. A.; HUANG, H.; BRAITHWAITE, J. Learning from incidents in health care: Critique from a Safety-II perspective. **Safety Science**, v. 99, p. 115–121, 2017.

SULLIVAN, G. M. Getting Off the “Gold Standard”: Randomized Cotrolled Trials and Education Research. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 45, n. 1, p. 227–238, 2011.

TAYLOR-ADAMS, S.; VINCENT, C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. **Clinical Risk**, v. 10, n. 6, p. 211–220, 2004.

TEIXEIRA, T. C. A. **Análise da causa raiz de incidentes relacionados à segurança do paciente na assistência de enfermagem em unidades de internação, de um hospital privado, no interior do Estado de São Paulo.** 2012. 236f Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

TEIXEIRA, T. C. A.; DE BORTOLI CASSIANI, S. H. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 100–107, 2014.

TREVISAN, A. L.; AMARAL, R. G. DO. A Taxionomia revisada de Bloom aplicada à avaliação: um estudo de provas escritas de Matemática. **Ciência & Educação (Bauru)**, v. 22, n. 2, p. 451–464, 2016.

VARALLO, F. R. et al. Causas del subregistro de los eventos adversos de medicamentos por los profesionales de la salud: revisión sistemática. **revista escola de enfermagem USP**, v. 48, n. 4, p. 739–747, 2014.

VARALLO, F. R. et al. Adverse evnets reporting:barriers and strategies to promote safety culture. **Revista Escola de enfermagem USP**, v 52. p. e 03346, 2018.

VARALLO, F. R.; PLANETA, C. S.; MASTROIANNI, P. C. Effectiveness of pharmacovigilance: multifaceted educational intervention related to the knowledge, skills and attitudes of multidisciplinary hospital staff. **Clinical science**, v. 72, n. 1, 2017.

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: Elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 11–15, 2010.

VIEIRA, D. K.; DETONI, D. J.; BRAUM, L. M. DOS S. Indicadores de Qualidade em uma Unidade Hospitalar. **III SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, p. 12, 2006.

VINCENT, C. et al. Safety analysis over time: Seven major changes to adverse event investigation. **Implementation Science**, v. 12, n. 1, p. 1–10, 2017.

WACHTER, R. M. Personal accountability in healthcare: Searching for the right balance. **BMJ Quality and Safety**, v. 22, n. 2, p. 176–180, 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Health: Forward Programme 2008-2009. Education. 1 ed p. 80, 2008. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>> Acesso em 10/08/2018.

WHO. **World Health Organization**. The Global Patient Safety Challenge 2005 - 2006 “Clean Care is Safer Care”. p. 1–25, 2005. Disponível em:

em:<http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FIN AL.pdf> Acesso em: 28/07/2018.

WHO. World Alliance For Patient Safety Summary of the Evidence on Patient Safety : Implications for Research. p. 1–138, 2008. Disponível em:

<http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf> Acesso em 25/07/2018.

WHO. World Health Organization. Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools,2009. Disponível em:

<http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf> Acesso em: 12/08/2018.

WHO. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. **Global Guidelines for the prevention of Surgical site infection**, p. 1–185, 2016.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Alliance for Patient Safety. **Organización Mundial de la Salud**, p. 33, 2005.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). World Alliance for Patient Health: Forward Programme 2008-2009. **Education**, p. 80, 2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.Version 1.1. Final Technical Report. p. 154, 2011. Disponível em:<<http://apps.who.int/iris/handle/10665/70882?locale=es>>Acesso em: 23/07/2018.

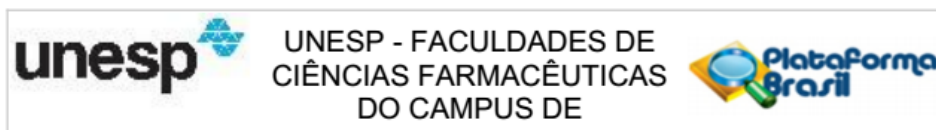
WOODWARD, H. I. et al. What Have We Learned About Interventions to Reduce Medical Errors ? **annu.Rev.Public Health**, v. 31, n. 4, p. 479–97, 2010.

ZEGERS, M. et al. Evidence-based interventions to reduce adverse events in

hospitals: a systematic review of systematic reviews. **BMJ Open**, v. 6, n. 9, p. e012555, 2016.

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM HUMANOS (CEP) CONCEDIDA PELA UNIVERSIDADE ESTADUAL “JULIO DE MESQUITA FILHO”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto das Intervenções educativas para a promoção da cultura de notificação de eventos adversos

Pesquisador: Raquel Villaverde

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70794717.9.0000.5426

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas do Câmpus de Araraquara da UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.330.779

Apresentação do Projeto:

o projeto está bem fundamentado, com objetivos bem claros e metodologia adequada.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto visa avaliar o impacto das intervenções educacionais sobre a cultura de notificações de eventos adversos dos profissionais de saúde no Hospital Estadual de Américo Brasiliense, SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos. Os benefícios encontra-se na melhoria da formação do profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é importante pois visa a intervenção educacional dos profissionais em notificar eventos adversos. Os pesquisadores esperam que com esta conscientização, haja um aumento de 20-30% nas notificações, os quais poderão ser avaliados para a melhoria do serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

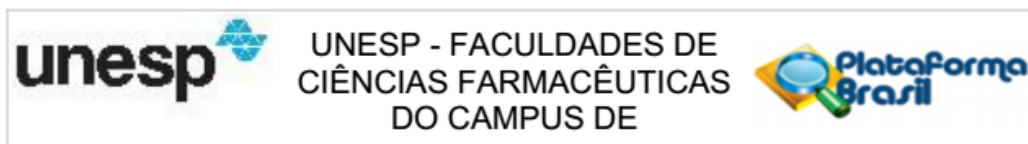
O pesquisador solicita a dispensa do termo de consentimento, tendo em vista não haver nenhum prejuízo ao profissional e a intervenção, sendo a intervenção apenas educacional.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, reunido no dia 05 de

Endereço: Rodovia Araraquara Jaú, km 1
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 14.801-902
UF: SP **Município:** ARARAQUARA
Telefone: (16)3301-4657 **E-mail:** sta@fcar.unesp.br

(Continua)



Continuação do Parecer: 2.330.779

outubro de 2017, analisou e aprovou o projeto de pesquisa em questão. O Relatório Final deverá ser entregue em JUNHO de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_951783.pdf	23/09/2017 18:19:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_alterado_apos_cep.docx	23/09/2017 18:18:38	Raquel Villaverde	Aceito
Outros	carta_anuencia_heab.pdf	23/09/2017 18:14:46	Raquel Villaverde	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cep_isencao_tcle.pdf	23/09/2017 18:12:20	Raquel Villaverde	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.docx	05/07/2017 20:26:31	Raquel Villaverde	Aceito
Folha de Rosto	CEP001.pdf	05/07/2017 20:23:59	Raquel Villaverde	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARARAQUARA, 16 de Outubro de 2017

**Assinado por:
Adriano Mondini
(Coordenador)**

Endereço: Rodovia Araraquara Jaú, km 1
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 14.801-902
UF: SP **Município:** ARARAQUARA
Telefone: (16)3301-4657 **E-mail:** sta@fcar.unesp.br

ANEXO 2

CARTA DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE - SP



HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE
Alameda Aldo Lupo, 1260
Tel.: (16) 3393-7800
CEP 14820-000 - Américo Brasiliense/SP

CARTA DE ACEITE

Declaro, para os devidos fins que eu, Prof. Dr. Tales Rubens de Nadai, colaborador do Hospital Estadual Américo Brasiliense, atuante na função de Diretor Geral, reconheço a importância e a relevância do projeto de pesquisa: **“Impacto das Intervenções educativas para a promoção da cultura de notificação de eventos adversos”**, a ser desenvolvido pela pesquisadora Celsa Raquel Villaverde Melgarejo, sob responsabilidade e orientação da Prof. Dr. Patricia de Carvalho Mastroianni.

Sendo assim, defiro a realização deste estudo no Hospital Estadual Américo Brasiliense. Lembro que as formas de citação desta instituição nas publicações científicas nacionais e internacionais são: Hospital Estadual Américo Brasiliense e Américo Brasiliense State Hospital.

Américo Brasiliense, 02 de agosto de 2017.



Prof. Dr. Tales Rubens de Nadai

Diretor Geral

Hospital Estadual Américo Brasiliense

ANEXO 3

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES EM SAÚDE DO HOSPITAL
ESTADUAL AMÉRICO BRASILENSE - SP

HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILENSE
Alameda Aldo Lupi, 1260
Tel.: (16) 3393-7600
CEP 14820-000 - Américo Brasileiro/SP

Notificação de Ocorrência de Evento	
<i>ANOTAR OS DADOS DO EVENTO NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO</i>	
Parte 1 – Informações sobre o usuário <i>(preenchimento pelo setor)</i>	
Etiqueta do Usuário	Nome do notificante <i>(opcional)</i> : _____ _____ Setor notificante: _____ Data da notificação: ___/___/___
Parte 2 – Informações sobre o evento <i>(preenchimento pelo setor)</i>	
Data do evento: ___/___/___ Horário: ___h___ Local do evento: _____ Havia estratificação de risco prévia para prevenir a ocorrência deste evento: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> N.A. Se sim, descreva qual: _____ Descrição do evento contemplando as observações do gerenciamento de risco (vide verso): _____ _____ Houve dano ao usuário? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> Em observação Se sim, discorra sobre as consequências do dano e as ações imediatas realizadas. _____ _____ Houve anotação do evento no prontuário? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	
Parte 3 – Classificação dos incidentes e eventos <i>(preenchimento pela qualidade em parceria com envolvidos)</i>	
<input type="radio"/> Circunstância de Risco <input type="radio"/> Near Miss <input type="radio"/> Evento sem Dano <input type="radio"/> Evento Adverso: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Dano Grave <input type="radio"/> Dano Moderado <input type="radio"/> Dano leve 	
Ações Imediatas: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, descreva _____ _____ Ações Planejadas: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, descreva _____ _____ _____	
Observação: Circunstância de risco: perigo, agente ou ação com potencial para causar dano. Near Miss: incidente que não alcançou o paciente. Evento sem dano: a consequência no paciente é assintomática; Evento Adverso Dano leve: a consequência no paciente é sintomática, com sintomas leves; Evento Adverso Dano moderado: a consequência no paciente é sintomática, requerendo intervenção; Evento Adverso Dano grave: a consequência no paciente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção; Óbito: A morte foi causada ou antecipada pelo incidente.	

280-Ent/M/MT/ACA-GQ/GR

(Continua)

HOSPITAL ESTADUAL
AMÉRICO BRASILENSE



HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILENSE

Alameda Aldo Lupo, 1260
Tel.: (16) 3393-7800
CEP 14820-000 - Américo Brasileiro/SP

ANOTAR OS DADOS DO EVENTO NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO

Descrição do evento (dados relevantes que devem constar nas notificações)

ANOTAR OS DADOS DO EVENTO NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO

a) Flebite

- Localização anatômica da flebite;
- Data da punção;
- Local de origem da punção (setor);
- Classificação:
- Tipo de dispositivo;
- Tempo de permanência do dispositivo;
- Medicções EV que estavam em uso;

<i>Grau 1 - eritema com ou sem dor local</i>
<i>Grau 2 - dor + eritema e/ou edema</i>
<i>Grau 3 - dor + eritema e/ou edema com endurecimento e cordão palpável</i>
<i>Grau 4 - dor + eritema e/ou edema, endurecimento + cordão >2,5 cm e drenagem purulenta</i>

b) Lesões de pele

- Tipo de lesão de pele (cirúrgica/queimadura/traumática/pé diabético/UPP/deiscência/DAI);
- Estadiamento da lesão de pele;
- Braden.

c) Queda

- Local;
- Característica da queda (leito, cadeira de banho, poltrona, cadeira de rodas, própria altura, etc.);
- Usuário estava com alguma barreira já instituída: Havia classificação do risco? Grades elevadas? Presença de acompanhante? Restrição adequada no leito? Queda presenciada? Houve dano? Qual?

d) Perda de SNE/SVD

- Usuário em restrição?
- Fixação adequada?
- Obstrução?
- Tração pelo usuário ou acidental pela equipe?

e) Extubação acidental

- Data da IOT;
- Bundle da PAV preenchido?
- Usuário em desmame?
- Fixação adequada?
- Posicionamento?
- Usuário em restrição?
- Ocorrência durante o banho ou transporte?
- Formação de rolha?
- Agitação?
- Extubação presenciada?

f) Perda de cateter venoso central

- Data da punção;
- Bundle de inserção do CVC preenchido?
- Aspectos da fixação;
- Anotações diárias das condições do acesso, aspecto do curativo, sinais flogísticos e etc.;
- Fatores que levaram a perda do dispositivo (usuário agitado e etc.);
- Tração pelo usuário ou acidental pela equipe?
- Obstrução?
- Extravazamento?

g) Infecção de corrente sanguínea

- Definição: febre ou bacteremia em usuário com dispositivo venoso (central ou periférico) sem outro foco aparente;
- Descrever as condições do acesso venoso em questão;

h) Eventos em anestesia

- Descrever sobre o evento em questão;
- Havia relato de alergia no checklist e no prontuário?

i) Eventos em cirurgias

- Descrever sobre o evento em questão.

ANOTAR OS DADOS DO EVENTO NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTOS EM NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES EM SAÚDE

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Iniciais do nome: _____ Data: ____/____/____

2. Sexo: Fem Masc

3. Assinale sua profissão:

Enfermeiro Farmacêutico Nutricionista Biomédico

Psicólogo Técnico em farmácia Técnico de enfermagem

Terapeuta ocupacional Fisioterapeuta Auxiliar de saúde

Médico (especifique sua especialização): _____

Outro (especifique): _____

4. Realizou Pós-graduação?

Não Sim. Qual? _____

Informe o ano em que se graduou: _____

5. Há quanto tempo você trabalha nesta Instituição:

Menos de 1 ano De 1 a 5 anos

De 6 a 10 anos De 11 a 15 anos

De 16 a 20 anos Há 21 anos ou mais

6. Há quanto tempo você trabalha em sua atual área/setor/unidade deste hospital:

Menos de 1 ano

De 1 a 5 anos

De 6 a 10 anos

De 11 a 15 anos

De 16 a 20 anos

Há 21 anos ou mais

7. Atua em outros serviços?

Não

Sim. Qual? _____

AVALIAÇÃO

Você está recebendo um (1) caso clínico. Pedimos que após a leitura, faça uma análise e responda as questões a que se referem.

APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO (OMS modificado)

Paciente MFS de 75 anos foi admitida em um hospital com febre e diagnosticada com pneumonia. Familiares relatam que a paciente por ser idosa e com antecedentes de hipertensão arterial, osteoporose e fibrose pulmonar além de problemas na visão por conta da catarata devido à diabetes, fica acamada por longos períodos. Vinha recebendo tratamento com ramipril, diltiazem, omeprazol, cálcio, vitamina D e alendronato de cálcio. Realizou uma densitometria óssea que confirmou osteoporose severa com riscos de fratura grave. Os médicos que a tratavam suspenderam o uso de alendronato e iniciaram a terapia com bazedoxifeno concomitantemente com vancomicina para tratar a pneumonia. Após 5 dias com o mesmo acesso/cateter, a paciente apresentou queixas de dor e desconforto no local do acesso venoso periférico. Também houve queixa de desconforto na região dorsal do corpo, pois paciente permanecia sempre na mesma posição acamada. Foi feita a substituição da vancomicina por penicilina e após o segundo dia do novo tratamento a paciente desenvolveu uma erupção cutânea. Ela era alérgica a penicilina, porém, esta informação não constava em seu prontuário e nem na sua identificação. O hospital estava superlotado e nenhum médico sênior estava disponível. O médico residente

apesar da evolução dos sintomas preferiu manter o tratamento com penicilina. Durante a noite, a paciente tentou se levantar do leito e escorregou, caiu e fraturou a bacia. O chão estava molhado. Paciente passaria por uma avaliação da fratura através de exame de imagem (raio X) no entanto, o acompanhante que esperava a paciente voltar ao leito, questionou o exame, visto que foi tirado raio X do fêmur esquerdo. Neste momento, a equipe concluiu que o prontuário e pedido médico foram trocados por outra paciente (M.S) que deu entrada por IRA (insuficiência renal aguda) e foi alocada no mesmo quarto da paciente MFS, por volta das 19:00 h da noite. A paciente com IRA foi intubada e depois foi transferida para unidade de terapia intensiva, onde iniciou sedação, passagem de sonda nasointestinal (SNE), cateter venoso central para realização de hemodiálise (HD). Mesmo sedada, paciente sofreu extubação acidental e sacou SNE. Entretanto, quando os profissionais estavam realizando o procedimento de passagem de sonda, o cateter de hemodiálise foi tracionado e sacado acidentalmente, sendo necessária nova introdução para manutenção das sessões de diálise. A medida para a IRA da paciente não estava sendo exitosa. Verificou-se que houve falha do equipamento da HD, mais especificamente na bomba de infusão devido à troca do fornecedor do capilar da HD.

1. O que você entende por evento adverso?

2. Qual (ais) o(s) tipo (s) de evento(s) ocorrido (s) no caso clínico?

3. Considerando os eventos e condições que levaram à sua ocorrência, cite de forma breve as suas **possíveis causas** e as **ações necessárias** para evitar os incidentes novamente:

4. O que pode ser notificado?

5. Quem pode notificar?

6. No seu ponto de vista, por que deve se notificar eventos adversos?

7. O que você faz quando ocorre um evento adverso?

8. Em sua opinião, quais os fatores (situações) que lhe encorajaria para realizar uma notificação?

9. Quais fatores você aponta como empecilhos para a notificação?

10. Você, alguma vez, já realizou alguma notificação?

Não Sim. Quantas vezes? _____

Para onde notificou? _____

11. De acordo com o caso clínico lido anteriormente, marque com um “X” os itens que julgar imprescindível, necessário e informativo quanto aos campos de preenchimento da ficha de notificação de EA.

Habilidade Quanto ao campo de preenchimento da ficha de notificação do HEAB:	Campos preenchidos na ficha de notificação		
	Imprescindível	Necessário	Informativo
Dados do notificador: Nome			
Data da notificação			
Setor notificante			
Tipo de incidente/evento adverso (Near miss, circunstância de risco, evento sem dano, EA)			
Consequência para o paciente: grau do dano (óbito, grave, moderado, leve)			
Prevenção do EA			
Ações imediatas			
Ações planejadas			
Característica ou descrição do incidente/evento adverso:			
Fase da assistência (alta, transferência, admissão, durante exame, acompanhamento, doação de sangue)			
Local de ocorrência do evento			
Data do evento			
Período em que ocorreu o evento			
Prevenção da ocorrência de EA			
Anotação do EA em prontuário			

12. Quais outras informações você acha importante deixar registrado que poderão contribuir na análise dos incidentes?

13. Espaço destinado para uso livre (comentários, sugestões, reclamações).

Obrigada pela sua participação !!

APÊNDICE B

CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DOS COLABORADORES NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Câmpus de Araraquara



Carta Convite

Prezado (a) colaborador (a) _____

O (a) senhor (a) está convidado para participar das **Intervenções educativas para a promoção da cultura de notificação de eventos adversos assistenciais**, o qual será realizado em quatro módulos. O tempo previsto para cada módulo é de no máximo 60 minutos, nos quais os seguintes temas serão abordados:

1º Módulo: Mensurar o conhecimento e a habilidade basal referente à cultura da notificação de EA por meio da aplicação de avaliação elaborada; início de aula expositiva acerca do tema.

2º Módulo: Continuação da aula expositiva com elucidações dos tipos de incidentes passíveis de notificação, conforme meta da OMS e a elaboração dos fatores contribuintes para ocorrência destes eventos.

3º Módulo: Preenchimento da ficha de notificação de EA

4º Módulo: Discussão e resolução de possíveis dúvidas.

Haverá turmas diferentes para que o ciclo seja ministrado para todos os profissionais de saúde que atuam no Hospital Estadual de Américo Brasiliense. A turma para a qual o (a) senhor (a) optou (a) terá as atividades desenvolvidas nas seguintes datas:

Dias	____-feira	____-feira	____-feira	____-feira
Horário	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
	Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3	Módulo 4

Pedimos a gentileza de comparecer na data agendada. Caso haja algum imprevisto e não seja possível assistir um módulo, peço entrar em contato através do e-mail: villaverde.quel@gmail.com pois é possível fazer a reposição. Pela participação nos 4 módulos, será fornecido um certificado com carga horária de 4h.

Lembrando que um mês após o término do último módulo (IV) você será convidado a preencher o questionário novamente.













Conto com a sua presença!

Atenciosamente

Raquel Villaverde
Farmacêutica-Bioquímica
Pós-graduanda no Programa de Ciências Farmacêuticas da UNESP

APÊNDICE C

AULA EXPOSITIVA APRESENTADA NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

 <h3 style="text-align: center;">Cultura de notificações de eventos adversos</h3> <p style="text-align: center;">Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas</p> <p style="text-align: right;">Farm. Biao, Raquel Villeverde Profa. Dra. Fabiana Rossi Verallo</p> <p style="text-align: center;">2017</p>	<h3 style="text-align: center;">JUSTIFICATIVA</h3>  <p style="text-align: center;">Gestão da Qualidade Projeto de gerenciamento de risco clínico, não clínico, política de segurança ao usuário, notificação de eventos sentinela</p>
 <h3 style="text-align: center;">Objetivos da IE</h3> <p style="text-align: center;">TRABALHAR COM INDICADORES DA OMS</p> <p style="text-align: center;">RECONHECER A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO</p> <p style="text-align: center;">OBTER BENEFÍCIOS</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 2px solid red; padding-left: 5px; margin-left: 10px;"> <p>PACIENTE</p> <p>PROFISSIONAIS</p> <p>INSTITUIÇÃO</p> </div> </div> <p style="text-align: center;"><u>AUMENTO DA TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE EA !!</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center; color: red;">Cultura de notificação</p>	<h3>O que é Notificação ?</h3> <p>Relato voluntário de problemas relacionados tanto ao uso de tecnologias e produtos quanto às falhas nos processos de cuidado com o propósito de fortalecer a segurança do paciente.</p> <h3>Características</h3> <ul style="list-style-type: none"> - Voluntária - Confidencial - Não punitiva - Deve ser responsiva - Orientado para soluções dos problemas apresentados <p style="font-size: small;">Brasil, 2014; Leape, L., 2009.</p>
<h3>Quem pode notificar?</h3>  <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; background-color: #f8d7da;">Médicos, Farmacêuticos e técnicos de farmácia</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; background-color: #d4edda;">Enfermeiros e técnicos de enfermagem</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; background-color: #d1ecf1;">Psicólogos</div> </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; background-color: #fff3cd; margin: 5px;">Dentistas, Fonoaudiólogos</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; background-color: #fff3cd; margin: 5px;">Nutricionistas, Fisioterapeutas</div> </div> <h3>Como?</h3> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; background-color: #d1ecf1;">Formulários de notificação</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; background-color: #fff3cd;">Serviço de Atendimento ao consumidor SAC</div> </div>	<h3>O que pode ser notificado?</h3> <ul style="list-style-type: none"> - Artigos e equipamentos médico-hospitalares <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Embalagens inadequadas, rotulagem imprópria</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Termômetros, bombas de infusão, respiradores</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Luvas, seringas, gases, agulhas, cateteres, caixa coletoras de perfuro cortantes</p> </div> </div> <p style="font-size: x-small;">COPRECEN, S.C., BRASQUINHO, S. 2015, São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: http://www.coprecen.org.br/br/publicacoes/2015/06/20150601.pdf</p>
<h3>-Saneantes, cosméticos e produtos de higiene</h3> <p>Água sanitária, desinfetantes, desodorantes, esterilizantes, inseticidas, fungicidas, repelentes, detergente entre outros</p>  <p style="font-size: x-small;">http://www.abrath.org.br/br/publicacoes/2015/10/20151001.pdf</p> <p>- Quaisquer incidentes que resulte em dano ou que seja um risco em potencial, afetando a segurança do paciente!!!</p> <p style="font-size: x-small;">COPRECEN, S.C., BRASQUINHO, S. 2015, São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: http://www.coprecen.org.br/br/publicacoes/2015/10/20151001.pdf</p>	<h3>- Eventos relacionados à medicamentos</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <h4>Reação Adversa a Medicamento</h4>  </div> <div style="text-align: center;"> <h4>Erros de Medicação</h4>  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <p>Inefetividade Terapêutica</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Desvio da qualidade</p> </div> </div> <p style="font-size: x-small;">http://www.abrath.org.br/br/publicacoes/2015/10/20151001.pdf</p>

DEFINIÇÕES

Circunstância Notificável
Incidente com potencial dano ou lesão (um desfibrilador numa sala de emergência que não está funcionando);

Near Miss
Incidente não atinge o paciente (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado e este incidente foi detectado antes de ser infundido);

Incidente sem dano
Incidente atinge o paciente, mas não causa dano (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado, foi infundida e o paciente morreu com uma reação hemolítica);

Incidente com dano (Eventos adversos)
Incidente atinge o paciente e resulta em lesão ou dano (uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado, foi infundida e o paciente morreu com uma reação hemolítica);



WHO, 2002.

Todo evento é um INCIDENTE, mas nem todo incidente é um EVENTO !!



WHO, 2009.

REGULAMENTAÇÃO BRASILEIRA

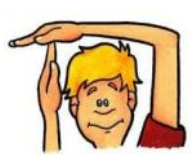
Promovem:

ESTRATÉGIAS E AÇÕES VOLTADAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE → CULTURA DE IDENTIFICAÇÃO, NOTIFICAÇÃO E RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS À SEGURANÇA COMO OS EA

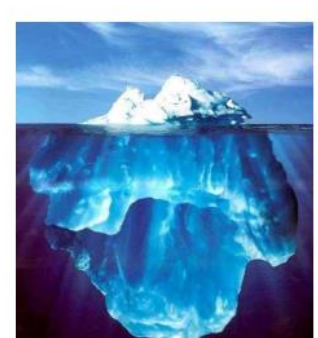
RDC nº 63 DE 2011 PORTARIA (MS) nº529 de Abril 2013 RDC nº36 de Julho 2013

Dispõe sobre Boas Práticas em Serviços de Saúde Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde

- Notificação dos eventos adversos;
- Guarda das notificações

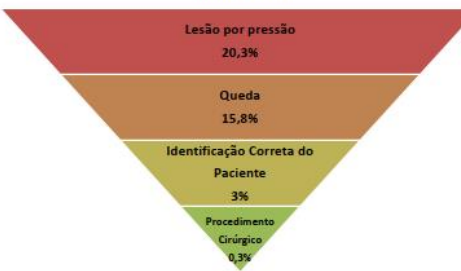


...



MEENDES, W. Eventos adversos no cuidado à saúde, 2010.


Número de incidentes segundo o tipo Até junho 2017. Total = 127.266



Tipo de Incidente	Porcentagem
Lesão por pressão	20,3%
Queda	15,8%
Identificação Correta do Paciente	3%
Procedimento Cirúrgico	0,3%

<<http://www.20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados/2/>>


Superando o problema das subnotificações



- Culpa
- Medo de punições
- Ignorância
- Falta de tempo
- Insegurança
- Indiferença
- "achar" que nunca erra
- Complacência
- Sentimento de vergonha
- Falta de conhecimento sobre conceitos e processos de notificação
- Dificuldade no acesso aos formulários de notificação
- Fichas de notificação de difícil entendimento e preenchimento

VARALLO et al., 2014; DUARTE et al., 2015; INAMIN, 1996

Cultura de notificação de eventos adversos hospitalares assistenciais



TO ERR IS HUMAN TO COVER UP IS UNFORGIVABLE TO FAIL TO LEARN IS INEXCUSABLE

Dimensões da cultura de notificações

- ✓ Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente
- ✓ Aprendizado organizacional- melhoria contínua
- ✓ Trabalho em equipe
- ✓ Comunicação efetiva
- ✓ Respostas não punitivas ao erro
- ✓ Relatar os eventos com maior frequência
- ✓ Divulgação dos eventos relatados
- ✓ Resposta aos eventos relatados
- ✓ Feedback ao notificador

MENDES, 2014

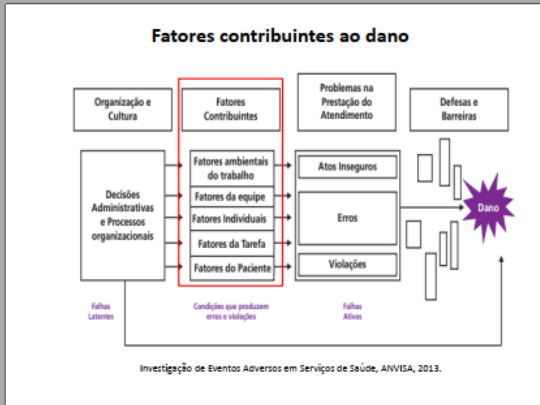
Como estabelecer uma cultura de notificação?

- ✓ Maior envolvimento dos setores administrativos e terceiros
 - ✓ Consscientização da equipe multiprofissional
- ✓ Intensificação quanto à metodologia de notificação de eventos
 - ✓ Alteração da metodologia de investigação dos evento
 - ✓ Ênfase em "COMO" os eventos ocorrerem e não em "QUEM" os cometeu

Imagens: Equipe multiprofissional, caneta de mamãe, placa "NO FALTO DE TÁ", pessoa trabalhando.

INDICADORES ASSISTENCIAIS RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE

PNSP (Portaria nº 524, abril de 2013) e OMS	Institucionais (HEAB)
<ul style="list-style-type: none"> Prevenção de quedas; Prevenção de eventos adversos à medicamentos; Prevenção de LPP; Cuidado no manejo de injeções (prevenção flebite); Identificação correta do paciente; Cirurgia segura; 	<ul style="list-style-type: none"> Perda de cateter central; Extubação acidental; Perda de SNE e SVD

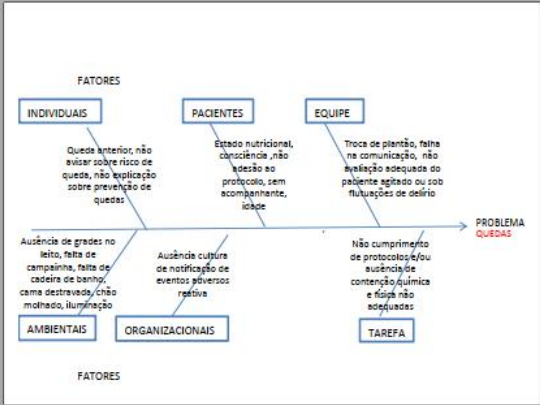


Prevenção de quedas

Caso clínico

Idoso com pneumonia, já tinha chamado algumas vezes a equipe, porém ficou com vergonha de incomodar e foi sozinho ao banheiro. Paciente sofreu queda da própria altura. Não sofreu ferimentos ou fratura.

Fonte: Gerenciamento de Riscos, HEAB, 2017.



Prevenção de quedas

Indicador da qualidade !!

Índice = 0


Disponível em: www.nesquequid.com.br

Prevenção de flebites




Instituto Barão: Organização: <https://www.guest.com.br/ver/1747638/Seguranca-em-Servicos-de-Saude-Como-Prevenir-Eventos-Adversos-em-Servicos-de-Saude>
 H413MgP0-C0A8702682DA1

O que é?

É uma complicação local associada a terapia inflamação/reacção na veia ou artéria



Tipos :

- Mecânica** 
- Química** 
- Bacteriana** 

Principais sintomas:

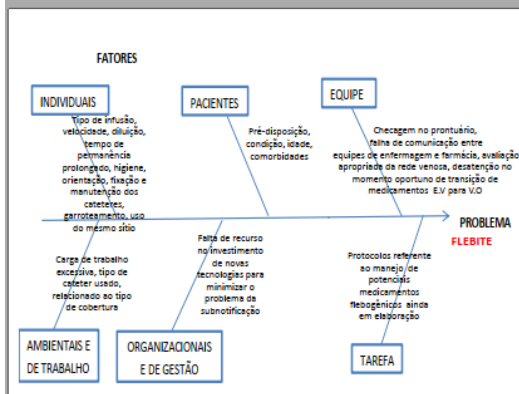
- Dor
- Eritema
- Edema
- Queimação
- Desconforto

MILUTINVIC, 2014.


Flebites – Caso clínico

Paciente HIV, flebite por causa da anfotericina, porém com dificuldade de acesso há algum tempo. Paciente sem rede venosa adequada.

Fonte: Gerenciamento de Riscos, HEAB, 2017.



LESÃO POR PRESSÃO



Lesões cutâneas ou de partes moles superficiais ou profundas, localizadas em proeminências ósseas.

- \$\$\$\$ 2.000 a 70.000 dólares/paciente !!
- Aumento de 3 a 4 dias de internação hospitalar

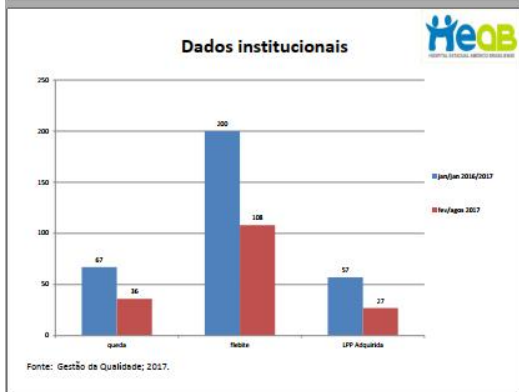
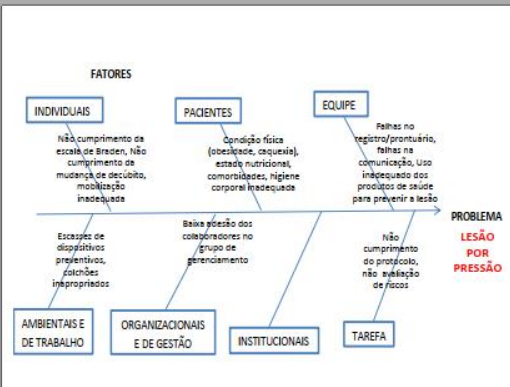
É considerado um **INDICADOR DA QUALIDADE** em assistência hospitalar

BARSOTTI, 2014; OMS, 2010

Caso clínico


Paciente jovem com paralisia cerebral e proeminência óssea. Lesão por pressão auricular por falta da mudança de decúbito.

Fonte: Gerenciamento de Riscos, HEAB, 2017.



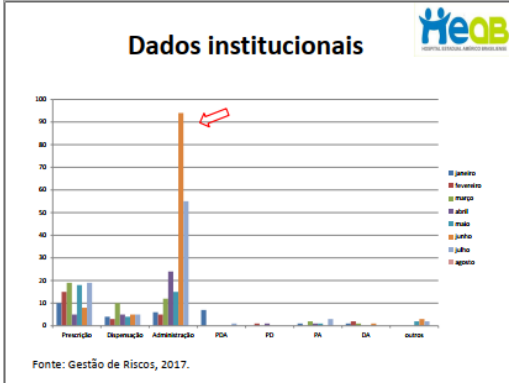
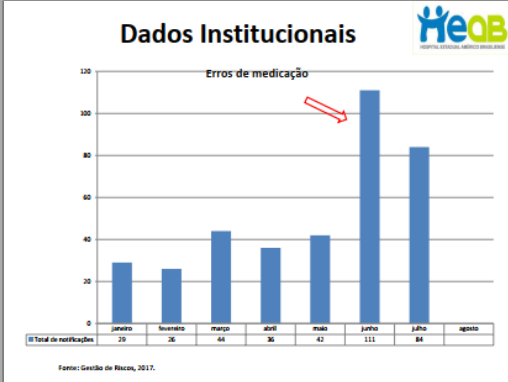
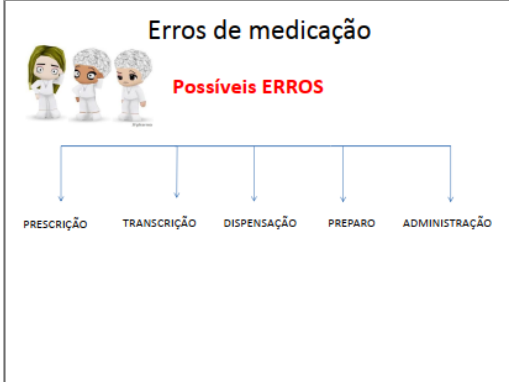
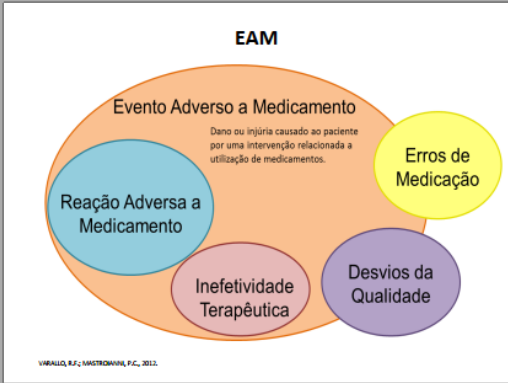
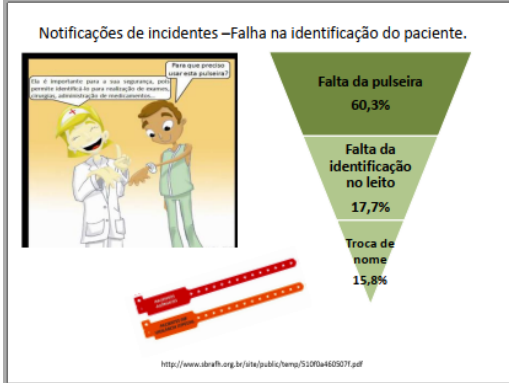
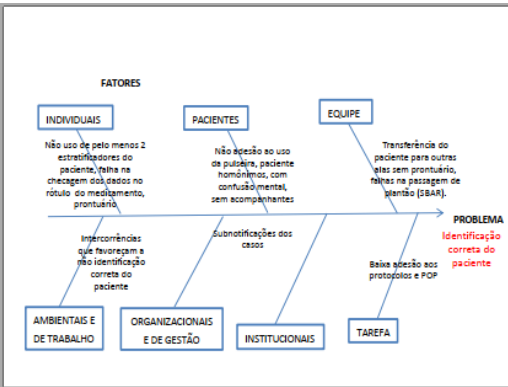
Identificação correta do paciente

Caso Clínico



Medicamento solicitado para paciente Benedito, cuja compra foi autorizada pela diretoria. Entretanto, o colírio foi dispensado para o Herminio (que também utilizava este medicamento) e que estava aguardando os familiares trazerem. Ambos os pacientes estavam internados na UTI.

Fonte: Gerenciamento de Riscos, HEAB, 2017.



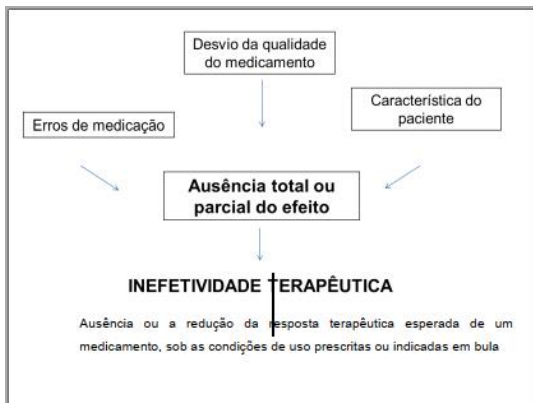
DESVIO DA QUALIDADE

DEFINIÇÃO
É o afastamento dos parâmetros de qualidade estabelecidos para um produto ou processo. (RDC 17/10)

Exemplos
Alteração de cor, odor, sabor, precipitações, problemas de solubilização, presença de partículas estranhas, vazamento, rotulagem



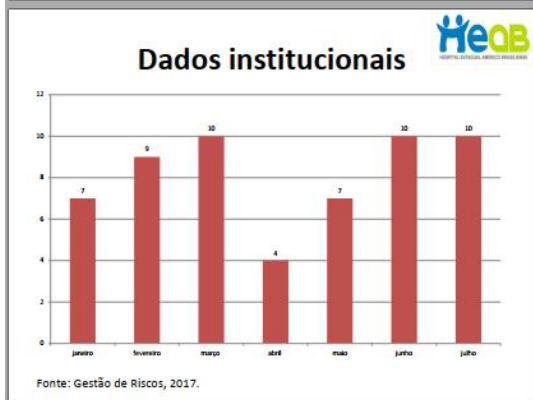




REAÇÃO ADVERSA AO MEDICAMENTO

- Resposta nociva e não intencional ao uso de medicamentos, em doses normais para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças.

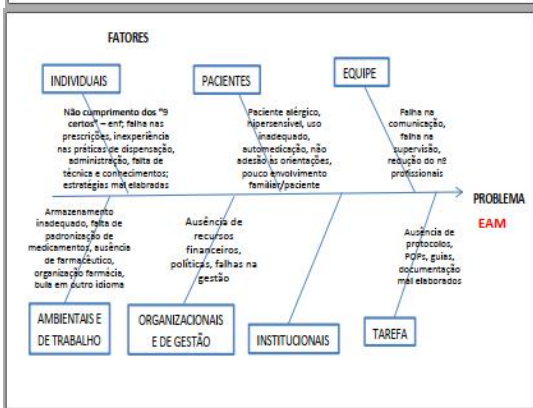
ONS, 1972., OPMS, 2005.



Caso clínico

- Foi prescrito medicamento com a dosagem incorreta 0,15mg ao invés de 150mcg. Ao solicitar a correção da dose, médica também mudou os horários da administração, porém a farmácia não viu e mandou no horário errado;
- Data de validade do medicamento diferente na embalagem primária e secundária;
- Paciente diagnosticada com TEP, anticoagulada com varfarina e enoxaparina. Necessidade de suspensão dos AVO devido INR incoagulável no dia 11/05/2017.

Fonte: Gerenciamento de Riscos, HEAB, 2017.



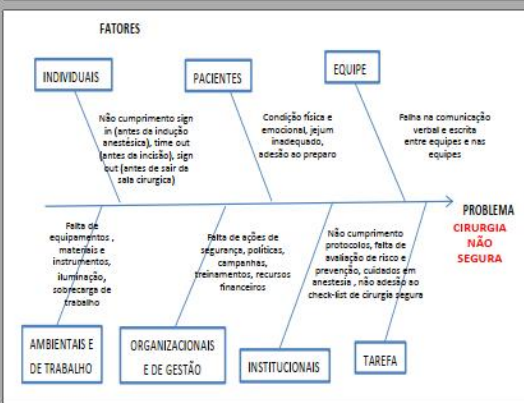
CIRURGIA SEGURA

<http://www.sbrwf.org.br/site/public/tema/5200a4605071.pdf>

Caso clínico

Cirurgia realizada em olho esquerdo ao invés do direito, falha na demarcação da lateralidade, porém sem dano ao paciente.

Fonte: Gerenciamento de Riscos, HEAB, 2017.



Checklist da Campanha de Cirurgia Segura - OMS

Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do Paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica <input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico OK <input type="checkbox"/> Sistema de Pulso Injetado e Funcionando <input type="checkbox"/> O paciente tem alguma alergia? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Há risco de via aérea difícil / broncoespasmo? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, há equipamento disponível há risco de perda sanguínea (>500ml) (7ml/kg em volume)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, há acesso venoso e planejamento, em preparação. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não se aplica 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões <input type="checkbox"/> O divergido, a anestésica e a enfermagem verbalmente confirmam <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do Paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado <input type="checkbox"/> Administração de medicamentos <input type="checkbox"/> Revisão do divergido: há pontos críticos na cirurgia? Qual sua função estômago? Há pontos críticos no sangue? <input type="checkbox"/> Revisão do anestésico: há alguma preocupação com reações alérgicas? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Haverá controle adequado de temperatura durante a cirurgia? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Há ou não imagens em mãos disponíveis? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A enfermeira confirma verbalmente com a equipe: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (e não se aplica) <input type="checkbox"/> Sítios são identificados e com o nome do paciente <input type="checkbox"/> Haverá algum problema com equipamentos que deve ser resolvido <input type="checkbox"/> O divergido, o anestésico e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na responsabilidade anestésica e pós-operatória desse paciente

Perda de cateter central, SNE e extubação acidental

É entendida como a retirada acidental e/ou involuntário do dispositivo

↓

Leva ao aumento da morbidade e mortalidade

↓

Gera aumento do tempo de internação e custos à instituição hospitalar

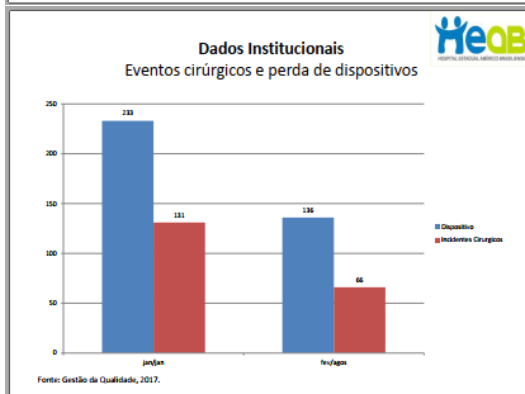
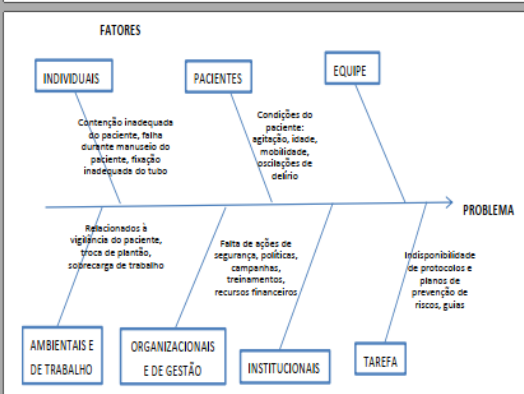
INDICADOR DA QUALIDADE E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE

CASTELLÕES, 2009; LIMA, 2014.

Caso clínico

- 1- Paciente sem restrição de MMSS, no momento do saque da SNE sem acompanhante
- 2- Sacou SNE durante episódio agitação psicomotora

Fonte: Gerenciamento de Riscos, HEAB, 2017.



Infecções relacionadas à Assistência em Saúde - Prevenção de infecções em corrente sanguínea

60% das infecções bacterianas hospitalares estão associadas à presença de dispositivos intravasculares

CVC de curta permanência

ANVISA. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde, 2013.

- ### Medidas de prevenção
- ✓ Barreiras máximas: Higiene das mãos, uso de gorros, luvas, avental.
 - ✓ Desinfecção de conectores
 - ✓ Seleção apropriada do sítio de inserção – veia subclávia preferencial
 - ✓ Revisão diária do dispositivo – manutenção apropriada
 - ✓ Cobertura adequada
 - ✓ Troca correta do curativo
 - ✓ Avaliação da pele

PRESSA, FALTA DE HIGIENE E DESPREPARO

As principais falhas ocorridas no relatório de São Bernardo do Campo

- 1 Falta de higienização das mãos antes de procedimentos
- 1 Falta de higienização das mãos após o exame
- 1 Falta de higienização das mãos antes de procedimentos
- 1 Falta de higienização das mãos após o exame
- 1 Falta de higienização das mãos antes de procedimentos
- 1 Falta de higienização das mãos após o exame

EM BARUERI, OUTRO MUTIRÃO CRIMINOSO

No dia 8 de agosto de 2014, 23 locais foram submetidos a check-up de rotina em um núcleo realizado pelo Instituto de Saúde em São Paulo. Entre eles, 18 apresentaram danos físicos, desde de transmissão de sangue até a utilização de materiais contaminados e outros itens.

EM BARUERI, OUTRO MUTIRÃO CRIMINOSO

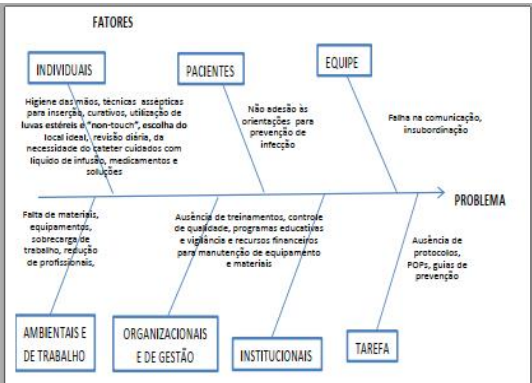
No dia 8 de agosto de 2014, 23 locais foram submetidos a check-up de rotina em um núcleo realizado pelo Instituto de Saúde em São Paulo. Entre eles, 18 apresentaram danos físicos, desde de transmissão de sangue até a utilização de materiais contaminados e outros itens.

Saldo Trágico

27 pacientes vítimas fatais
22 apresentaram danos físicos
8 apresentaram danos psicológicos
15 pacientes em risco de contaminação por transmissão de sangue
1 paciente morto

Selfie de médicos se torna prova em processo após a morte do paciente

Em Barueri, um médico tirou uma selfie com o paciente morto em seu colo. A imagem foi usada como prova em um processo judicial.

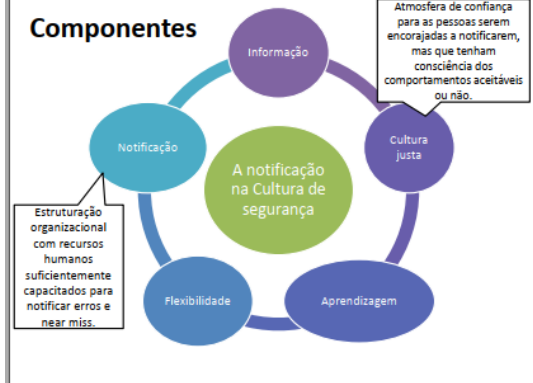


Importância das notificações

Interpretação dos fatores contribuintes e aprendizagem das vulnerabilidades da linha de cuidado

Informações sobre danos, near miss, perigos → Processos seguros de atendimento

Fleming e McRae. Healthcare quarterly, 2012.



NOTIVISA

Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

Critérios para notificação

Suspeita de quaisquer sinais, sintomas ou processos que possam predispor ou ocasionar dano ao paciente.


Critérios mínimos (imprescindíveis) para a notificação:

- Dados do paciente
- Descrição do evento adverso com os **FATORES CONTRIBUINTES**
- Grau do evento
 - Nenhum
 - Leve
 - Moderado
 - Grave
 - Óbito
- Local do evento
- Data do evento
- Tipo do evento
 - Near miss
 - Evento sem dano

Critérios para notificação

Variáveis de Habilidade	Campos preenchidos na ficha de notificação		
	Imprescindível	Necessário	Informativo
Quanto ao campo de preenchimento da ficha de notificação do HEAB:			
Dados do notificador Nome			X
Data da notificação		X	
Nome do notificador	X	X	
Características do paciente			
Tipo de incidente/evento adverso (near miss, circunstância de risco, evento sem dano, EA)	X		
Fatores contribuintes	X		
Consequência para o paciente / grau do dano (óbito, grave, moderado, leve)		X	
Ações de melhoria			X
Características do incidente/evento adverso	X		
Fase de assistência (alta, transferência, admissão, durante exame, acompanhamento, doação de sangue)	X		
Local de ocorrência do evento	X		
Data do evento	X		
Período em que ocorreu o evento	X		
Prevenção da ocorrência de EA	X	X	
Anotação em prontuário	X		

NOTIFICAÇÃO COM QUALIDADE



- **Descrição do incidentes ou queixas técnicas:**
Tipo de incidente classificados adequadamente
Gravidade do problema
Informações sobre o defecho do problema
- **Descrição do produto ou processo envolvido no incidente**
- **Fatores contribuintes:**
Informar detalhadamente como ocorreu o problema (ordem cronológica do incidente)
Informar possíveis causas para ocorrência do problema
- **Descrição do paciente ou profissional:**
Nome ou registro do paciente
Sexo
Idade
- **Outras informações relevantes sobre o incidente**
- **Outras informações relevantes sobre a notificação:**
Notificação legível
Notificação sem rasuras

CAPUCHO et al., 2014.

Caso clínico (OMS modificado)

Paciente MFS de 75 anos foi admitida em um hospital com febre e diagnosticada com pneumonia. Familiares relatam que a paciente por ser idosa e com antecedentes de hipertensão arterial, osteoporose e fibrilação atrial, além de problemas no stelo por conta da calcemia devido à diabetes, fica acamada por longos períodos. Vinha recebendo tratamento com nifedipil, diflaxem, omeprazol, calcio, vitamina D e alendronato de sódio. Realizou uma debridamento de gaze que confirmou osteoporose aguda com risco de fratura grave. Os médicos que a tratavam suspenderam o uso de alendronato e iniciaram a terapia com bisfosfonato concomitantemente com a vacinação para tratar a pneumonia. Após 5 dias com o tratamento adequado, a paciente apresentou queixas de dor e desconforto no local de punção venoso perfurada. Também houve queixa de desconforto na região dorsal do corpo, pois paciente permaneceu sempre no mesmo posicionamento. Foi feita a substituição da venocanula por periclitiva e após o segundo dia do novo tratamento a paciente desenvolveu uma erupção cutânea. Ela era alérgica a penicilina, porém, esta informação não constava em seu prontuário e nem na sua identificação. O hospital estava superlotado e nenhum médico enfermeiro estava disponível. O médico residente apesar da evolução dos sintomas preferiu manter o tratamento com penicilina. Durante a noite, a paciente tentou se levantar do leito e escorregou, caindo e fraturou a bacia. O chlo estava molhado. Paciente passou por uma avaliação de fratura através de exame de imagem (raio X) no entanto, o acompanhante que esperava a paciente voltar ao leito, quis saber o exame, visto que foi brido pelo X do Mitoir esquerdo. Neste momento, a equipe concluiu que o prontuário e pedido médico foram trocados por outra paciente (M.S), também idosa e que deu entrada por IRA (insuficiência renal aguda) e foi alocada no mesmo quarto da paciente MFS, por volta das 19:00 h da noite. A paciente com IRA, passou por medidas para tratamento da insuficiência renal aguda e depois foi transferida para unidade de terapia intensiva. Na UTI, ela foi sedada pois apresentava agitação. Houve necessidade da passagem de sonda nasointestinal (SNI) e cateter venoso central para realização de hemodiálise (HD). Mesmo sedada, paciente sofreu acidente e saiu SNI. Entretanto, quando os profissionais estavam realizando os procedimentos da passagem de sonda, o cateter de hemodiálise foi fracionado e acado acidentalmente, sendo necessária nova introdução para manutenção das sessões de diálise. A medida para a IRA da paciente não estava sendo adotada. Verificou-se que houve falta do equipamento da HD, mais especificamente na bomba de infusão devido a falta do fornecedor do capilar da HD.





**Na dúvida,
NOTIFIQUE!**

- <https://www.youtube.com/watch?v=zI6YB61WkOI>

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Instrução técnica para a segurança do paciente em serviços de saúde e de outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jul. 2013. ANVISA, 2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 529 de 17 de Abril de 2013. Instrução de Programa Nacional de Segurança do Paciente (PN-SP). COU de 03/04/2013.
- CAPUCHO, H. C.; AMARAL, E. R.; CASSIANI, S. H. D. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde TT - Seguridad del Paciente: comparación entre la notificación espontánea manuscrita y computarizada de incidentes en la salud TT -. Rev. Gaúcha Enferm., v. 34, n. 1, p. 149-172, 2013.
- CASTILHOS, T. M. F. W.; SILVA, L. D. DA. Ações de enfermagem para a prevenção da evasão acidental. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 4, p. 549-565, 2009.
- DUARTE, S. DA C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.
- MILUTINOVIC, D.; SMAN, D. Risk factor for probability and questionnaire study of nurses' perception. July-Aug. Enfermagem, v. 23(3), n. 44, p. 677-6877, 2015.
- PANDOLF, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Rev. Gaúcha de Enfermagem, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.
- SANTOS, C. L. B. et al. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. Occurrence of adverse events as indicators of quality of care in an intensive care unit. v. 23, n. 3, 2015.
- VARRAL, E. R. et al. Casos de subregistro de los eventos adversos de medicamentos por los profesionales de la salud: misión científica. revista escuela de enfermagem USP, v. 48, n. 4, p. 758-763, 2014.
- World Alliance for Patient Safety. Final Technical Report for The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v.1.1, 149 p. 2020.
- SOUSA, P.; LIMA, A. S.; SERRAVALLO, F.; LEITE, E.; NUNES, C. Segurança do cliente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidências e evitabilidade. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa, 2011. Disponível em: < <https://repositorio.nespsp.ucp.pt/handle/document/100> > Acesso em: 03/06/2022.

Muito Obrigada pela atenção !



villaverde.quel@gmail.com

