



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR – Mestrado Profissional - PPGSTEH

**PROPOSTA EDUCATIVA SOBRE USO DE MEDICAMENTO DE ALTA
VIGILÂNCIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

RIO DE JANEIRO

2019

ROBERTA FLECHER BARBOSA TEODORO

**PROPOSTA EDUCATIVA SOBRE USO DE MEDICAMENTO DE ALTA
VIGILÂNCIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Linha de pesquisa: Política e Tecnologias em Saúde no Espaço Hospitalar. Orientadora Profa. Dra. Danielle Galdino de Paula.

Rio de Janeiro

2019

Roberta Flecher Barbosa Teodoro

Proposta educativa sobre uso de medicamento de alta vigilância para profissionais de saúde

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao programa de Pós-graduação – Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Aprovada em 21 de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Danielle Galdino de Paula
Presidente

Prof. Dr. Rafael de Lima Bilio
1º Examinador

Prof^ª. Dra. Mônica de Almeida Carreiro
2º Examinador

Prof^ª. Dra. Márcia Barreto da Silva Feijó
Suplente

Prof^ª. Dra. Cristiane Rodrigues da Rocha
Suplente

Rio de Janeiro

2019

RESUMO

Teodoro, Roberta Flecher Barbosa. Proposta educativa sobre uso de medicamento de alta vigilância para profissionais de saúde. 131f. Dissertação (Mestrado profissional) – Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Objetivo: Desenvolver uma proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância (MAV) para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo, quase-experimental, do tipo antes e depois, que foi realizado em um hospital privado de grande porte localizado em Niterói/RJ. Foi utilizada amostragem não-probabilística por conveniência. Participaram do estudo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Analisaram-se as variáveis utilizando o teste do Qui-quadrado para avaliar os resultados. **Resultados:** A pesquisa antes e depois da proposta educativa apresentou aumento estatisticamente significativo de respostas com conotação negativa em 29,5% das perguntas. A notificação de incidentes relacionados a medicamento aumentou 28%, sendo que a classe dos opioides apresentou um incremento de 50%. **Discussão:** Atribui-se ao resultado da pesquisa a melhoria na compreensão dos aspectos sobre segurança do paciente, à falta de divulgação das ações promotoras da segurança do paciente incentivadas pela direção da instituição, e as ações de capacitação pontuais que são insuficientes aos profissionais. O aumento das notificações sobre medicamentos é bastante esperado, tendo em vista que erros os envolvendo são frequentes em pacientes internados, que quando em terapia intensiva utilizam rotineiramente opioides. **Conclusão:** Houve contribuição no aprimoramento do senso crítico relacionado à segurança do paciente e no aumento das notificações relativas ao tema abordado.

Descritores: Materiais educativos e de divulgação, notificação, educação permanente, segurança do paciente, medicamento potencialmente perigoso.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Dimensões da qualidade no cuidado em saúde.....	21
Quadro 2 - Esquema para aplicação da proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva.....	37
Quadro 3 - Ferramenta educativa para médicos (frente e verso)	38
Quadro 4 - Ferramenta educativa para enfermeiros (frente e verso)	39
Quadro 5 - Ferramenta educativa para técnicos de enfermagem (frente e verso)	40
Quadro 6 - Fluxograma do delineamento do estudo referente à proposta educativa relacionada à competência e habilidade	43
Quadro 7 - Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pela Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)	44
Quadro 8 - Percentual de adesão dos participantes à PCSP antes e depois da proposta educativa.....	45
Quadro 9 - Variação das notificações relacionadas aos Protocolos de Segurança do Paciente estabelecidos pelo Ministério da Saúde antes e depois da proposta educativa.....	48
Quadro 10 - Variação das notificações sobre medicamentos antes e depois da proposta educativa.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência absoluta e relativa das prescrições que apresentaram algum erro considerando-se o hospital e os MPPS – fase 1, 2007.....	27
Tabela 2 - Definição dos períodos considerados como antes e depois.....	44
Tabela 3 - Participantes da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente da UTI geral.....	45
Tabela 4 – Perguntas por dimensão com diferença significativa ($p < 0,05$) no estudo antes e depois da proposta educativa.....	46
Tabela 5 – Análise do efeito da proposta educativa na Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente da UTI geral.....	47

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	09
1- INTRODUÇÃO.....	11
OBJETIVO GERAL.....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
2- JUSTIFICATIVA.....	14
3- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
3.1. Qualidade e segurança do paciente.....	16
3.1.1. Política de Segurança do Paciente.....	22
3.2. Práticas de segurança na utilização de medicamentos de alta vigilância.....	24
3.3. Educação permanente em saúde.....	29
4- METODOLOGIA.....	31
4.1. Delineamento do estudo.....	31
4.2. Local do estudo.....	32
4.3. População do estudo.....	32
4.4. Definição dos conteúdos abordados no estudo.....	33
4.5. Questões éticas da pesquisa.....	33
4.6. Análise dos resultados e estatística.....	33
5- PRODUÇÃO TÉCNICA.....	35
5.1. Resumo do produto.....	35
5.2. Proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva.....	36
5.3. O multiplicador como colaborador nos aspectos teóricos práticos da proposta educativa.....	41
6- RESULTADOS.....	42
6.1. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP): Análise das competências adquiridas.....	44
6.2. Notificações de incidentes: Análise das habilidades adquiridas.....	48
7- DISCUSSÃO.....	51
7.1. Proposta educativa.....	51
7.2. A proposta educativa: Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP) e as competências adquiridas.....	52
7.3 A proposta educativa: Notificação de incidentes e as habilidades as adquiridas.....	56
7.4 Publicização da proposta educativa: contribuições da pesquisa à sociedade.....	58
8- CONCLUSÃO.....	61
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

APÊNDICE I - TERMO DE ANUÊNCIA.....	71
APÊNDICE II - TERMO DE ANUÊNCIA.....	72
APÊNDICE III - DECLARAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS.....	73
APÊNDICE IV - DECLARAÇÃO PARA USO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE.....	74
APÊNDICE V - TERMO DE COMPROMISSO.....	75
APÊNDICE VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	76
APÊNDICE VII - PLANO DE AULA.....	78
APÊNDICE VIII - MANUAL DO MULTIPLICADOR.....	80
APÊNDICE IX - MATERIAL DIDÁTICO PARA TREINAMENTO.....	83
APÊNDICE X - ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO MULTIPLICADOR.....	89
APÊNDICE XI - ARTIGO SUBMETIDO.....	90
APÊNDICE XII – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO.....	100
APÊNDICE XIII - ARTIGO A SER PUBLICADO.....	101
ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	120
ANEXO II - PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	123

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Dentro do fundamento de gestão da qualidade, conceitua-se desenvolvimento de pessoas como a criação de condições que promovam a realização profissional e as relações humanas através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional (ONA, 2014). A organização deve fornecer treinamento e educação sobre segurança do paciente frequente para os gestores, colaboradores e terceiros, incluindo a educação direcionada para áreas específicas focadas na segurança do paciente (ACI, 2015). No entanto, um dos grandes desafios da aplicação de protocolos de rotina em qualquer tipo de serviço é o envolvimento da equipe de trabalho. Mas, de acordo com a RDC nº 36/2013, uma das competências do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP é desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, difundindo conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente (BRASIL, 2014a). E necessita de esforços gerenciais e dos profissionais para ser colocada em prática.

No âmbito do trabalho em saúde, um dos aspectos cruciais, frente às constantes transformações, é a necessidade do investimento na formação dos profissionais para atender às necessidades de atenção à saúde da população. No contexto em saúde, a educação no trabalho tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade, apontando alternativas nos modos de produzir saúde de qualidade e maior satisfação de usuários e profissionais. Nesse sentido, a educação permanente tem se constituído fator determinante na construção de competências dos profissionais para a laborabilidade (SALUM, 2014).

Além disso, a importância de incorporar a segurança do paciente à educação é mais bem reconhecida, com os requisitos de segurança do paciente sendo cada vez mais incluídos no currículo de todas as disciplinas e em vários níveis de treinamento (NPSF, 2015).

Diversos profissionais dos campos da educação e da saúde compartilham a ideia de que os denominados materiais educativos são elementos facilitadores e garantem suportes complementares à prática educativo-pedagógica. Portanto, o desenvolvimento destes materiais educativos deve estar ancorado em uma proposta de educação libertadora, que valoriza a formação de cada pessoa com suporte na realidade do mundo em que ela vive (BARBOSA *et al.*, 2010).

Kishmoto (1996) relata que, na maioria das vezes, o ato lúdico se contrapõe ao trabalho, considerado atividade séria, mas, o caráter "não sério" não implica que a brincadeira deixe de ser séria. A pouca seriedade a que faz referência está mais relacionada ao cômico, ao riso, que a acompanha. Quando brinca, a pessoa toma certa distância da vida cotidiana, entra no mundo imaginário.

Os jogos, as atividades para exercitar a habilidade mental e a imaginação, como qualquer atividade lúdica agrada, entretém, prende a atenção, entusiasma e ensina com maior eficiência, porque transmite as informações de várias formas, estimulando diversos sentidos ao mesmo tempo e sem se tornar cansativo. Em um jogo, a carga informativa pode ser significativamente maior, os apelos sensoriais podem ser multiplicados e isso faz com que a atenção e o interesse sejam mantidos, promovendo a retenção da informação e facilitando a aprendizagem. Portanto, toda a atividade que incorporar a "ludicidade" pode se tornar um recurso facilitador do processo de ensino e aprendizagem (CHEMELLHO, 2014). Dentre as diferentes formas de garantir o aprendizado, o jogo educativo foi considerado uma estratégia divertida e estimulante, deixando-as mais atentas e abertas a aprender e a ensinar (FONSECA, 2000).

Compreender, portanto, como essas pessoas aprendem é determinante para reunir condições adequadas para ensiná-las. Trata-se do principal desafio no contexto da educação formal ou informal. Em se tratando do contexto educativo informal, os profissionais da saúde necessitam reconhecer que o conhecimento determinante para certo grupo social se encontra na cultura desse grupo (MUNGUBA, 2010).

1. INTRODUÇÃO

No cenário da saúde, o tema qualidade tem ocupado lugar de destaque não somente nos países desenvolvidos economicamente, mas de forma geral em todo o mundo, incluindo diversos tipos de sistemas de saúde. Neste sentido, conceituar qualidade, considerando suas diferentes dimensões como técnica, organizacional e gerencial, tem sido um desafio para estudiosos da área da saúde (COSTA, 2014).

Na perspectiva da reflexão sobre qualidade em saúde, a segurança do paciente é um dos pilares que sustentam os níveis da qualidade. A partir disso, verifica-se uma grande quantidade de erros e eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde, que normalmente ganham grande evidência nos meios de comunicação (WEGNER, 2012). A segurança do paciente é definida então como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários, durante a atenção à saúde. Ela é composta por estratégias que buscam evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los (BRASIL, 2014b).

Este tema tornou-se ainda mais importante com a publicação no ano de 1999 do documento intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, publicado pelo *Institute of Medicine (IOM)*, que acrescentou esta preocupação como uma das dimensões da qualidade (BRASIL, 2013a).

Apesar do progresso desses últimos anos, a segurança do paciente continua sendo um importante problema de saúde pública. Os danos evitáveis são aqueles relacionados aos cuidados de saúde e que ocorrem desnecessariamente, podendo ser uma lesão ou dano não intencional que resulte em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência (MENDES, 2013). Eles continuam ocorrendo de maneira frequente em todos os ambientes de assistência à saúde e entre todas as populações de pacientes. Os danos causados durante a assistência provocam mortalidade e morbidade significativas, além de implicações para a qualidade de vida, não menos que obesidade, acidentes de avião ou de veículo motor e câncer de mama (NPSF, 2015). Estudos recentes indicam que o custo geral por problemas de segurança continua alto (LANDRIGAN, 2010; OIG, 2010; CLASSEN, 2011; JAMES 2013).

No Brasil, com o propósito de ampliar as ações de segurança e qualidade em serviços de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 28 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento (BPF) para os serviços de saúde, definindo padrões

mínimos para o funcionamento desses serviços, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2014a). Outra legislação que merece destaque neste assunto é a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Esta última estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde. O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do PNSP (BRASIL, 2014b). Para subsidiar os profissionais deste núcleo, foram disponibilizados protocolos que abordam diversos temas (BRASIL, 2013d/e), inclusive o uso e administração de medicamentos.

A Organização mundial de Saúde - OMS no início de 2017 iniciou o terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente com o tema medicação sem danos com o objetivo de reduzir danos aos pacientes gerados por práticas de medicação não segura e erros de medicação. Está dentro da filosofia de segurança do paciente anteriormente desenvolvida pela OMS, que os erros são inevitáveis e grande parte deles são provocados por sistemas de saúde frágeis e o desafio é reduzir sua frequência e impacto. As pessoas ao redor do mundo, em alguns momentos de suas vidas, tomam medicamentos para prevenir ou tratar doenças. Contudo, os medicamentos às vezes, causam danos sérios se utilizado incorretamente, insuficientemente monitorado ou como resultado de um erro, acidente ou problema de comunicação. Considerando a experiência de outras indústrias de alto risco, e o trabalho de longa data da OMS com especialistas na segurança dos cuidados de saúde, fica evidente que os seres humanos cometem erros que raramente são por negligência, mas sim, porque os sistemas, processos e os procedimentos com os quais trabalham são frequentemente falho ou disfuncional. Isso, inevitavelmente, aumentam os erros e danos relacionados à medicação. Todos os erros de medicação são potencialmente evitáveis. Esses erros podem ser muito reduzidos ou mesmo impedidos ao melhorar os sistemas e práticas de medicação, incluindo a compra, prescrição, preparo, dispensação, administração e monitoramento (WHO, 2017).

Assim, um dos grandes desafios da aplicação de protocolos de rotina em qualquer tipo de serviço é o envolvimento da equipe de trabalho. Dentro do fundamento de gestão da qualidade, conceitua-se desenvolvimento de pessoas como a criação de condições que promovam a realização profissional e as relações humanas através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional (ONA, 2014). A organização deve

frequentemente fornecer treinamento e educação sobre segurança do paciente para os gestores, colaboradores e terceiros, incluindo a educação direcionada para áreas específicas focadas na segurança do paciente (ACI, 2015).

No âmbito do trabalho em saúde, um dos aspectos cruciais, frente às constantes transformações, é a necessidade do investimento na formação dos profissionais para atender às necessidades de atenção à saúde da população. No contexto em saúde, a educação no trabalho tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade, apontando alternativas nos modos de produzir saúde de qualidade e maior satisfação de usuários e profissionais. Nesse sentido, a educação permanente tem se constituído fator determinante na construção de competências dos profissionais para a laborabilidade (SALUM, 2014).

De acordo com a RDC nº 36/2013, uma das competências do NSP é desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, difundindo conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente. (BRASIL, 2014a)

Mediante o exposto, a situação problema existente é a necessidade de multiplicar conteúdos relacionados à segurança do paciente aos colaboradores médicos e da enfermagem, em uma instituição que não possui Programa de Educação Permanente nem setor responsável por este. Assim sendo, o trabalho nas estratégias educativas pode ser enriquecido com o uso de jogos educativos e se configurar como uma oportunidade de formação planejada, atendendo também aos requisitos das metodologias de acreditação hospitalar, no que se refere à treinamento contínuo dos colaboradores. Estes são instrumentos de comunicação, expressão e aprendizado, que favorecem o conhecimento e, com isso, intensificam as diversas trocas de saberes e constituem a base do aprendizado, embora não sejam apenas eles que determinam a aprendizagem, mas, também, as relações que são construídas das pessoas entre si, com o ambiente, e com o mundo (HOLANDA, 2009). Os materiais didáticos em formato de jogos sobre segurança do paciente são de especial relevância, pois envolvem elementos educacionais e lúdicos, e com isso são diferenciados para treinamentos realizados intra-hospitalares e nos postos de trabalho dos profissionais de saúde. Além de auxiliar no reforço dos conteúdos e também na verificação da assimilação.

Consequentemente, este trabalho tem por finalidade fornecer proposta educativa para a comunidade científica, com objetivo de auxiliar no desenvolvimento de conhecimento e

avaliação do aprendizado dos conteúdos relacionados a um dos seis protocolos de segurança do paciente definidos pelo Ministério da Saúde e que pode ser aplicado no local de trabalho.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma proposta educativa sobre o uso de medicamentos de alta vigilância (MAV) para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o ambiente de cultura de segurança do paciente
- Elaborar uma proposta educativa sobre uso de medicamentos de alta vigilância
- Capacitar os multiplicadores na aplicação da proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde e;
- Avaliar a proposta educativa.

PRODUTOS ACADÊMICOS: Manual do Multiplicador, Roteiro para Avaliação do multiplicador, material didático com conteúdo dos treinamentos com multiplicadores (aulas), ferramenta lúdica no formato de caça-palavras sobre os medicamentos de alta vigilância para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

CLASSIFICAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO: Desenvolvimento de técnica pedagógica/T3.

2. JUSTIFICATIVA

Justifica-se o estudo pois Watcher (2013) sugere que a segurança do paciente deve ser valorizada, mais do que nunca, principalmente nos hospitais, onde os profissionais trabalham em busca do melhor para os pacientes, mas que, devido à elevada complexidade, estes podem estar em risco só pelo fato de lá se encontrarem.

Os eventos adversos são injúrias causadas pelo cuidado do profissional da saúde por fatores não relacionados à doença de base do paciente, podendo prolongar a hospitalização ou

modificar o tratamento proposto inicialmente (WEGNER, 2012). Nos hospitais, a chance de o erro acontecer é elevada pelo fato da prestação de serviços estar ligada a complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos (MILAGRES, 2015). No Brasil, a preocupação com o impacto dos erros de medicação na segurança do paciente é evidenciada pelo número de estudos desenvolvidos na última década. Um estudo multicêntrico sobre erros de medicação realizado em cinco hospitais brasileiros identificou 1500 erros de medicação, ou seja, 30% das doses administradas continhas algum erro (RIGOBELLO, 2012).

Em boletim publicado no início de 2017, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA disponibilizou resultados obtidos pela análise dos dados de incidentes relacionados à assistência à saúde notificados no ano 2016 no Brasil, onde se constata que o número de notificações à agência vem aumentando ao longo do tempo e o número de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo eventos adversos, apresenta tendência de aumento progressivo (BRASIL, 2017a), porém incidentes com medicamentos ainda não são detectados por este sistema. Diante deste cenário, é notória a oportunidade de melhoria da qualidade da assistência prestada na administração de medicamentos e com isso, suas notificações.

Ainda que muitos erros de medicação não causem danos aos pacientes, alguns medicamentos são conhecidos por apresentarem risco aumentado de causar danos significativos ou até mesmo fatais em decorrência de falha na utilização. A ocorrência de erros na administração desses medicamentos pode ter resultados clínicos catastróficos, comprometendo a segurança do paciente. Sabe-se que cerca de 20 medicamentos são responsáveis por 80% das mortes por erros de medicação. Por isso, tais medicamentos são identificados como medicamentos potencialmente perigosos (MPP) ou de medicamento de alta vigilância (MAV) ou ainda de medicamento de alto risco (MAR). Estes termos não estão relacionados aos medicamentos mais comumente envolvidos em erros já que, a frequência de erros envolvendo MPP pode ser bastante baixa quando comparada a outros medicamentos porque os MPP exigem maior cautela e atenção especial por parte dos profissionais da saúde quando empregados (ZANETTI, 2014)

A educação permanente desses profissionais pode ser uma das estratégias para mantê-los mais conscientes quanto aos medicamentos de alta vigilância. Os estabelecimentos de saúde, portanto, necessitam incorporar novas tecnologias em um programa de educação permanente de seus profissionais. Faz parte dos planos (locais) de segurança do paciente e dos estabelecimentos de saúde influir no programa de educação permanente (BRASIL, 2014b).

O trabalho nas estratégias educativas pode ser enriquecido com o uso de jogos educativos. Estes são instrumentos de comunicação, expressão e aprendizado, favorecem o conhecimento e, com isso, intensificam as diversas trocas de saberes e constituem a base do aprendizado, embora não sejam apenas eles que determinam a aprendizagem, mas, também, as relações que são construídas das pessoas entre si, com o ambiente, e com o mundo (HOLANDA, 2009).

Os materiais didáticos em formato de jogos sobre segurança do paciente são de especial relevância, pois envolvem elementos educacionais e lúdicos, e com isso são diferenciados para treinamentos realizados intra-hospitalares e nos postos de trabalho dos profissionais de saúde. Além de auxiliar no reforço dos conteúdos e também na verificação da assimilação.

Consequentemente, este trabalho tem por finalidade fornecer proposta educativa para a comunidade científica, com objetivo de auxiliar no desenvolvimento de conhecimento e avaliação do aprendizado dos conteúdos relacionados a um dos seis protocolos de segurança do paciente definidos pelo Ministério da Saúde e que pode ser aplicado no local de trabalho.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. Qualidade e segurança do paciente

A partir do final do século XIX, devido às transformações sociais, políticas e culturais, e como consequência do desenvolvimento científico, foram tomadas medidas que contribuíram para melhorar os resultados do cuidado à saúde, que, além de repercutirem na diminuição da taxa de mortalidade, influenciaram no aumento da expectativa de vida. Naquela época, surgiram nomes como o de Florence Nightingale, cujos estudos sobre morbidade e mortalidade na Inglaterra, foram precursores das estatísticas hospitalares, e de Ernest Codman, cirurgião americano, considerado precursor do que é hoje o processo de acreditação de serviços de saúde da *The Joint Commission*, que propôs um sistema de padronização para hospitais, visando a melhoria da qualidade dos resultados - *End result system* (GOMES, 2008). Como citado por Al-Hakim (2007): "Todo hospital deve acompanhar todos os pacientes que tratar o tempo suficiente para determinar se o tratamento foi bem-

sucedido e, em seguida, perguntar "se não, por que não ", com uma visão de evitar falhas semelhantes no futuro¹ (*Ernest Codman, 1914*).

A definição de qualidade do cuidado à saúde, divulgada pelo Instituto de Medicina norte-americano (*Institute of Medicine – IOM*) em 1990, indica que a qualidade é o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis de acordo com o conhecimento científico corrente (IOM, 1999). Desta forma, qualidade significa prover o cuidado apropriado, tecnicamente adequado, com boa interação e comunicação, compartilhamento das decisões, e respeito à cultura (SCHUSTER, 1998).

Dentre deste contexto surge a expressão “Segurança do Paciente”, que hoje é amplamente utilizada, mas poucas vezes, definida pelos gestores com clareza. Os profissionais envolvidos estão preocupados com problemas de qualidade no atendimento. (LIMA, 2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (BRASIL, 2014b).

De acordo com o *The Canadian Patient Safety Dictionary*, a segurança do paciente corresponde nas organizações de saúde: à redução e mitigação de atos não seguros, de erros não-intencionais; aplicação de boas práticas baseadas nas condições de estrutura e processos de trabalho, dos serviços de saúde, que reduzam os riscos e eventos adversos no cuidado, em prol de obter resultados satisfatórios para os pacientes (SILVA; ROSA, 2016).

Ocultar os erros é, por si só, situação que envolve várias consequências, que podem ser imediatas, e comprometer um tratamento. A experiência profissional permite referir que isso acontece na prática do cuidado em saúde e não é incomum, já que é mais fácil esquecer ou negar do que se responsabilizar diante das ações que não se desenvolveram conforme o planejado. A partir do momento em que se materializa a possibilidade de erros ocorrerem, minimizam-se as críticas sobre a personalização individual dos eventos adversos (WEGNER; PEDRO 2012) e passa a ser visto como um possível erro de processo passível de ocorrer novamente se não for corrigido.

Nessa perspectiva, a segurança do paciente torna-se foco de pesquisadores de todo o mundo assumindo uma dimensão fundamental para qualidade em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do

¹ Traduzido do original em inglês: *"Every hospital should follow every patient it treats long enough to determine whether the treatment has been successful, and then to inquire 'if not, why not' with a view to preventing similar failures in the future."*

Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) ao reconhecer globalmente a magnitude do fenômeno de preocupação com o paciente e aspectos relacionados à sua segurança (SILVA; ROSA, 2016).

O relatório do *Institute of Medicine* no ano 1999 intitulado “*To err is human - building a safer health system*”, foi um marco na segurança do paciente, porque alertou para a alta frequência de eventos adversos (EA) resultantes do cuidado hospitalar (MARCHON, 2015).

A gestão da qualidade tal qual é conhecida atualmente teve início no final dos anos 1980 e princípio dos 1990, quando ganhou grande importância em empresas de diversos setores, incluindo o setor saúde, que passaram a avaliar todo seu processo operacional e gerencial, tendo como foco o cliente (GRAJALES *et al.*, 2011).

No Brasil, a preocupação com a segurança do paciente começa a surgir em meados dos anos 90, quando as instituições públicas e privadas passam a adotar medidas para melhoria da qualidade hospitalar. Em 1991 foi criado o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH) (D’INNOCENZO *et al.*, 2006).

A implantação da Gestão da Qualidade em hospitais requer o comprometimento da Alta Administração quanto às mudanças necessárias para tal iniciativa, pois são necessários esforços constantes para incorporar, em toda a equipe e níveis hierárquicos, os conceitos da busca de melhoria contínua. Um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) envolve mudanças tecnológica, filosófica, cultural e na governança do hospital. A mudança tecnológica e de filosofia são alterações nas formas de execução do trabalho em termos de procedimentos, rotinas e normas do serviço prestado aos pacientes. A mudança cultural são alterações na cultura organizacional em termos de padrões, valores e crenças sobre como funciona a Organização. A mudança no sistema de governança do hospital se dá no processo de tomada de decisão e estrutura de poder. Essas mudanças devem estar alinhadas a uma estratégia de promoção da Gestão da Qualidade focada na educação e treinamento em seus conceitos e valores é importante para disseminar novas culturas e paradigmas. Essa disseminação deve se iniciar na Alta Administração do hospital até chegar aos níveis mais operacionais. Educação e treinamento devem ocorrer com todos os profissionais do hospital. Essa gestão deve ser conduzida por um Comitê ou departamento voltado para a Gestão da Qualidade (ALÁSTICO; TOLEDO, 2013).

Assim sendo, a institucionalização de um sistema de qualidade em saúde compreende um conjunto de estratégias centradas na exigência, formação, trabalho, e desenvolvimento emocional conduzindo a elaboração dos critérios de qualidade, entendidos como liderança, estratégias e planos, clientes e sociedade, informações e conhecimento, pessoas e processos.

A capacitação e o desenvolvimento das habilidades dos profissionais é um fator considerável, visto que com investimentos na qualificação profissional consequentemente haverá melhoria na assistência prestada ao paciente. É importante destacar a necessidade de que um treinamento eficaz deve estar alinhado com as estratégias desenvolvidas pela organização, criando competências e contribuindo para a melhoria do desempenho dos colaboradores e a realização da missão do hospital (VIDAL *et al.*, 2013).

Os processos de acreditação em saúde são, neste contexto, uma forma de implantar a Gestão da Qualidade. A utilização de padrões de qualidade na saúde iniciou-se com a publicação dos Padrões Mínimos publicados pelo Colégio Americano de Cirurgiões em 1917, que definia requisitos mínimos para a realização de cirurgias, a fim de promover melhorias às práticas nos hospitais (SHAW *et al.*, 2010). Entretanto, a definição acerca dos padrões de qualidade como um método de gestão nas instituições de saúde, especialmente os hospitais, se deu principalmente quando a *Joint Commission*, o maior grupo de acreditação de organizações de saúde no mundo, incorporou padrões de garantia de qualidade ao seu programa de acreditação, publicados em 1953 (JOINT COMMISSION, 2012). Assim como a *Joint Commission* vem evoluindo ao longo dos últimos anos, definindo novos padrões de qualidade, outras instituições acreditadoras, ou seja, entidades que certificam hospitais e outros serviços de saúde que atingem requisitos mínimos de qualidade, foram surgindo em todos os países do mundo, inclusive o Brasil (CAPUCHO, 2012).

Como forma de aprofundar as ações de qualidade em saúde, novos conceitos foram sendo sedimentados e o tema acreditação ganhou força em 1995 no âmbito do Ministério da Saúde com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. Em busca de alcançar padrões de avaliação comuns aos serviços de saúde no país, e com o estabelecimento de um consenso de opiniões, surge em 1998 o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Apenas um ano depois, em 1999 inicia-se a implantação das normas técnicas do Sistema Brasileiro de Acreditação com a constituição juridicamente da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (ONA, 2014). A criação da ONA está ligada às mudanças que ocorreram após a Constituição de 1988, que definiu a saúde como um direito de todo cidadão. Desde sua criação, a ONA coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação - SBA, que reúne organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente e da melhoria do atendimento. (ONA, 2018).

O modelo de acreditação canadense também é um modelo internacional e tem sido utilizado em diversos países. A metodologia internacional de excelência Qmentum International orienta e monitora os padrões de alta performance em qualidade e segurança,

utilizando critérios internacionais com validação mundial. No Brasil, a *Accreditation Canada International* (ACI) introduziu o modelo canadense em 2008 e desenhou uma Joint Venture com o IQG (Instituto Qualisa de Gestão), uma empresa certificada para realização de avaliação de qualidade para acreditação pelos modelos da ONA e é a única no Brasil credenciada para realizar avaliação do modelo Qmentum International (CORRÊA, 2014). O processo de acreditação dessa metodologia é rigoroso exige autoavaliações, auditorias no local e ações de acompanhamento das melhorias. Essa prática envolve a verificação constante das atividades e dos serviços prestados pelas instituições, com base em padrões pré-estabelecidos, utilizando princípios de qualidade alinhados à segurança do paciente (BRAGA, 2015). Esses princípios são traduzidos em mais de 30 práticas organizacionais obrigatórias, respaldadas em evidências internacionais que tratam das áreas de alta prioridade para a qualidade e a segurança, a saber: cultura de segurança, comunicação, uso de medicamentos, vida profissional/Força de trabalho, prevenção de infecção e avaliação de risco (ACI, 2016a).

O conceito de qualidade do cuidado em saúde apresenta-se sob várias perspectivas, podendo ter diversas definições. *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que define qualidade do cuidado em serviços de saúde como o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados tem uma definição muito semelhante ao *Institute of Medicine* (IOM). Este considera que a qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente. A segurança do paciente é sempre reconhecida como um componente extremamente importante da qualidade em saúde, conforme Quadro 1 (MARCHON, 2015).

Quadro 1 - Dimensões da qualidade no cuidado em saúde

Atributos/ Dimensões	Definição
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobre utilização, respectivamente).
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Institute of Medicine 2001. Tradução livre

A acreditação estimula a realização de atividades de treinamento e educação, o que contribui para a capacitação dos profissionais de saúde e o aprendizado organizacional (POMEY *et al.*, 2010).

Em uma pesquisa, as atitudes e percepções que os profissionais de saúde têm em relação à acreditação, são contrastantes. Quando se consideram os clientes internos, há pesquisas que revelam que a acreditação contribui para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde. As visões positivas associam a acreditação como uma estratégia eficaz para a qualidade e melhoria do desempenho organizacional. Também, seria uma forma de demonstrar compromisso com a qualidade dos serviços. Já as atitudes negativas associam a acreditação à burocratização e aos seus altos custos de implantação. Para os entrevistados, a superação das dificuldades identificadas passa pelo compromisso da alta direção com a acreditação e pela promoção de atividades de sensibilização e treinamento dos profissionais de saúde (MENDES *et al.*, 2015). Desta forma, há relação intrínseca entre a gestão da qualidade em saúde e a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos nesta mudança de cultura.

3.1.1. Política Nacional de Segurança do Paciente

Em 2007, a ANVISA, em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizou a oficina “Segurança do Paciente: Um Desafio Global”, a fim de preparar uma proposta nacional para a segurança do paciente e se ajustar as propostas da OMS, em busca de que as discussões e sugestões possibilitassem a construção de um projeto nacional para a melhoria de segurança do paciente nas instituições de saúde, adaptados as necessidades brasileiras (BRASIL, 2007). Nesse mesmo sentido, em 2011, foi aprovada a RDC N° 63, que aborda requisitos de boas práticas para os serviços de saúde, a partir de estratégias e ações como a higienização das mãos, ações de prevenção e controle dos eventos adversos relacionados à saúde, orientações para a administração segura de medicamentos, hemocomponentes e sangue, mecanismos para a prevenção de quedas e úlceras por pressão dos pacientes, mecanismos para garantir a segurança cirúrgica e orientações a fim de fazer com que os pacientes participem da assistência prestada (BRASIL, 2011).

Entende-se que o ápice dessa política da ANVISA ocorreu em 2013, quando foi aprovada a RDC nº 36, com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, comprometendo assim a direção dos serviços de saúde em constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (Brasil, 2013b). Esta RDC também trouxe como exigência a implantação dos protocolos de segurança do paciente, que são instrumentos baseados em evidências científicas, valiosos para a padronização de processos de trabalho e importantes para a qualidade da assistência. Foram eleitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) devido ao pequeno investimento necessário para a sua implantação e à magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. (BRASIL, 2014b). Desta forma, o NSP deve possuir princípios e diretrizes de melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (Brasil, 2013b).

Todos esses esforços estão associados para implantação da cultura de segurança do paciente que, de acordo com Tomazoni (2014), nos serviços de saúde ela é representada pelo conjunto de conhecimentos, pensamentos, crenças, hábitos, costumes e rotinas seguidas e compartilhadas entre os membros da equipe. Sendo assim, grande parte dos indivíduos pode desenvolver hábitos bons ou ruins, de acordo com o clima de segurança do ambiente em que estão inseridos. A cultura de segurança, neste cenário, tem sido identificada como de grande

impacto para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e está relacionada às taxas de eventos adversos e mortalidade.

Neste cenário, a cultura de segurança é entendida como um dos valores da cultura organizacional cujo objetivo é favorecer ações coerentes e comportamentos mais adequados, tendo atitudes e normas como fundamentais para um ambiente seguro. Mas esta cultura de segurança pode se apresentar diferente entre subgrupos das organizações, como por exemplo, setores e categorias profissionais que possuem sua própria cultura e *modus operandi* regidos por códigos disciplinares específicos. Além das atitudes e valores individuais dos membros da organização, o comprometimento e envolvimento do *staff* executivo, tático e operacional com a segurança influenciam diretamente no cotidiano, já que esta precisa ser renovada diariamente devido a sua característica perecível (SILVA; ROSA, 2016).

Acredita-se que mudanças na cultura organizacional das instituições sejam necessária, tendo em vista a sua influência sobre o olhar dos profissionais para os cuidados prestados, seu conhecimento sobre segurança do paciente e valorização das estratégias de melhorias da segurança do paciente implementadas nos processos de trabalho (COSTA, 2014).

As instituições de saúde devem alertar-se para existência de cultura organizacional de baixas expectativas, caracterizada por falta ou falha de comunicação, mudanças ambíguas ou rápidas que não são comunicadas a todos os profissionais, troca de informações incompletas e a falta de informações. Em contrapartida, as instituições que possuírem lideranças fortes e colaborativas, um sistema fácil de notificação e que enfatize a notificação sem culpa, comprometimento em realizar atitudes a partir das notificações e ainda preocuparem com a segurança do paciente provavelmente terão uma cultura de segurança positiva (WATCHER, 2010).

Uma das grandes dificuldades na implantação de uma cultura de segurança do paciente é o uso de medicamentos, devido aos inúmeros riscos inerentes a este processo. Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos (ASPDEN, 2007). Em pesquisa que analisou eventos adversos relacionados a medicamentos que ocorreram em hospital norte-americano de 1994 a 2000, foi observado que mais da metade dos eventos preveníveis que provocam danos nos pacientes envolvia anticoagulantes, opiáceos e insulinas (IHI, 2012).

3.2. Práticas de segurança na utilização de medicamentos de alta vigilância

Políticas de segurança específicas adotadas por hospitais e apoiadas pelos profissionais da saúde podem melhorar significativamente a segurança quanto ao uso de medicamentos potencialmente perigosos (MPP). Conhecimento e informação são aliados na prevenção dos erros, por isso, essas políticas devem, primeiramente, fornecer programas de educação e de treinamento direcionados a todos os profissionais de saúde e aos pacientes envolvidos com o uso de MPP, e projetar ferramentas de identificação, notificação e monitoramento de MPP. Deste modo, é possível a formação de equipes competentes, que possam garantir a aplicação coerente dos fundamentos e conhecimentos inseridos na cultura hospitalar (FEDERICO, 2007; GRAHAM *et al.*, 2008; NICCOLAI *et al.*, 2004).

Em 1995, o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) realizou um estudo histórico em mais de 160 hospitais para avaliar quais medicamentos causaram danos graves e morte ao longo do período de um ano. Ao fim do estudo, seis tipos de medicamentos destacaram-se como fatores potenciais de risco em ambientes hospitalares, sendo estes: insulina, heparina, opioides, cloreto de potássio injetável ou fosfato de potássio concentrado, bloqueadores neuromusculares e quimioterápicos (JCAHO, 2001; JCR, 2008).

No estudo de Rosa *et al.*, foi visto que mais de 90% dos erros de medicação com MPP se concentraram em 11 medicamentos, a saber: heparina, fentanil, midazolam, nalbufina, pancurônio, dopamina, cloreto de potássio, tramadol, epinefrina, petidina e morfina (ROSA, M.B., *et al.*, 2009). Corroborando com a pesquisa, em que se pode destacar que das 24 classes terapêuticas pesquisadas, os anestésicos foram o segundo mais encontrado (10,67%), seguido dos analgésicos e anti-inflamatórios. Os eletrólitos também tiveram uma percentagem considerável (5,33%). Já para os agentes antitrombóticos encontramos a percentagem de 3,33% dos fármacos pesquisados (LOPES, D. M. A., *et al.*, 2012).

Winterstein *et al.* (2002), analisando os eventos adversos a medicamentos (EAM) que aconteceram em hospital da América do Norte de 1994 a 2000, informaram que somente três classes de medicamentos foram responsáveis por 50% dos eventos que podem ser prevenidos. Essas três classes de medicamentos são MPPs e as situações observadas foram as seguintes:

- anticoagulantes: overdose ou monitoramento e ajustes insuficientes acarretando episódios hemorrágicos;
- opiáceos: overdose ou falhas nos ajustes em relação às interações e antagonistas, estando esses eventos associados à sonolência e à depressão respiratória;
- insulinas: dose e monitoramento inadequados associados à hipoglicemia

Em estudo feito na América do Norte, foram pesquisados EAMs associados ao uso de MPP em pacientes hospitalizados e essa associação foi comprovada em 13,6% dos que utilizaram heparina, 8,2% dos que usaram varfarina, 10,7% tratados com insulina/hipoglicemiantes e 0,5% que fez uso da digoxina. Os pacientes que tiveram EAMs associados aos MPPs apresentaram aumento do tempo de permanência hospitalar e da mortalidade, exceto aqueles em uso de heparina e antimicrobianos. Foram estimados 888.000 EAMs relacionados ao uso dos MPPs (CLASSEN; JASER; BUDNITZ, 2010).

Um estudo de incidência encontra-se descrito na Tabela 1 a seguir e demonstrou que as heparinas não-fracionadas (HNFs) de 5.000 unidades – ampola de 0,25 mL foram o MPP com mais alta frequência de erros (344). Dentre os dez mais frequentes, três são opiáceos, sendo a morfina a quinta mais frequente (127), a fentanila, a sétima (117) e o tramadol, o nono (74) (ROSA, 2011).

Muitos paradigmas são desafiados quando se fala em erros de medicação. Os profissionais de saúde normalmente associam falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de punições. A fim de contribuir para a redução de erros, é preciso análise constante, cuidadosa e atenta, por parte das instituições de saúde, de erros que efetivamente ocorrem. Nos últimos anos, muito se tem falado sobre investigação de erros de medicação visto que é de fundamental importância para promover a confiabilidade do sistema de medicação e a segurança do paciente (RABELO NÉRI *et al.*, 2011).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) de 2013 reforçou os medicamentos potencialmente perigosos (MPP) através das boas práticas lançadas e difundidas a partir da sua organização, de maneira particular as informações contidas no protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Diversos procedimentos essenciais à prática profissional são apresentados com a finalidade de promover o uso seguro desses medicamentos nos estabelecimentos de saúde, enfatizando-se a necessidade da adoção de protocolos específicos para a incorporação de princípios que contribuam para a prevenção de erros envolvendo os MPP no âmbito da profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (ZANETTI, 2014). Este protocolo propõe ainda monitoramento de erros das etapas de prescrição, dispensação, administração de medicamentos através de indicadores com verificação mensal (BRASIL, 2013e). Para os MPP merecem destaque as seguintes práticas, contidas neste protocolo:

- dupla-verificação (na farmácia e no momento do recebimento pela equipe de enfermagem) das doses prescritas principalmente para MPP;

- dupla-verificação por dois profissionais, para os cálculos (de diluição e programação de bomba de infusão) e administração de MPP;
- elaboração de lista de MPP constando relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual;
- limitação do número de apresentações e concentrações disponíveis de MPP;
- suporte eletrônico para prescrição que forneça minimamente informações sobre doses máximas para MPP;
- restrição do número de apresentações e concentrações de MPP padronizados na instituição;
- armazenamento com restrição de acesso, para produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), inclusive MPP;
- armazenamento por ordem alfabética ou por formas farmacêuticas associado à identificação por etiquetas coloridas, inclusive MPP;
- identificação correta e diferente dos demais medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico, quando necessário manter estoques de MPP;
- análise farmacêutica das prescrições, priorizando aquelas que contêm MPP, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.
- elaboração e disponibilização de procedimentos operacionais atualizados para a dispensação de medicamentos, com destaque especial para os MPP;
- na dispensação, identificar os MPP e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;
- revisão pelo farmacêutico das prescrições de MPP;
- identificação diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação;
- permanência nas unidades de internação APENAS dos MPP que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.

Tabela 1 - Distribuição de frequência absoluta e relativa das prescrições que apresentaram algum erro considerando-se o hospital e os MPPS – fase 1, 2007

MPP	Hospital		
	1	2	3
HEPARINA 5.000 unidades – AMPOLA 0,25 ML	151 (17,2%)	56 (7,9%)	137 (23,6%)
GLICOSE 50% 500 MG/ML – AMPOLA 5 ML	65 (7,4%)	112 (15,9%)	71 (12,2%)
CLORETO DE POTÁSSIO 10% 100 MG/ML – AMPOLA 10 ML	65 (7,4%)	78 (11,1%)	45 (7,8%)
INSULINA HUMANA REGULAR SOL INJ 100 unidades /ML FRASCO AMPOLA 10 ML	43 (4,9%)	68 (9,6%)	62 (10,7%)
MORFINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 10 MG AMPOLA 1 ML	51 (5,8%)	39 (5,5%)	37 (6,4%)
MIDAZOLAN	117 (13,3%)	0 (0%)	2 (0,3%)
FENTANILA	106 (12,1%)	6 (0,9%)	5 (0,9%)
INSULINA HUMANA NPH SUSPENSÃO INJETÁVEL 100 unidades /ML – FRASCO AMPOLA 10 ML	15 (1,7%)	20 (2,8%)	39 (6,7%)
TRAMADOL SOLUÇÃO ORAL 100 MG/ML – FRASCO AMPOLA 10	35 (4%)	19 (2,7%)	20 (3,4%)
CLORETO DE SÓDIO 20% 200 MG/ML – AMPOLA 10 ML	3 (0,3%)	59 (8,4%)	6 (1%)
CETAMINA FORMA RACÊMICA + INJETÁVEL 50 MG/ML – AMPOLA 10 ML	45 (5,1%)	0 (0%)	0 (0%)
SULFATO DE MÁGNEISIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG/ML – AMPOLA 10 ML	20 (23%)	18 (2,6%)	6 (1%)
CODEÍNA 30 MG COMPRIMIDO	11 (1,3%)	0 (0%)	30 (5,2%)
NALBUFINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 10 MG – AMPOLA 1 ML	11 (1,3%)	8 (1,1%)	20 (3,4%)
MIDAZOLAN SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML – AMPOLA 3 ML	36 (4,1%)	0 (0%)	2 (0,3%)
HEPARINA	4 (0,5%)	34 (4,8%)	0 (0%)
FENTANILA SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,05 MG/ML – FRASCO-	0 (0%)	35 (5%)	0 (0%)
MIDAZOLAN SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML – AMPOLA 10 ML	1 (0,1%)	29 (4,1%)	1 (0,2%)
TRAMADOL 50 MG/ML – AMPOLA 2ML	0 (0%)	9 (1,3%)	21 (3,6%)
ENOXAPARINA 40 MG – SERINGA PREENCHIDA	20 (2,3%)		5 (0,9%)
NOREPINEFRINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 2 MG/ML – AMPOLA 4 ML	18 (2,1%)	1 (0,1%)	3 (0,5%)
DOBUTAMINA 12,5 MG/ML – AMPOLA 20 ML	1 (0,1%)	19 (2,7%)	2 (0,3%)
PANCURÔNIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 2 MG/ML – AMPOLA 2 ML	18 (2,1%)	1 (0,1%)	0 (0%)
PROMETAZINA 25 MG/ML – AMPOLA 2 ML	3 (0,3%)	3 (0,4%)	10 (1,7%)
MIDAZOLAN SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 MG/ML – AMPOLA 5 ML	1 (0,1%)	15 (2,1%)	0 (0%)
CODEÍNA + PARACETAMOL 30 MG/500 MG - COMPRIMIDO	1 (0,1%)	14 (2%)	0 (0%)
ENOXAPARINA 60 MG – SERINGA PREENCHIDA	0 (0%)	5 (0,7%)	9 (1,6%)
CLORETO DE SÓDIO 10% 100 MG/ML – AMPOLA 10 ML	8 (0,9%)	0 (0%)	2 (0,3%)
HEPARINA 1.000 unidades – AMPOLA 5 ML	1 (0,1%)	4 (0,6%)	4 (0,7%)
CODEÍNA SOLUÇÃO 20 MG/ML – FRASCO 10 ML	0 (0%)	9 (1,3%)	0 (0%)
MORFINA	3 (0,3%)	2 (0,3%)	1 (0,1%)
DIGOXINA 0,25 MG - COMPRIMIDO	1 (0,1%)	0 (0%)	4 (0,7%)
AMIODARONA 50 MG/ML – AMPOLA 3 ML	0 (0%)	3 (0,4%)	2 (0,3%)
ENOXAPARINA	0 (0%)	4 (0,6%)	1 (0,2%)
PROPOFOL EMULSÃO INJETÁVEL 10 MG/ML – AMPOLA 20 ML	3 (0,3%)	2 (0,3%)	0 (0%)
CLORETO DE SÓDIO 20 % 200 MG/ML – AMPOLA 20 ML	0 (0%)	0 (0%)	4 (0,7%)
GLIBENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO	0 (0%)	0 (0%)	4 (0,7%)
ENOXAPARINA 80 MG SERINGA PREENCHIDA	0 (0%)	1 (0,1%)	3 (0,5%)

Continua Tabela 1

MPP	Hospitais		
	1	2	3
METFORMINA 500 MG – COMPRIMIDO	0 (0%)	1 (0,1%)	3 (0,5%)
DESLANOSÍDEO 0,2 MG/ML – AMPOLA 2 ML	0 (0%)	2 (0,3%)	2 (0,3%)
FOSFATO ÁCIDO DE POTÁSSIO 2 mEq/ML – AMPOLA 10 ML	0 (0%)	2 (0,3%)	2 (0,3%)
VARFARINA 5 MG - COMPRIMIDO	0 (0%)	4 (0,6%)	0 (0%)
METFORMINA 850 MG – COMPRIMIDO	4 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
SUXAMETÔNIO	4 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
GLICOSE	2 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,2%)
PROMETAZINA	2 (0,2%)	1 (0,1%)	0 (0%)
RONCURÔNIO 10 MG/ML – FRASCO-AMPOLA 5 ML	3 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)
CLORETO DE POTÁSSIO	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,3%)
DIGOXINA ELIXIR 0,05 MG/ML – FRASCO 60 ML	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,3%)
EPINEFRINA 1 MG – AMPOLA 1 ML	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0,2%)
METADONA 10 MG – COMPRIMIDO	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0,2%)
MORFINA 1 MG/ML – AMPOLA 2 ML	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0,2%)
CETAMINA 50 MG/ML – FRASCO AMPOLA 10 ML	0 (0%)	2 (0,3%)	0 (0%)
FENTANILA INJETÁVEL 0,05 MG/ML – AMPOLA 2 MKL	0 (0%)	2 (0,3%)	0 (0%)
TRAMADOL	0 (0%)	2 (0,3%)	0 (0%)
INSULINA	1 (0,1%)	1 (0,1%)	0 (0%)
DOPAMINA 5 MG/ML – AMPOLA 10 ML	2 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)
DIGOXINA	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,2%)
MORFINA 30 MG – COMPRIMIDO	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,2%)
AMIODARONA	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
CLORETO DE SÓDIO	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
CODEÍNA + PARACETAMOL	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
METFORMINA	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
METOPROLOL SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 MG/ML – SERINGA 5 ML	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
NITROPRUSSATO DE SÓDIO 50 MG – AMPOLA	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
PROTAMINA 1000 UNIDADES – AMPOLA 5 ML	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
SULFATO DE MAGNÉSIO INJETÁVEL 500 MG/ML – AMPOLA 5 ML	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
SULFATO DE MAGNÉSIO	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
OCITOCINA	0 (0%)	1 (0,1%)	0 (0%)
CODEÍNA	1 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)
SUXAMETÔNIO 20 MG/ML – FRASCO AMPOLA 5 ML	1 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	877	708	566

Fonte: ROSA, 2011

Outro ponto descrito, como propulsores do erro de dispensação e administração, é a semelhança de embalagens e nomes dos medicamentos. No mercado brasileiro tem-se admitido, ainda, essa não-conformidade relativa à similitude de embalagens e rótulos, que são quase confundíveis, fazendo com que nos hospitais do Brasil existam inúmeras embalagens e rótulos semelhantes, induzindo os profissionais envolvidos na dispensação e administração desses fármacos a intercâmbios não intencionais. Merino *et al.* (2003) consideram em sua

pesquisa que para segurança das embalagens e rótulos de medicamentos semelhantes, seria necessário, sempre que possível, evitar a aquisição de especialidades farmacêuticas com aparências semelhantes, incorporando, também, outros mecanismos de prevenção de erros, como o local de armazenamento adequado e, até mesmo, a etiquetagem diferenciada de medicamentos (DE ALMEIDA LOPES *et al.*, 2012).

Em 2017, a questão começa a ser tratada pela ANVISA ao publicar regras para a distinção gráfica e fonética em relação às designações de medicamentos e o estabelecimento de critérios complementares para a avaliação e decisão relacionadas à aprovação de nomes comerciais em processos de registro e modificação pós-registro de medicamentos. Assim, nas situações em que for identificada colidência gráfica e fonética entre o nome proposto e o nome de outro medicamento registrado, serão avaliadas características intrínsecas dos medicamentos envolvidos que poderiam causar erro ou confusão na prescrição, na dispensação e na administração e/ou uso do medicamento (BRASIL, 2017b).

3.3. Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi regulamentada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, que a instituiu como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde propôs a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde. A educação permanente tem por pressuposto a aprendizagem significativa e a transformação das práticas profissionais, uma vez que estas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. Nesta proposta da educação permanente, a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada (BRASIL, 2005).

No processo de educação dos profissionais da saúde, as iniciativas de capacitação contínua são caracterizadas pela relação com o processo de trabalho da instituição, objetivando a transformação da prática. Para isso, os pressupostos pedagógicos são apresentados como a discussão da realidade a partir dos elementos que façam sentido para os

profissionais responsáveis, na busca por melhores condições de trabalho e da qualidade dos serviços. Neste processo de capacitação, a utilização de tecnologias deve possibilitar uma aprendizagem significativa, apoiada no pensamento reflexivo, dialógico, contextual, colaborativo e construtivo (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

O trabalho de Roschke, Brito e Palacios (2002) indica que, geralmente, se deseja com os processos de capacitação a melhoria do desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção; a contribuição para o desenvolvimento de novas competências, como a gestão de qualidade e outro; e a promoção de transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população (BRASIL, 2009).

Neste contexto, para implementar a Política de Educação Permanente em Saúde, a Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014 veio instituir diretrizes no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014c).

Considera-se que as propostas e ações educacionais, como educação continuada, permanente, e as capacitações dos serviços podem proporcionar uma nova visão, estimulando a observação e a reflexão por parte dos profissionais, promovendo, cada vez mais, o desenvolvimento de suas competências. O desenvolvimento de ações educativas como treinamentos, é tema de debate no contexto da política pública de saúde no país. Com isso, as transformações organizacionais geradas pelo conhecimento adquirido nos treinamentos devem ser valorizadas e discutidas, com a compreensão dos gestores de que é preciso investirem tempo, recurso e modificações no ambiente de trabalho. Ressalta-se que o reconhecimento da importância dos treinamentos dentro das organizações de saúde representa um importante passo na busca por mudanças e melhoria na qualidade do serviço prestado. Os treinamentos priorizam a aprendizagem como forma de desenvolver no profissional o aprimoramento das funções realizadas e a valorização do papel de cada membro na construção do processo de trabalho (COSTA, D. B., *et al.*, 2015).

Além da velocidade com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia – ou de onde procuram por atendimento – faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos. Com isso, é evidente a demanda de ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores (CECCIM, 2005).

Novas possibilidades tecnológicas vêm sendo incorporadas às práticas de ensino, destacando-se as iniciativas junto às universidades, seja como apoio ao ensino presencial ou no desenvolvimento de atividades a distância (FROTA *et al.*, 2013). Vários novos programas de capacitação significaram um importante avanço em seus enfoques e experiências. A maioria, entretanto, mantém um atraso significativo nos estilos e práticas de capacitação, repetindo sempre a mesma fórmula de sala de aula (BRASIL, 2009).

Diversos campos de conhecimento na área de saúde, e afins, tem se envolvido com a produção e busca de artifícios tecnológicos para auxiliar no seu cotidiano profissional, permeando suas atividades assistenciais, administrativas e educacionais. Assim, temos observado um aumento na produção de tecnologias, ainda que pouco divulgada. Sabemos que as dificuldades e escassez de recursos físicos, humanos, estruturais e materiais em grande parcela dos serviços de saúde tornam a prática educativa monótona, desestimulante e repetitiva, para o profissional. Acredita-se que os materiais de ensino dinamizam as atividades de Educação em Saúde. Desta forma, se vislumbra o uso da tecnologia educacional como recurso facilitador para o ensino e prática no cotidiano dos trabalhadores na área de saúde (FONSECA *et al.*, 2011).

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo

Estudo quantitativo, descritivo, quase-experimental, do tipo antes e depois. Através do estudo descritivo, será possível analisar os resultados obtidos da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP) e do indicador de notificação de incidentes onde serão analisados o aprendizado de competências e habilidades, adquiridas por meio da proposta educativa, respectivamente.

Para comparação dos resultados foi realizado o estudo antes e depois, não controlado, que também representam importante fonte de aquisição de conhecimentos científicos, pois geralmente suas conclusões levam os investigadores a formularem hipóteses para confirmarem ou não essas associações, por meio de estudos analíticos (HOCHMAN *et al.*, 2005).

4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital privado de grande porte localizado na cidade de Niterói/RJ com uma terapia intensiva geral de 25 leitos, que possuía o selo de Acreditação da ONA nível 3 desde setembro/2012, recertificado em dezembro/2016, e conquistou a certificação *Qmentum International pela Accreditation Canada International* (ACI) no interim do estudo, em setembro/2017.

Atendendo a Resolução - RDC n. 36 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), a instituição, cenário do estudo, possui Núcleo de Segurança do Paciente (ano de 2013) e este vem sendo implementado desde a sua criação.

Ressalta-se que o cenário de pesquisa possui sistema de notificação de incidentes desde 2015 e, em 2016, o sistema passou a ser informatizado com a inserção do Sistema *Soul MV®* – Sistemas Estratégicos – módulo Gestão de ocorrências. A informatização possibilitou celeridade nas análises referentes à notificação. Em relação à Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP), foi utilizada a segunda pesquisa realizada no hospital, em conformidade com o requisito da Acreditação *Qmentum*, que preconiza sua aplicação anualmente.

4.3. População do estudo

Participaram do estudo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem sendo a escolha desses profissionais pelo método de amostragem não-probabilística por conveniência, que segundo Aaker (1995), também pode ser empregado em pré-testes de questionários.

Os critérios de inclusão foram: profissionais dos turnos noturnos e diurnos, com carga horária semanal $\geq 6h$ e com no mínimo 3 meses de atuação na unidade. E os critérios de exclusão foram: profissionais realocados de outras unidades e os afastados das atividades laborais por doença, licença maternidade ou férias.

Para a Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente mantiveram-se os critérios de inclusão e exclusão. No entanto, a referência para determinação da amostragem da população do estudo foi o mês anterior ao período da coleta de dados, assim, o quadro de pessoal utilizado para definir a participação foi referente aos meses anteriores aos estudados, tendo em vista que os dois períodos estudados foram: fevereiro/2017 (estudo antes) e fevereiro/2018 (estudo depois), sendo a proposta educativa realizada nos meses de agosto e setembro/2017.

4.4. Definição dos conteúdos abordados no estudo

O tema do estudo ocorreu a partir da necessidade de enfatizar, periodicamente e de diferentes formas, os conteúdos sobre a segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância com os profissionais envolvidos na assistência. Buscando avaliar a proposta educativa (produto acadêmico do presente estudo), o protocolo de segurança abordado na presente pesquisa foi o de “Prescrição, uso e administração de medicamentos” adaptado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013e) pela instituição para a utilização de medicamentos de alta vigilância.

4.5. Questões éticas da pesquisa

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, conforme Resolução nº466/12, e aprovado com parecer nº 2.395.858 (Anexo I) e Certificado de Apreciação Ética (CAAE) nº 75475317.0.0000.5285, uma vez que, no cenário de estudo não há CEP. No entanto, foi solicitada a anuência da instituição (Apêndice I) e do responsável pelo cenário onde o estudo ocorreu (Apêndice II), declaração para uso de banco de dados (Apêndice III) e declaração para uso de prontuário de paciente (Apêndice IV). Foi ainda firmado compromisso da pesquisadora com a instituição (Apêndice V). Em atendimento a Resolução nº 466/12 a população elencada na pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice VI). Todos os participantes da pesquisa tiveram seu anonimato garantido.

Os riscos do estudo existem, porém, pretendem-se respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes o que minimiza seu impacto.

Os benefícios trazidos pelo projeto foram aumentar o conhecimento científico e incrementar o conhecimento e a habilidade para os profissionais de saúde que atuam no ambiente hospitalar e incrementar pesquisas na temática segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância, que são amplamente utilizados em uma unidade de terapia intensiva.

4.6. Análise dos resultados e estatística

Após a coleta, os dados foram tabulados no Programa Excel da Microsoft® 2007 e o processamento, gráficos e testes para a análise foram realizados pelo programa de estatística GraphPad Prism 5®.

Para alcançar os objetivos do estudo, realizou-se a análise exploratória das variáveis obtidas antes e depois da proposta educativa, utilizando gráficos e medidas descritivas. As associações foram feitas utilizando o teste não-paramétrico do Qui-quadrado, considerando um nível de significância de 5% ($p=0,05$), para constatar ou não se houve diferença significativa nos resultados da pesquisa de cultura de segurança do paciente e nos indicadores de notificação de incidentes após a proposta.

5. PRODUÇÃO TÉCNICA

5.1. Resumo do produto

PROPOSTA EDUCATIVA SOBRE USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Roberta Flecher Barbosa Teodoro¹, Danielle Galdino de Paula².

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Rio de Janeiro. RJ. Brasil.

² Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional. Rio de Janeiro. RJ. Brasil.

Objetivo: Desenvolver uma proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades hospitalares de terapia intensiva. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo, com análise exploratória da distribuição Qui-quadrado das variáveis obtidas antes e depois da aplicação da intervenção em um hospital privado de grande porte localizado na cidade de Niterói/RJ. Utilizou-se o método de amostragem não-probabilística por conveniência. Participaram do estudo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na unidade de terapia intensiva geral. Foi realizado treinamento com multiplicadores sobre o protocolo de segurança “Prescrição, uso e administração de medicamentos” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013e) adaptado para a utilização de opioides, acrescido da utilização da ferramenta lúdica para revisão e desenvolvimento de conhecimento sobre o assunto. **Resultados:** Foram analisadas as competências advindas da intervenção educativa, através da medição das notificações de incidentes relacionados ao tema e da Pesquisa de cultura de segurança do paciente. Os resultados obtidos foram comparados com os anteriores à intervenção, constatando-se que houve aumento de 50% na notificação de incidentes envolvendo opioides e que os colaboradores demonstraram uma cultura mais rigorosa quanto à segurança do paciente. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** Foi realizada a intervenção educativa através do treinamento com multiplicadores seguido da utilização de atividade lúdica sobre segurança do paciente com ênfase nos medicamentos opioides. Constatou-se impacto positivo na unidade estudada favorecendo as notificações de incidentes e a cultura de segurança, o que tornou pertinente sua utilização para a educação profissional dos participantes envolvidos e passível de replicação em outros cenários de assistência.

Descritores: Materiais educativos e de divulgação, notificação, educação permanente, segurança do paciente, medicamento potencialmente perigoso.

5.2. Proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva

Para desenvolver a proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva, foi necessário o planejamento de atividades, dentre elas as que envolveram treinamento dos multiplicadores acerca do material didático a ser utilizado e envolvimento da equipe das unidades hospitalares: Gestão da Qualidade, Gestão de Pessoas e Direção Clínica e de Enfermagem do hospital. A necessidade de treinamentos periódicos sobre segurança do paciente, e também a exigência de metodologias de acreditação hospitalar da Organização Nacional de Acreditação - ONA e *Accreditation Canada International* - ACI, tiveram que ser consideradas. A partir desse momento, as possíveis formas de explorar a temática de jogos educativos foram discutidas e alguns formatos foram sugeridos pelos envolvidos. O desenvolvimento do treinamento e do material didático percorreu, em linhas gerais, as seguintes etapas:

- convocação e envolvimento da equipe das unidades hospitalares: Gestão da Qualidade, Gestão de Pessoas e Direção Clínica e de Enfermagem do hospital;
- elaboração de um manual do multiplicador para orientação e padronização da atividade pedagógica a ser desenvolvida;
- definição dos multiplicadores;
- treinamento dos multiplicadores e;
- utilização da ferramenta educativa pelos profissionais que atuam no cenário da pesquisa.

A proposta educativa, produto acadêmico do estudo, foi constituída de: treinamento com multiplicadores, subsidiados com o Manual do Multiplicador (Apêndice VIII), o Roteiro para Avaliação do multiplicador (Apêndice IX), material didático com conteúdo das aulas (Apêndice X), acrescida da ferramenta lúdica no formato de caça-palavras (Apêndice XI) sobre os medicamentos de alta vigilância (Quadro 2), elaborada especificamente para médicos (Quadro 3), enfermeiros (Quadro 4) e técnicos de enfermagem (Quadro 5).

(1º)

Projeto:
Proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente

MANUAL DO MULTIPLICADOR

Niterói
2017

(2º)

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO MULTIPLICADOR

Atribua a pontuação abaixo para avaliar o multiplicador:

1	2	3	4
Ruim	Razoável	Bom	Excelente

1- Os tópicos abaixo foram abordados?

() Conceito de medicamento de alta vigilância

() Panorama mundial

() Correlação com erros durante a assistência ao paciente

() Motivo dos opioides serem classificados como medicamento de alta vigilância

() Exemplos de opioides utilizados na UTI

() Riscos que os opioides podem causar para os pacientes

() Como os medicamentos de alta vigilância são diferenciados para os MEDICOS no momento da prescrição médica, OU

Como os medicamentos de alta vigilância são diferenciados para ENFERMEIROS na prescrição, visualmente e durante o preparo da diluição, OU

Como os medicamentos de alta vigilância são diferenciados para TECNICOS DE ENFERMAGEM no momento do recebimento, na prescrição médica e no preparo da diluição.

() Quais incidentes devem ser notificados em relação a estes medicamentos

2- Foi claro na comunicação? ()

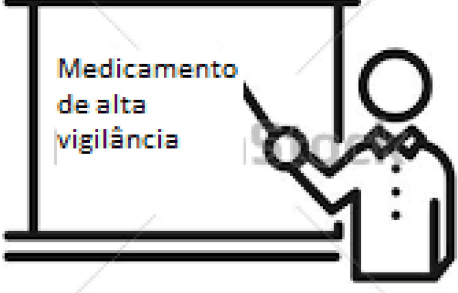
3- Teve bom relacionamento com o grupo? ()

Comentário:

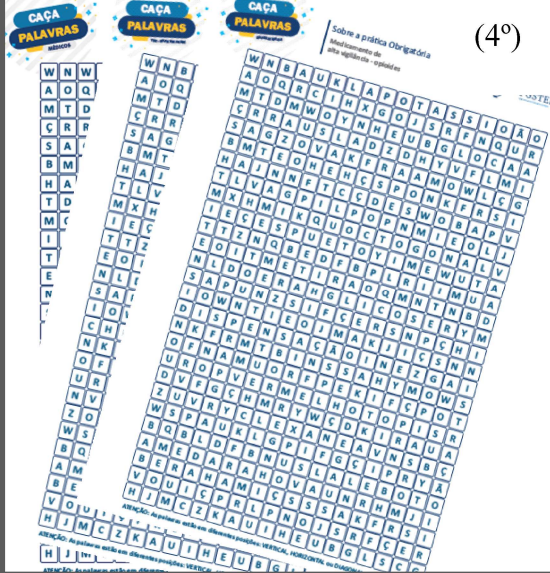
A avaliação do multiplicador é:

() Insatisfatória () Pouco satisfatória () Satisfatória () Muito satisfatória

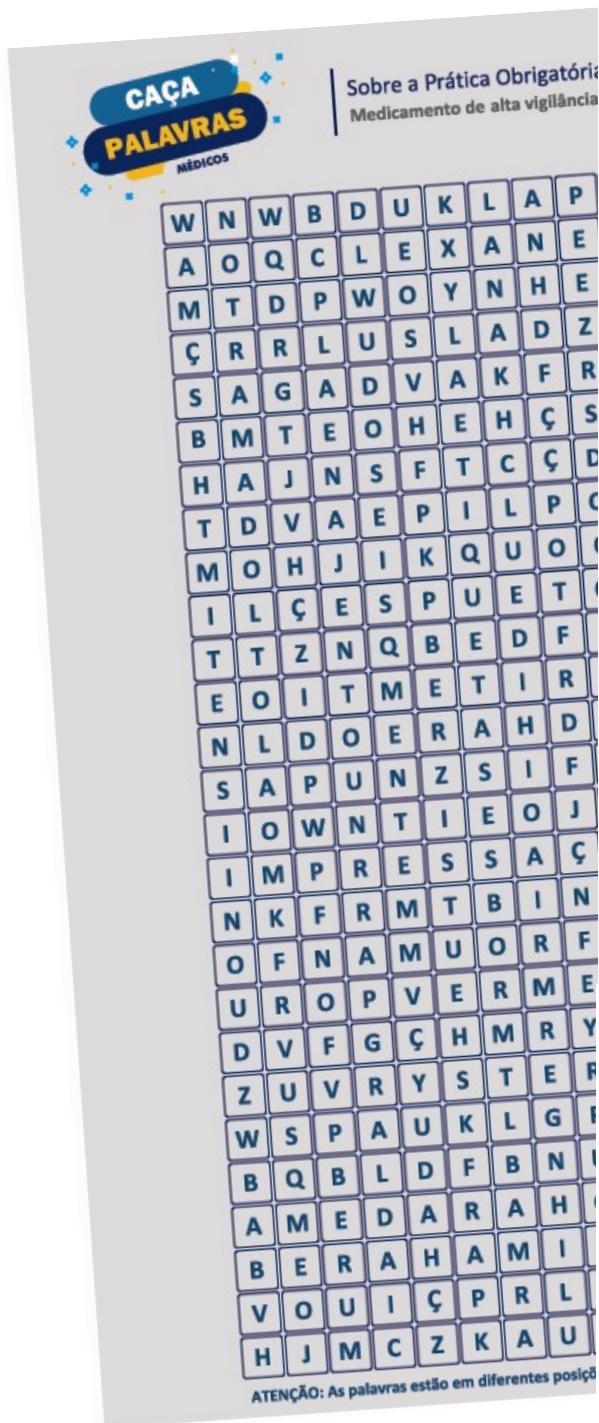
(3º)



(4º)



Quadro 2 – Esquema para aplicação da proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva



CAÇA PALAVRAS MÉDICOS

Sobre a Prática Obrigatória Medicamento de alta vigilância

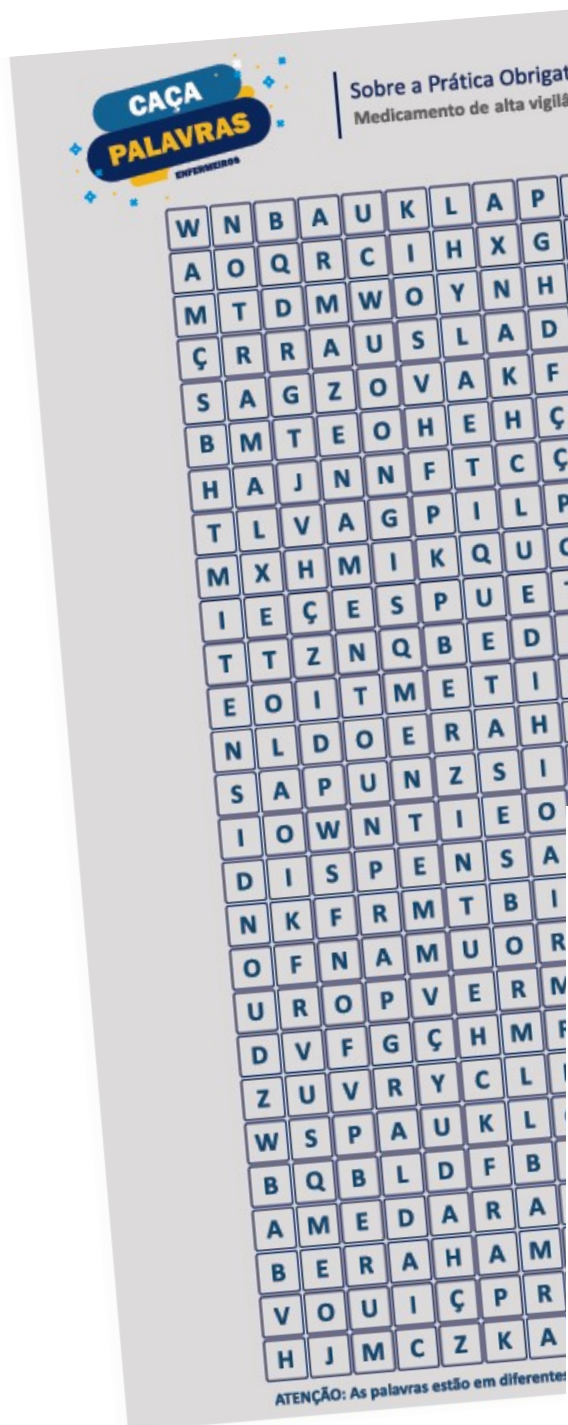
PPGSTEH

Encontre no caça-palavras os termos que completam as frases e conheça um pouco mais sobre Medicamentos de Alta Vigilância (MAV):

- 1 Ao prescrever um item de alta vigilância, na tela do sistema informatizado haverá uma sinalização com a figura de um . Esta mesma sinalização aparecerá na prescrição impressa, antes da descrição do item.
- 2 Na mesma tela, haverá a descrição "Aviso: Esse item é de alta vigilância" na cor .
- 3 O campo "observação" dos medicamentos de alta vigilância traz informações do que ele pode causar chamadas reações e seu risco potencial.
- 4 Após prescrever, e em potencial quando for um medicamento de alta vigilância, deve-se conferir a prescrição que foi , confirmando a digitação numérica da .
- 5 .
- 6 Analgésicos opioides (princípios ativos) como o , Fentanil e Morfina constam na lista de medicamentos de alta vigilância pois apresentam risco potencial de depressão respiratória.
- 7 Para maior segurança na administração de MAV's, um profissional deve conferir o que o outro preparou para administrar no paciente. Essa boa prática é conhecida como .
- 8 Os * de 20, 40, 60, 80 e 100 mg são enoxaparinas anticoagulantes e fazem parte da lista de medicamentos de alta vigilância por apresentarem risco de sangramento.
- 9 Os medicamentos de alta vigilância são assim denominados por apresentarem um risco maior e causar significativo ou até óbito ao paciente quando administrados incorretamente.
- 10 A petidina, conhecida como o marca * ou Dolantina®, possui risco potencial de arritmias cardíacas e labilidade emocional.

A listagem completa de medicamentos de alta vigilância fica disponível para consulta no sistema de MV Soul, módulo Sistemas Estratégicos - Gestão de Documentos, que pode ser acessado com o usuário = leitor.chn e senha = mv.

Quadro 3 - Ferramenta educativa para médicos (frente e verso)



CAÇA PALAVRAS
ENFERMEIROS

Sobre a Prática Obrigatória
Medicamento de alta vigilância

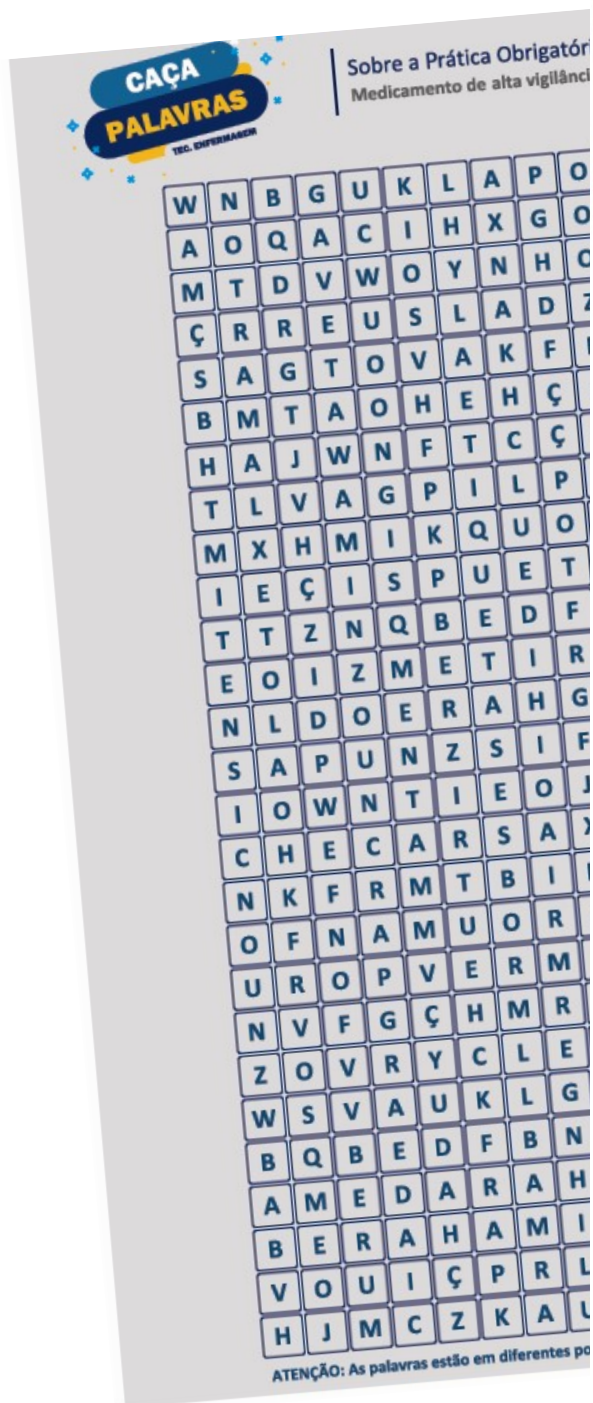
PPGSTEH
INSTITUTO PROFISSIONAL

Encontre no caça-palavras os termos que completam as frases e conheça um pouco mais sobre Medicamentos de Alta Vigilância (MAV):

- 1 As ampolas de cloreto de [] 10% possuem embalagem primária octogonal, a fim de diferenciá-la de outras ampolas de eletrólitos concentrados como o cloreto de sódio a 20%.
- 2 A [] concentrada a 50% é um medicamento de alta vigilância e se não for diluído poderá acarretar hiperglicemia significativa para o paciente, inclusive óbito.
- 3 A utilização de [] coloridas tem por finalidade diferenciar visualmente os medicamentos e com isso reduzir os riscos de erros na sua utilização.
- 4 Analgésicos opioides como o [] constam na lista de medicamentos de alta vigilância pois apresentam risco de depressão respiratória.
- 5 A cor definida para sinalizar MAV é o [].
- 6 A dupla-verificação é realizada a fim de minimizar os riscos de erros que podem ocorrer.
- 7 [] é o formato diferenciado adotado para as ampolas plásticas de cloreto de potássio, 10% com a finalidade de minimizar trocas com outras ampolas.
- 8 Identificar os locais de armazenamento dos MAVs dentro da Farmácia com placa vermelha e o nome do medicamento tem o objetivo de minimizar o risco de troca de doses na [].
- 9 Para maior segurança na administração de MAV's, um profissional deve conferir o que o outro preparou para administrar no paciente. Essa boa prática é conhecida como [] checagem.
- 10 No estoque, o [] também deve ser diferenciado para os MAV's e utilizar placas vermelha com nome e dose do medicamento. De preferência, NÃO colocar as diversas doses em gavetas ou nichos próximos para evitar troca.
- 11 As [] também precisam ser "vigiladas" pois possuem risco de hipoglicemia severa.
- 12 O [] *20, 40, 60, 80 e 100 mg são enoxaparinas anticoagulantes e fazem parte da lista de medicamentos de alta vigilância por apresentarem risco de sangramento.
- 13 [] o MAV significa ter atenção redobrada quando ele é armazenado, prescrito, dispensado, preparado e administrado.
- 14 Os medicamentos de alta vigilância são assim denominados por apresentarem um risco maior de causar [] significativo ou até óbito ao paciente quando administrado incorretamente.

ATENÇÃO: As palavras estão em diferentes

Quadro 4 - Ferramenta educativa para enfermeiros (frente e verso)



Encontre no caça-palavras os termos que completam as frases e conheça um pouco mais sobre Medicamentos de Alta Vigilância (MAV):

- 1 As ampolas de cloreto de [] 10% possuem embalagem primária octogonal, a fim de diferenciá-la de outras ampolas de eletrólitos concentrados como o cloreto de sódio a 20%.
- 2 A [] concentrada a 50% é um medicamento de alta vigilância e se não for diluído poderá acarretar hiperglicemia significativa para o paciente, inclusive óbito.
- 3 A utilização de [] coloridas tem por finalidade diferenciar visualmente os medicamentos e com isso reduzir os riscos de erros na sua utilização.
- 4 Analgésicos opioides como o [] e Dimorf® constam na lista de medicamentos de alta vigilância pois apresentam risco de depressão respiratória.
- 5 A cor definida para sinalizar MAV é o [].
- 6 A dupla-verificação deve ser registrada no verso da prescrição do paciente com o preenchimento das informações no local demarcado pelo [].
- 7 No momento do preparo/diluição de medicamentos de alta vigilância, o profissional preparador solicita outro profissional revisor (técnico de enfermagem ou enfermeiro) para []/conferir os medicamentos separados e suas etiquetas.
- 8 Não deve existir medicamento de alta vigilância no posto de enfermagem a menos que esteja [] para um paciente.
- 9 Para maior segurança na administração de MAV's, um profissional deve conferir o que o outro preparou para administrar no paciente utilizando sempre os [] certos da enfermagem. Essa boa prática é conhecida como dupla-verificação.
- 10 Nos postos de enfermagem, os MAVs devem ficar armazenados na [] do paciente.
- 11 As [] também precisam ser "vigiladas" pois possuem risco de diminuição severa da glicemia.
- 12 O [] *20, 40, 60, 80 e 100 mg fazem parte da lista de medicamentos de alta vigilância por apresentarem risco de sangramento.
- 13 Deve-se ter muita atenção com os medicamentos de alta vigilância, pois se administrados incorretamente, apresentam um risco maior de causar dano significativo ou até do paciente.

Respostas:
1. POTASSIO 2. GLICOSE 3. ETIOPIETAS 4. TRAMAL 5. VERMELHO 6. CANABIO 7. ORFEO
8. PRECISO 9. NOVO 10. GAVETA 11. INSULINAS 12. CLAVETES 13. ORTO

Quadro 5 - Ferramenta educativa para técnicos de enfermagem (frente e verso)

5.3. O multiplicador como colaborador nos aspectos teóricos práticas da proposta educativa

A proposta educativa foi composta pelo formato de treinamento com multiplicadores, acrescida da utilização da ferramenta lúdica para revisão e desenvolvimento de conhecimento sobre o assunto.

O conteúdo disseminado pelo treinamento abrange aspectos teóricos e práticos, com exemplos do cotidiano, relacionados aos medicamentos de alta vigilância, com ênfase nos opióides.

O treinamento dos multiplicadores sobre a prática de segurança em questão foi realizado por meio do Manual do Multiplicador (com orientações para que estejam aptos a disseminarem o conteúdo de forma padronizada para os demais profissionais de suas equipes) e do material didático baseado no plano de ensino (Apêndice VII). Os multiplicadores foram indicados pelas chefias médica e de enfermagem e consensados com o pesquisador, totalizando dois multiplicadores médicos, dois enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem. Posteriormente, os multiplicadores foram treinados em única sessão no auditório do hospital por meio de aula expositiva, com duração de 2 horas onde todos estavam presentes. O treinamento teve por objetivo explicitar o uso dos medicamentos de alta vigilância, com foco no uso de opioides, e assim, abordar a relevância da temática para cada multiplicador. No primeiro treinamento realizado aos multiplicadores, todos tiveram avaliação satisfatória ao serem observados pelo pesquisador, que utilizou o roteiro intitulado “Roteiro para Avaliação do Multiplicador” (Apêndice VIII) anexado para acompanhar a abordagem de aspectos imprescindíveis sobre a temática – aspectos relacionados aos medicamentos de alta vigilância e opioides. Ao final do treinamento, a ferramenta educativa, elaborada para cada categoria profissional considerando as diferentes competências quanto ao tema, foi distribuída aos multiplicadores para prévio conhecimento.

A seguir à aula expositiva, o material didático foi impresso e encadernado, visando facilitar sua utilização. Nos setores, os multiplicadores solicitaram subdivisão das categorias profissionais (previamente acordado com as chefias) e, posteriormente, foram realizados treinamentos para utilização e preenchimento do jogo educativo. Na sequência, os jogos preenchidos foram recolhidos para arquivamento pelo pesquisador.

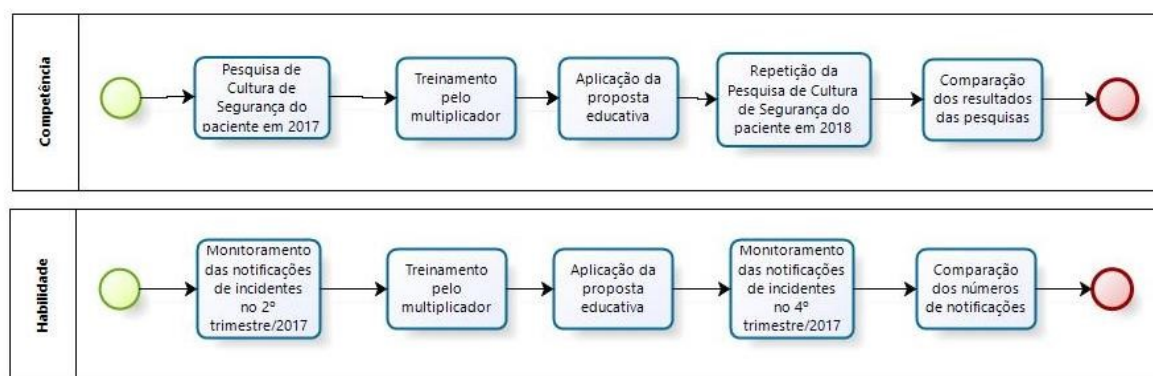
Após a etapa de treinamento, os multiplicadores iniciaram suas atividades nos seus locais de trabalho, setor de terapia intensiva geral. A atividade teve duração de um mês (30 dias), e objetivou alcançar todo o quadro de profissionais como forma de exercitar e fixar o assunto abordado.

Os jogos educativos são um importante recurso para educação em saúde e de extrema importância para estabelecer um maior aprendizado (BASTOS, 2012). Na busca de adequar ferramentas contextualizadas para a educação em saúde, encontra-se o jogo, presente em todas as comunidades e no cotidiano de pessoas de todos os extratos sociais. O uso de jogos com fins educativos, denominados “jogos sérios”, tem se difundido e a sua eficácia comprovada, quando desenvolvidos para grupos específicos, sendo possível conhecer as demandas e diversidades (MUNGUBA, 2010). Nesta proposta educativa, se empregou o caça-palavras, onde as palavras a serem encontradas estão no contexto da utilização dos medicamentos de alta vigilância, de acordo com a categoria profissional, e por isso foram criados três caça-palavras diferentes.

Com isso, de acordo com a problemática mencionada, as particularidades das unidades hospitalares e as recomendações das metodologias de acreditação hospitalar *Qmentum International* e Organização Nacional de Acreditação (ONA), e também a ANVISA, consideram a possibilidade de desenvolver uma proposta educativa para profissionais da área de saúde sobre segurança do paciente.

6- RESULTADOS

Para avaliar as competências e habilidades advindas da proposta educativa, foi realizada a Pesquisa de cultura de segurança do paciente e a medição das notificações de incidentes relacionados ao tema. Os resultados foram comparados com os anteriores à proposta objetivando verificar a eficácia da proposta sobre o contexto de competências adquiridas, no que se refere ao conhecimento e à habilidade, por meio do produto, conforme Quadro 6. Segundo Perrenoud (1999, p.62), “competência é a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações etc.) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações”. Neste contexto, é fundamental diferenciar competência de habilidade. Compreendendo, de forma simplificada, que a competência orchestra um conjunto de esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação, enquanto a habilidade é menos ampla e pode servir a várias competências. Ressalta-se que para enfrentar uma situação da melhor maneira possível deve-se, de regra, pôr em ação e em sinergia vários recursos cognitivos complementares, entre os quais estão os conhecimentos (PERRENOUD, 1999, p.95).

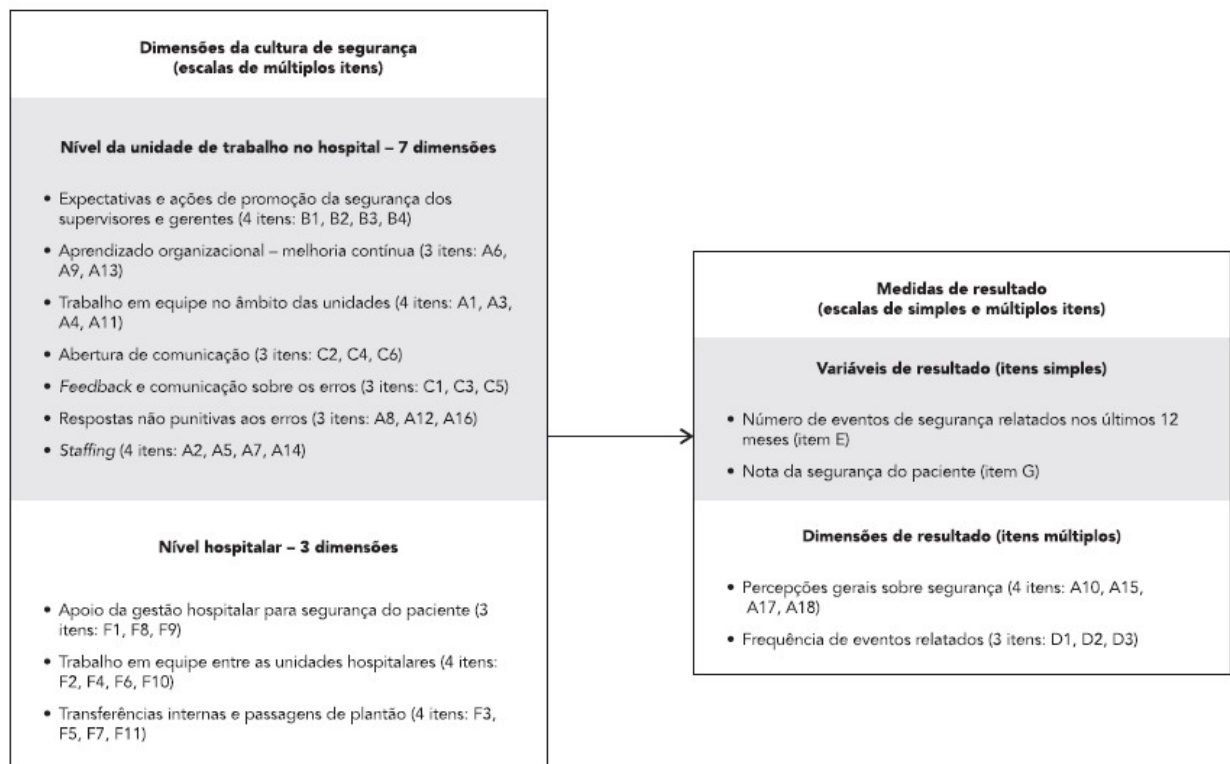


Quadro 6 - Fluxograma do delineamento do estudo referente à proposta educativa relacionada à competência e habilidade

Assim, para avaliar as competências adquiridas e verificar mudanças no *conhecimento* relacionado à segurança do paciente, utilizou-se a versão adaptada transculturalmente do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) realizada por Reis em 2013 (ANEXO II). O HSOPSC avalia sete dimensões do nível da unidade de trabalho do hospital, três dimensões do nível da organização hospitalar e duas dimensões de resultado, conforme resumo do Quadro 7.

As opções de respostas da pesquisa (discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo, e concordo totalmente) foram agrupadas em respostas positivas, negativas e neutras para a realização da análise. A Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente utilizada para avaliação do período que antecede à proposta educativa (estudo antes) foi realizada em fevereiro/2017 e para a análise do período posterior à inserção dos multiplicadores (estudo depois) foi realizada em fevereiro/2018. A análise se ateve aos resultados que apresentaram diferença significativa.

Com objetivo de avaliar mudanças nas *habilidades* relativas ao cuidado seguro, foram comparadas as notificações de incidentes, disponibilizadas pela instituição, relacionadas ao uso dos medicamentos de alta vigilância, antes e depois da proposta educativa. O período em que foram coletados os dados com a instituição para o estudo antes foi entre março e maio/17, e para o estudo depois entre março e maio/18.



Quadro 7 – Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pela Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)

Visando consolidar os períodos da coleta de dados reportados no estudo (antes e depois), estes foram agrupados na Tabela abaixo.

Tabela 2 – Definição dos períodos considerados como antes e depois

	ANTES	DEPOIS
Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente	Fevereiro/2017	Fevereiro/2018
Notificação de incidentes	2º trimestre/2017	4º trimestre/2017

6.1. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP): Análise das competências adquiridas

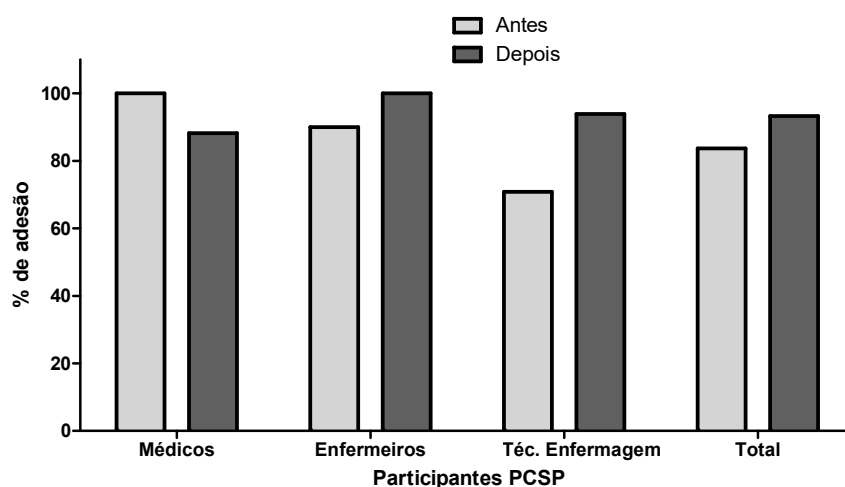
Os resultados referentes à equipe participante de pesquisa de cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) encontram-se na Tabela 3. Dentre os colaboradores que participaram deste estudo, a maioria foi de técnicos de enfermagem, com 41,5% e 47,4% nos períodos denominados antes e depois respectivamente; seguido dos

médicos (36,6% e 30,9%) e enfermeiros (22,0% e 21,6%). No período denominado antes, de um total de 98 (100%) profissionais ativos na UTI geral, aderiram à pesquisa 82 funcionários (83,7%). Foram excluídos 4 profissionais por estarem afastados por doença ou maternidade. No período denominado depois da proposta, de um total de 104 (100%) profissionais, a adesão à pesquisa aumentou, atingindo 97 (93,3%) funcionários participantes. Neste período, 5 profissionais ficaram excluídos por estarem afastados. Os demais profissionais que não responderam à pesquisa se recusaram ou estavam ausentes naquele dia.

Tabela 3 - Participantes da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente da UTI geral

	Quadro de pessoal n		Participantes da PCSP n/ (% em relação ao total de funcionários)	
	Antes	Depois	Antes	Depois
Médicos	30	34	30 (36,6)	30 (30,9)
Enfermeiros	20	21	18 (22,0)	21 (21,6)
Técnicos de enfermagem	48	49	34 (41,5)	46 (47,4)
Total	98	104	82 (83,7)	97 (93,3)

Ao analisar a adesão por categoria profissional, os técnicos de enfermagem foram os que apresentaram o maior aumento na adesão à pesquisa após a proposta, passando de 70,8% para 93,9% de pesquisas respondidas (Quadro 8). Observou-se ainda, aumento na adesão dos enfermeiros, de 90% para a totalidade do seu quadro. Já na categoria médica, notou-se uma diminuição das pesquisas respondidas, com redução da adesão de 11,8%, passando da totalidade de participação dos médicos (100%) para 88,2% (Quadro 7).



Quadro 8 - Percentual de adesão dos participantes à PCSP antes e depois da proposta educativa

Os resultados obtidos das 44 questões da PCSP referente aos períodos anteriores e posteriores à proposta educativa foram tabulados em números absolutos de respostas positivas, negativas e neutras, e analisados pelo teste do Qui-quadrado. Na análise comparativa das respostas dos períodos antes e depois da proposta educativa, foi possível observar aumento significativo ($p<0,05$) nas respostas com conotação negativa em 13 perguntas, correspondendo a 29,5% do total da pesquisa, que se encontram distribuídas nas dimensões avaliadas na PCSP, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Perguntas por dimensão com diferença significativa ($p<0,05$) no estudo antes e depois da proposta educativa

Dimensão	Perguntas (n)	%
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	3	23,1%
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	2	15,4%
Aprendizado organizacional	2	15,4%
Feedback e comunicação sobre os erros	2	15,4%
Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	2	15,4%
Abertura de comunicação	1	7,7%
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	1	7,7%
Total	13	100%

Considerando como parâmetro de análise a classificação das perguntas por dimensões, ao analisar as respostas relacionadas à dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” antes e depois da proposta educativa, observou-se que houve aumento de respostas com conotação negativas em três perguntas, sendo estatisticamente significativo ($p<0,05$). Foi a dimensão com maior percentual de respostas negativas, três do total de treze perguntas (23,1%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise do efeito da proposta educativa na Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente da UTI geral

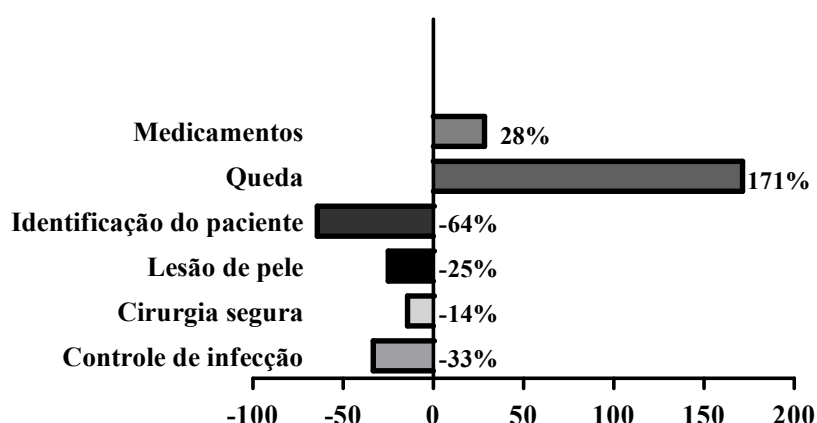
Dimensão	Afirmção	Resposta	Antes (n)	Depois (n)	Qui quadrado	p valor
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	Positiva	52	47	6.693, 2	0,0352
		Negativa	6	19		
		Neutra	24	31		
	F8. As ações da direção do hospital mostram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	Positiva	62	50	14.97, 2	0,0006
		Negativa	3	20		
		Neutra	17	27		
	F9. A direção do hospital só parece interessada pela segurança do paciente apenas quando acontece um evento adverso.	Positiva	8	22	15.69, 2	0,0004
		Negativa	48	45		
		Neutra	6	30		
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo rapidamente.	Positiva	59	51	8.326, 2	0,0156
		Negativa	8	23		
		Neutra	15	23		
	A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	Positiva	62	53	9.225, 2	0,0099
		Negativa	12	21		
		Neutra	8	23		
Aprendizado organizacional	A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	Positiva	74	66	12.91, 2	0,0016
		Negativa	3	10		
		Neutra	5	21		
	A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	Positiva	53	47	5.992, 2	0,0498
		Negativa	10	24		
		Neutra	19	26		
Feedback e comunicação sobre os erros	C1. Recebemos feedback das mudanças implementadas com base nos eventos notificados.	Positiva	29	18	8.747, 2	0,0126
		Negativa	23	45		
		Neutra	30	34		
	C5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	Positiva	48	38	8.144, 2	0,017
		Negativa	16	20		
		Neutra	18	39		
Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	B2. Meu supervisor/gerente considera seriamente as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente.	Positiva	47	39	6.042, 2	0,0487
		Negativa	14	29		
		Neutra	21	29		
	B4. Meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	Positiva	2	19	15.53, 2	0,0004
		Negativa	69	59		
		Neutra	11	19		
Abertura de comunicação	C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar decisões ou ações dos seus superiores.	Positiva	30	18	7.367, 2	0,0251
		Negativa	32	48		
		Neutra	20	31		
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	F6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	Positiva	17	30	7.682, 2	0,0215
		Negativa	50	39		
		Neutra	15	28		

Na sequência, as dimensões “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”, “Aprendizado organizacional”, “*Feedback*/comunicação sobre os erros” e “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes” apresentaram equiparadamente, cada uma delas, duas perguntas com acréscimo de respostas negativas, no estudo antes e depois, correspondendo a 15,4% cada.

Já as perguntas relativas às dimensões “Abertura de comunicação” e “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” apresentaram 1 (7,7%) pergunta com aumento nas respostas negativas, em cada uma das perguntas realizadas. Já na comparação das demais perguntas da pesquisa, que totalizaram 31 (70,5%), foi constatado que as respostas foram mantidas, não havendo diferença significativa ($p>0,05$) das respostas antes e depois da proposta educativa.

6.2. Notificações de incidentes: Análise das habilidades adquiridas

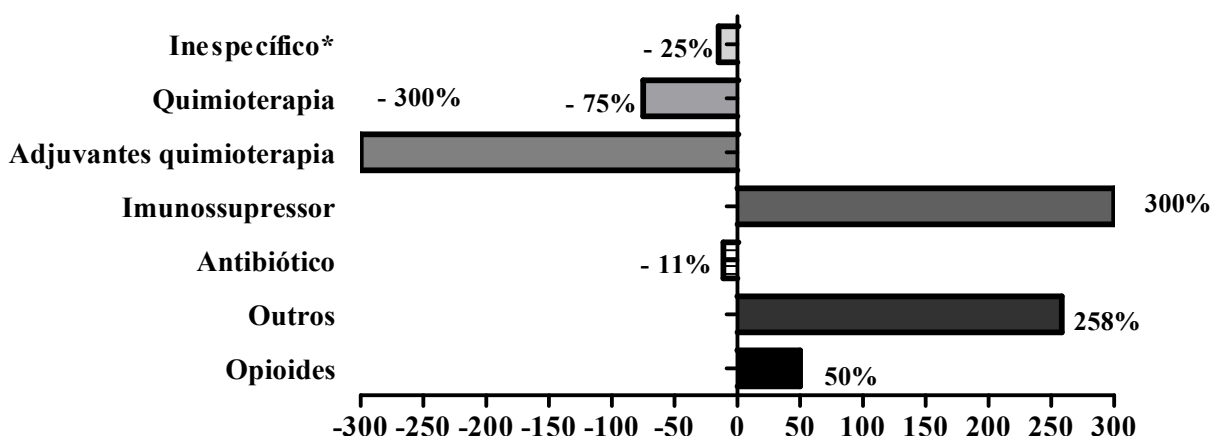
Após a análise do perfil de respostas da pesquisa sobre cultura e segurança do paciente, foram analisados os aspectos referentes às notificações de incidentes. A análise comparativa das notificações entre o período definido como antes (2º trimestre de 2017) e o depois (4º trimestre de 2017), revelou aumento nas notificações referente ao item queda e medicamentos, com variações positivas respectivas de 171% e 28%, apresentado no quadro 6. Ressalta-se que foram mantidas, para fins elucidativos, os itens: controle de infecção, cirurgia segura, lesão de pele, identificação do paciente, quedas e medicamentos, presentes no quadro 9, pois estes itens são reportados nos Protocolos de Segurança do Paciente estabelecidos na instituição e publicados pelo Ministério da Saúde (2013).



Quadro 9 - Variação das notificações relacionadas aos Protocolos de Segurança do Paciente estabelecidos pelo Ministério da Saúde antes e depois da proposta educativa

As notificações relativas aos assuntos dos demais protocolos de segurança diminuíram (Quadro 9). A maior variação negativa foi do item identificação do paciente (64%), seguido de controle de infecção (33%), lesão de pele (25%) e cirurgia segura (14%). Na análise estatística, o teste do Qui-quadrado apresentou resultado de 14.72,5 e p valor = 0,0116, indicando diferença significativa ($p < 0,05$) entre o percentual de notificações nos períodos antes e depois estudados.

Posteriormente, foi realizado a análise de notificações dentro do item notificações de medicamentos, agrupando-as de acordo com suas características farmacológicas para estratificação, conforme Quadro 10. Os dados relativos a este subgrupo revelaram que as notificações relativas a classe de imunossupressores foram as que apresentaram o maior percentual de aumento (300%) depois da proposta educativa, seguido do grupo classificado como outros (258%), classe esta que compreendeu medicamentos diversos que não possuíam características em comum. O terceiro grupo que também apresentou aumento nas notificações entre os trimestres analisados foi o relacionado a classe de opioides (50%).



Quadro 10 - Variação das notificações sobre medicamentos antes e depois da proposta educativa

Por outro lado, os grupos de medicamentos relacionados à quimioterapia, adjuvantes quimioterapia, antibióticos e os classificados como inespecífico, apresentaram diminuição de notificações no estudo. As classes de medicamentos do grupo de adjuvantes de quimioterapia e quimioterapia foram os que apresentaram maior percentual de redução, com valores respectivos de 300% e 75%.

O grupo denominado “inespecífico” foi constituído das notificações relacionadas a medicamentos, porém sem a possibilidade de identificação do medicamento prescrito, tendo em vista a falta de detalhamento de informação na notificação. A análise estatística pelo teste

do Qui-quadrado apresentou resultado de 27.72,6 e valor de p 0,0001, indicando diferença significativa ($p < 0,05$) no percentual de notificações do subgrupo de medicamentos nos trimestres estudados.

7. DISCUSSÃO

7.1. Proposta educativa

A estratégia proposta compreende um formato de educação para profissionais de saúde. Sabe-se que a falha dos sistemas e instituições de saúde em proporcionar educação satisfatória e adequar o conhecimento de seus profissionais nos processos que envolvem os medicamentos, resulta em profissionais com conhecimento insuficiente, favorecendo os erros em todo o processo de medicação. Desta maneira, especialistas em segurança do paciente sugerem que a educação relacionada à segurança dos medicamentos seja empregada como uma ferramenta tática de redução dos erros de medicação e danos aos pacientes (HSAIO *et al.*, 2010). Apesar do acentuado potencial de risco, os MPP são componentes essenciais da terapia medicamentosa, fazendo-se necessário além do estabelecimento de um processo de educação continuada dos profissionais de saúde também, a implantação de um sistema de vigilância para prevenir erros e danos relacionados a esses medicamentos. Portanto, ao se colocar em prática um programa de prevenção de erros de medicação, os MPP devem ser um dos grupos priorizados (COHEN, H., 2007).

A atualização constante de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de MPP pode evitar ou reduzir os erros, seja por meio de minicursos, palestras ou reuniões periódicas, faz-se necessária perante a velocidade com que novos conceitos, tecnologias e medicamentos são introduzidos na área da saúde. A educação permanente contínua da equipe de enfermagem se faz necessária para diminuir possíveis dúvidas quanto aos procedimentos relacionados aos medicamentos e suas técnicas de administração (ALÁSTICO, 2013). Ela contribui inclusive para o diálogo, não tendo um caráter meramente tecnicista para toda a equipe multiprofissional. Apesar da enfermagem possuir inúmeros estudos voltados à educação permanente, os demais multiprofissionais não estão fora deste conceito e da segurança do paciente, e por isso os médicos também fizeram parte da população estudada, entretanto, farmacêuticos e técnicos de farmácia não foram contemplados nele. Contudo, se faz muito necessário envolvê-los cada vez mais nas atualizações voltadas à segurança do paciente.

A proposta educativa alcançou em maior quantidade a população de técnicos de enfermagem. Este resultado se mostra satisfatório, uma vez que, as ações inerentes a proposta educativa, proporcionou atividades relacionadas a educação permanente para esta categoria, que, em virtude da demanda de trabalho e menores salários, podem não ter oportunidade de buscar formação através de recursos próprios. Assim, a proposta educativa, se insere no

âmbito da educação permanente em saúde, pois focaliza a prática como fonte do conhecimento, proporciona a interdisciplinaridade e participação do profissional como sujeito no processo educativo.

Mediante as análises, constata-se que a inserção dos multiplicadores pode ser incorporada nos serviços de saúde objetivando auxiliar no aprimoramento dos seus cenários de atuação. Entretanto, esta inserção deverá ter estratégias para que as ações educativas sejam bem definidas de modo que proporcionem uma atitude reflexiva acerca das situações vivenciadas na sua área de atuação.

7.2. A proposta educativa: Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP) e as competências adquiridas

Observou-se alta porcentagem de adesão no contexto geral, apresentando-se maior no período posterior à proposta educativa, o que pode ter sido reflexo dos preparativos para a certificação internacional Canadense, caracterizando uma análise prospectiva da segurança do paciente nesse momento; e da troca de chefia de enfermagem da unidade. A organização deve fazer pelo menos uma análise prospectiva relacionada à segurança do paciente e implementar melhorias apropriadas, sendo o monitoramento da cultura de segurança do paciente através da aplicação do instrumento de Pesquisa da Cultura Segurança do Paciente da Agência de Investigação de Saúde e Qualidade pelo menos uma vez ao ano um requisito obrigatório para a referida certificação (ACI, 2016b).

Este resultado demonstra que a prática de capacitação voltadas para ações pontuais, neste caso ações voltadas para a nova certificação canadense, ainda são presentes no contexto dos serviços e nem sempre podem responder às reais necessidades dos profissionais, mas sim àquelas condizentes com os pressupostos e missão de uma instituição de saúde.

O aumento da adesão à pesquisa por parte dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros e a diminuição por parte dos médicos pode estar relacionado às distintas percepções sobre a cultura da segurança dentre os vários cargos, ocasionando uma desmotivação na participação da pesquisa. Especialistas em segurança do paciente em práticas ambulatoriais nos EUA destacam a importância de se compartilhar uma cultura de segurança, uma vez que, a falta de consenso pode ser prejudicial para a segurança do paciente (HICKNER *et al.*, 2016). No entanto, destaca-se que a categoria profissional que mais participou da PCSP foi a de técnicos de enfermagem, o que foi esperado e coerente com a legislação em vigor que rege a estrutura de pessoal das terapias intensivas, a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 7 de 2010, onde a maior proporção de profissional por leito,

dentro os demais, é a do técnico de enfermagem, sendo de minimamente 01 (um) técnico para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno (BRASIL, 2010). Vale ressaltar que a pesquisa para os técnicos de enfermagem, que muitas vezes não são vistos e nem ouvidos, serve como um mecanismo de reivindicação, onde eles serão notados e escutados.

Em relação ao aumento das respostas com conotação negativa, após a proposta educativa, pode-se atribuir ao processo de amadurecimento profissional, melhoria no entendimento pelos colaboradores participantes dos aspectos voltados para a segurança do paciente questionados na pesquisa, à falta de divulgação das ações promotoras da segurança do paciente incentivadas pela direção da instituição, e também, as ações de capacitação pontuais que não atendem as necessidades dos profissionais.

A dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” apresentou maior número de respostas negativas nas questões como: “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, “As ações da direção do hospital mostram que a segurança do paciente é a principal prioridade” e “A direção do hospital só parece interessada pela segurança do paciente apenas quando acontece um evento adverso”. A partir do pressuposto de que a alta gestão toma as principais decisões que envolvem o contexto hospitalar, acredita-se que o compromisso com a qualidade hospitalar e segurança do paciente devam fazer parte dos objetivos estratégicos da instituição (AGUIAR *et al.*, 2010). No estudo de Mello (2011), os profissionais intensivistas da enfermagem julgaram que a administração não propicia clima de trabalho focado na segurança do paciente, muito menos demonstram interesse e iniciativas que a promovam, podendo indicar que a visão dos profissionais de enfermagem para a promoção da segurança do paciente não é percebida pela gestão hospitalar, sendo também sugestiva a falha na gestão em comunicar as iniciativas organizacionais de segurança, políticas, e expectativas ao pessoal da unidade, já que os gestores tem menos oportunidade de identificar os riscos de segurança, que comumente existem nas situações vividas nas unidades.

O “Trabalho em equipe” no âmbito das unidades define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe e também foi uma dimensão avaliada negativamente pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem nas questões: “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo rapidamente” e “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito”. Contrapondo esta última questão, estudos com profissionais apenas da enfermagem apontam que, segundo suas percepções, existe respeito entre eles, assim como as percepções

apresentadas por Reis (2013), que também demonstrou concordância dos profissionais quando questionados sobre a existência de respeito (COSTA, 2014).

A dimensão “Aprendizagem da organização” está vinculada ao conhecimento e aprendizado dispendido aos profissionais das empresas e aos estilos de gestão. Estudiosos acreditam que o aprendizado seja um dos melhores investimentos de uma instituição e devem voltar-se para promoção da capacitação, processamento rápido de novas informações, e a existência de políticas que incentivem a qualificação profissional a fim de socializar o conhecimento (NEVES, 2011). As respostas deste estudo relativas a esta dimensão, demonstram conotação negativa nas seguintes perguntas: “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” e “Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui” o que também parece estar relacionado à fragilidade na comunicação das melhorias implantadas em prol da segurança do paciente e à não correlação de mudanças que ocorrem como plano de ação para tratar o erro que as motivaram. O estudo de Costa em 2014, com profissionais da enfermagem, também retratou que medidas com a finalidade de melhorar a segurança do paciente não são identificadas ativamente no dia-a-dia dos profissionais, porém, eles afirmam que os erros, enganos ou falhas existentes nos processos de trabalho tem influenciado positivamente com o surgimento de melhorias.

Em relação à categoria “*Feedback* e comunicação sobre os erros”, que avalia a ocorrência das notificações quando erros acontecem, as medidas implementadas e a discussão de estratégias que previnam erros futuros (REIS, 2013), houve aumento das seguintes perguntas respondidas negativamente: “Recebemos *Feedback* das mudanças implementadas com base nos eventos notificados” e “Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente”. Novamente, fica explícita a fragilidade organizacional na comunicação. A comunicação nas instituições de saúde também é uma das grandes preocupações da OMS, e é a segunda meta internacional de segurança do paciente, apresentada com a finalidade de auxiliar as instituições a melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência (VINCENT, 2009). Surge ainda a questão do não envolvimento da equipe na busca de soluções para prevenir recorrência de erros. Diferentemente dos achados neste estudo, Costa em 2014 verificou que ocorre frequentemente comunicação entre os diferentes setores por meio de informações relacionadas aos erros ocorridos nas unidades, mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos e discussão nas unidades de trabalho para que os erros não sejam reincidentes. No mesmo sentido, alguns pontos da pesquisa de Bartalha (2010) retratam que os profissionais de enfermagem também discutem estratégias para prevenir os erros e evidenciam comunicação

quanto aos erros ocorridos nas unidades. Em contrapartida, quanto ao item sobre o recebimento de informações sobre as mudanças, os profissionais afirmam que nunca ou raramente recebem tais informações.

A avaliação da consideração por parte dos gerentes e supervisões sobre as sugestões dadas pelos profissionais, a fim de melhorar a segurança do paciente, foi extrapolada na dimensão “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”, que apresentaram duas questões com aumento na conotação negativa: “Meu supervisor/gerente considera seriamente as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente” e “Meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”. Esta constatação ratifica o não envolvimento pelo líder da equipe na resolução de problemas e, por causa da comunicação precária, a equipe julga, muitas vezes até por desconhecer, não ser dada a devida importância à repetitividade de problemas relativos à segurança do paciente. Kawamoto (2016) encontra um panorama diferente do apresentado neste estudo, onde se verificou que os profissionais referem que seus líderes imediatos consideraram suas sugestões no sentido de melhorar a segurança do paciente na unidade de trabalho, na percepção da maioria dos entrevistados, considerando-se esse achado louvável, pois, sabendo que o serviço de saúde envolve trabalho multi e interdisciplinar, é importante que os processos decisórios sejam compartilhados entre todos os membros da equipe, o que sinaliza que os líderes diretos das unidades investigadas possivelmente aderem aos preceitos da gestão colegiada/compartilhada, que consiste na descentralização das decisões e aproximação dos integrantes da equipe que compõem o trabalho em saúde, o que poderá interferir na qualidade do serviço, e, assim, na segurança do atendimento ao paciente. Outra perspectiva favorável à cultura de segurança do paciente relacionada à liderança imediata dos profissionais entrevistados, foi que a maioria dos sujeitos acredita que seus gerentes consideram importantes os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência, conjecturando-se a ideia de que, apesar de os gerentes imediatos possivelmente não estarem incisivamente ligados ao atendimento direto ao paciente, estes não estão alheios aos problemas relacionados à segurança do paciente, mostrando-se comprometidos com estes, segundo a percepção de seus liderados.

Ao abordar a “Abertura de comunicação” o objetivo é avaliar a comunicação livre, sem receios, entre os profissionais sobre erros que podem afetar os pacientes, e a sensação de liberdade para realizar questionamentos aos profissionais com mais autoridade. Neste estudo, a sensação dos profissionais participantes aumentou negativamente ao questionamento sobre se eles se sentem à vontade para questionar decisões ou ações dos seus superiores apresentou

acréscimo das respostas negativas. O mesmo foi encontrado em outro estudo, onde os profissionais afirmam não se sentem à vontade para questionar as ações ou decisões daqueles que ocupam cargos superiores e também tem receio de perguntar quando algo parece não estar certo (COSTA, 2014). Objetivando tornar as instituições de saúde mais competitivas e para acompanhar as constantes mudanças os modelos de gestão também necessitam ser reavaliados, pois as necessidades organizacionais requerem modelos mais participativos, não sendo mais possível conviver com modelos de gestão baseados somente na hierarquia e divisão do trabalho. Auer em 2014, estudou como os líderes hospitalares contribuem para a segurança do paciente através do desenvolvimento da confiança e concluiu que a comunicação para a segurança tem um papel parcial de mediação na relação entre o "apoio dos gestores à segurança do paciente" e as avaliações dos enfermeiros sobre a segurança do paciente, sugerindo que as interações entre os líderes e as unidades hospitalares podem melhorar a segurança do paciente.

Em relação à dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”, o questionamento com incremento de respostas negativas foi o “Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital”. Trabalho em equipe é definido como uma modalidade do trabalho coletivo caracterizado por relações de reciprocidade entre os agentes envolvidos e as intervenções técnicas realizadas, em torno do qual ocorre a integração do trabalho (PEDUZZI, 2001). Os integrantes das equipes das unidades muitas vezes se fecham entre si, tendo dificuldades de se relacionar profissionalmente com as equipes de outras unidades. O estudo de Reis (2013) mostra que essa dimensão obteve baixo percentual de respostas positivas, sendo caracterizado como uma das dimensões mais problemáticas do estudo.

Contudo, a PCSP aborda princípios e diretrizes para a cultura de segurança do paciente, auxiliando na sua disseminação sistemática, fortalecendo assim o Programa Nacional de Segurança do Paciente. A partir da leitura das questões, o respondente passa a ter conhecimento do conjunto de características e ações que compõem o conceito de cultura de segurança do paciente.

7.3. A proposta educativa: Notificação de incidentes e as habilidades adquiridas

A notificação de incidentes com o paciente é uma ferramenta reativa de detecção de riscos tendo em vista que eles são analisados muitas vezes, para definição de medidas preventivas, após ter se efetivado, mas, não deixa de ser importantes para um melhor panorama das ocorrências e assim complementar o gerenciamento de risco. Para tanto, a

organização deve aplicar ferramentas e técnicas de identificação de riscos que sejam adequadas aos seus objetivos, capacidades e aos riscos enfrentados e é importante que sejam dadas informações pertinentes e atualizadas na identificação de riscos e sobre os fatos que antecedem os acontecimentos, sempre que possível (MILAGRES, 2015)

O ato de notificar incidentes, internamente nas instituições de saúde, como externamente para instituições governamentais de saúde, vem sendo cada vez mais incentivada e exigida por autoridades sanitárias e de saúde. A RDC 36/2013 prevê capítulo dedicado ao assunto com título “Da Vigilância, do Monitoramento e da Notificação de Eventos Adversos (BRASIL, 2013b). Para Silva (2010), um grande problema encontrado nas instituições de saúde tem sido a subnotificação dos incidentes, impedindo a avaliação e a discussão das causas que propiciaram a sua ocorrência e as consequências para os profissionais, pacientes e familiares. Isso dificulta a ação dos gestores na realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas mais seguras, minimização dos eventos adversos e melhoria da assistência, o que coloca em risco a segurança dos pacientes.

Neste estudo, as notificações referentes aos assuntos dos protocolos de segurança do paciente do Ministério da Saúde, no trimestre anterior e no posterior à proposta educativa, a queda apresentou expressivo aumento no número de notificações. Isso se deve ao momento em que o hospital se encontrava de fortalecimento do protocolo de prevenção de queda e aprimoramento seus indicadores, tornando-os mais fidedignos com a realidade no sentido de tender a zero a subnotificação dessas ocorrências.

As notificações relacionadas a medicamentos, objeto deste estudo, também aumentaram de uma forma geral o que ratifica a eficácia da proposta educativa, tendo em vista que é bastante esperado um alto volume de notificações envolvendo medicamentos, conforme revela estudos existentes. Recentemente, publicação sobre erros de medicação considerou o nível e as consequências desses eventos inaceitáveis, e registra que cada paciente internado em hospitais americanos está sujeito a um erro de medicação por dia (ASPDEN, 2007). Conforme Barber *et al* (2003), os erros de prescrição são os mais sérios dentre os que ocorrem na utilização de medicamentos.

Estudo recente, que analisou as notificações entre os anos de 2011 a 2014 em um hospital-geral de Montes Claros - Minas Gerais, mostrou que os tipos de incidentes mais notificados foram os relacionados à cadeia medicamentosa (18,9%), além de serem também os principais, sendo 82,2% deles classificados quanto ao tipo de dano como Grau III, dano temporário (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Dentre as notificações sobre medicamentos, os imunossupressores foram os mais frequentes, o que está correlacionado com a característica da instituição de ser referência no serviço privado do estado para realização de transplantes, logo, há larga utilização de imunossupressores como parte dos procedimentos clínicos para transplantes. Os medicamentos classificados como “Outros” foi o segundo mais frequentes, porém, suas características não permitem agrupá-los por serem muito diversificados e por este motivo optou-se por manter esta denominação. Os opioides, também elencado na lista de medicamentos potencialmente perigosos (MPP), foram o terceiro tipo de medicamento mais notificado, tendo aumento em 50% após a proposta educativa estudada nesta pesquisa. Os MPP são especialmente relevantes em serviços de emergência e unidades de terapia intensiva, locais em que seu uso é mais frequente. Além disso, os MPP também podem ser associados a outros processos de cuidados e a casos de intervenções, como na reconciliação medicamentosa, na quimioterapia e nos cuidados perioperatórios. Os tipos mais comuns de danos associados a esses medicamentos incluem hipotensão, hemorragia, hipoglicemia, delírio, letargia e bradicardia. Em alguns casos, a piora do quadro clínico de um paciente pode ser causada ou agravada por MPP (FEDERICO, 2007).

7.4. Publicização da proposta educativa: contribuições da pesquisa à sociedade

A fim de atender o documento de produção técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, 2016), o produto acadêmico será publicizado no site do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no espaço Hospitalar (PPGSTEh) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO para acesso dos profissionais e de saúde que queiram subsídios educativos nesta temática (vide site: <http://www.unirio.br/ppgsteh/produtos-1> e <http://www.unirio.br/ppgsteh/produtos-1/portal-da-inovacao-networking>).

A inserção na aba inovação (item: Educação/inserção social), no site do PPGSTEh, compreende as possibilidades educacionais inerentes a produção técnica em tela, que incluem além dos aspectos da educação (habilidades e competências) e metodologias que estimulem gestores e profissionais no processo de aprendizagem, busca-se melhorias do instrumento que incluem parceiros para desenvolver uma plataforma digital para maior acessibilidade. A proposta conteve conteúdos indicados no Protocolo de Segurança do Paciente de prescrição, uso e administração de medicamentos de alta vigilância, incluindo os opioides, e podem ser adotados pelos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde como parte dos

programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde (BRASIL, 2013e).

Durante a fase de concepção da proposta educativa foram definidos o material do treinamento e, com o auxílio de um design gráfico, três *layouts* para a atividade lúdica, de acordo com características de cada profissional. Elegeu-se como o tema: “uso de medicamentos de alta vigilância”. Foram utilizadas impressoras convencionais, permitindo baixo custo, utilização em serviços públicos e/ou privados hospitais e campanhas de segurança do paciente. Desta forma, se cumpre um dos objetivos, de elaborar uma proposta educativa.

Ao trabalhar o tema na interdisciplinaridade dos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, existiu um impacto social, cabendo ressaltar o momento de formação desses profissionais, principalmente dos técnicos de enfermagem, maioria da população deste estudo, tendo em vista que possuem menos oportunidades de formação por recursos próprios, o que caracteriza também um impacto na educação. Houve ainda impacto na cultura de segurança do paciente, trazendo maior esclarecimento e com isso o senso crítico em questões voltadas à temática segurança do paciente.

A proposta educativa elaborada nesta pesquisa será disponibilizada no site do Programa de pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da UNIRIO no formato abaixo:

Proposta Educativa sobre Medicamentos de Alta Vigilância

Problema a ser resolvido

Necessidade de multiplicar conteúdos relacionados à segurança do paciente aos colaboradores médicos e da enfermagem,

Inovação proposta

Uso de caça-palavras como recurso lúdico agregado ao material didático com conteúdo das aulas e treinamento dos multiplicadores para compor uma proposta educativa sobre os medicamentos de alta vigilância para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem

Diferencial

- A dinâmica da proposta educativa permite que o produto seja adequado e ampliado a diversas realidades de instituição de saúde e seja usado em treinamentos nos locais de trabalho.
- Versão impressa, em impressora convencional, do material didático e do caça-palavras.

Estágio de desenvolvimento

Aplicação

Status de propriedade intelectual

Em vias de publicação

O que buscamos

Melhorias do instrumento que incluem parceiros para desenvolver uma plataforma digital para maior acessibilidade.

Coordenador

Roberta Flecher Barbosa Teodoro / PPGSTEH

Contato

PPGSTEH /UNIRIO – tel: (21) 2542-6450 ou secretariappgsteh@gmail.com

8. CONCLUSÃO

Com a análise dos resultados obtidos pode-se observar que, a proposta educativa trouxe mudanças nas sete dimensões da pesquisa de cultura de segurança do paciente e das notificações de incidentes.

A Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente ~~mediu~~ avaliou a percepção dos participantes quanto ao tema e após a realização da proposta educativa perceberam-se dimensões de segurança do paciente sendo julgadas com maior senso crítico. Por outro lado, elas não deixam de merecer atenção e devem ser conhecidas e analisadas pelos gestores e lideranças afim de aprimorar ações no “Trabalho em equipe”, dentro das unidades hospitalares e entre elas, “Aprendizado organizacional”, “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”, “Comunicação sobre os erros” e “Abertura de comunicação”. Evidenciou-se, por meio dos resultados, que quando o profissional assume o compromisso, mediante o aperfeiçoamento, motivação e atualização que visam melhorar o cuidado prestado ao cliente, este profissional agrega uma atitude crítica e reflexiva das situações vivenciadas.

Em relação à notificação de incidentes, uma prática requisitada no amplo conceito de segurança do paciente, houve aumento após a proposta educativa naquelas relacionadas a medicamento, ressaltando-se os opioides, mostrando que a estratégia utilizada estimulou o ato de notificar pois retoma o tema e esclarece possíveis dúvidas na sua rotina.

O presente estudo atendeu ao objetivo proposto, tendo como produto a elaboração de uma proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva, que foi constituída de treinamento padronizado com multiplicadores acrescido do elemento inovador, o caça-palavras caracterizado por categoria profissional participante. Desta forma, se contribuiu sobretudo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente reforçando-o através do tema escolhido, medicamento de alta vigilância, e das métricas utilizadas (pesquisa de cultura de segurança do paciente e notificação de incidentes) do estudo antes e depois e com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004), uma vez que, a proposta obteve ações interdisciplinares, proporcionou o fortalecimento do trabalho em equipe e participação ativa dos multiplicadores, onde foi possível trabalhar com cada categoria profissional os saberes técnicos-científicos inerentes a prática profissional.

Acredita-se que esta estratégia educativa pode ser utilizada em diversas instituições hospitalares, públicas e privadas, que apresentem necessidades semelhantes, podendo

contribuir para inovar a capacitação de equipes, revisão e/ou desenvolvimento de conhecimento sobre os assuntos.

O estudo apresenta algumas limitações uma vez que, ocorreram mudanças no quadro de pessoal que atua no setor de alta complexidade durante o período de coleta de dados. No entanto, esta possibilidade foi previamente pensada e os multiplicadores foram orientados quanto a estarem atentos a tais modificações. Assim, os “novos” profissionais foram abordados individualmente pelos multiplicadores. Ao realizar as análises do estudo, o pesquisador se atentou apenas quanto aos questionários respondidos pelos profissionais que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. No entanto, cabe ressaltar limitações referentes aos setores e categorias profissionais abordadas, uma vez que, o curto período de tempo, previamente determinado em cronograma, determinaram a escolha de determinadas categorias profissionais e um cenário piloto, em única unidade hospitalar.

A disseminação do conhecimento gerado poderá ocorrer através de futura publicação de um artigo, retorno dos resultados encontrados à instituição que proporcionou a realização do estudo, divulgação na página do PPGSTEh, apresentação em eventos científicos, palestras ou até mesmo na elaboração de novos treinamentos com o produto criado.

Reforçar práticas que minimizem os erros, principalmente envolvendo opioides, é desafiador na imensidão dos temas com mesma relevância. Sendo assim, ao considerar a manutenção do aprimoramento contínuo, há a necessidade de continuação do estudo nas demais unidades assistenciais do hospital e também em outras instituições de saúde.

Este estudo poderá ser utilizado em outras instituições, além da apresentada, de acordo com o levantamento da necessidade de treinamento (LNT) da nova instituição de aplicação do estudo, que é pertinente para a evolução profissional dos que praticam a todo instante a segurança do paciente.

9. REFERÊNCIAS

ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL - ACI. **Manual de práticas organizacionais obrigatórias - ROPs**. Qmentum International Modelo de Acreditação. 2016a.

ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL – ACI. **Manual de Padrões**. Qmentum International Modelo de Acreditação. v.1. 2016b.

AAKER, D., *et al.* **Marketing research**. New Jersey: John Wiley & Sons, 1995. 783 p.

AGUIAR, D.F. *et al.* Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Aquichan**, Colombia, v.10, n.2, p. 115-131, 2010.

ALÁSTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. DE. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gestão & Produção**, v. 20, n. 4, p. 815–831, 2013.

AL-HAKIM, L. **Challenges of Managing Information Quality in Service Organizations**. United States of America. Idea Group Inc. (IGI). 2007. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=msEwqH_11CsC&printsec=frontcover&dq=ernest+codman+%22every+hospital+should+follow+every+patient+it+treats+long+enough+to+determine+whether+the+treatment+has+been+successful+and+then+to+inquire+if+not+why+not+with+a+view+to%22&source=gbs_summary_r#PPP1,M1. Acesso em: 12 mar 18.

ASPDEN P. *et al.* Committee on identifying and preventing medication errors. preventing medication errors. Institute of medicine of the national academies. **The National Academies Press**, 544 p. Washington, 2007.

AUER, C. *et al.* How hospital leaders contribute to patient safety through the development of trust. **Journal of Nurse Administration**; v. 44, n. 1, p. 23-29, 2014.

BARBER N., RAWLINS M., DEAN FRANKLIN B. Reducing prescribing error: competence, control, and culture. **Quality & Safety in Health Care**; v. 12, n 1, p. 29-32, 2003

BARBOSA, S. M., *et al.* Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet] v. 12, n.2, p. 337-41, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a17.htm>. Acesso em: 31 ago 2018.

BARBOSA, S. M. *et al.* Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, 30 jun. 2010.

BARTALHA, E.M.S.S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital universitário**. 2012. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BASTOS, A. C., *et al.* **Os jogos educativos usados como estratégia de educação em saúde para gestantes com diabetes gestacional: relato de experiência.** In: Congresso Brasileiro De Enfermagem Neonatal, 2012, Fortaleza. Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal, 2012.

BRAGA, A. T., **Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados do interior do estado de São Paulo.** 224 f. Tese (Doutorado em Ciências) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 25 fev 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. **Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.** Diário Oficial da União, 28 nov 2011.

BRASIL, Agência Nacional De Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) Série 1. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** 2013a

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – 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, 26 jul 2013b.

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

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – Brasília.** 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda. **Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde – Brasília.** 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde**; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 278 de 27 de fevereiro de 2014. **Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientação de Serviço Nº 43**. Dispõe sobre o detalhamento da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 59, de 10 de outubro de 2014. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília. 2017b.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CHEMELO, M. C. **O jogo educativo como recurso facilitador no ensino de matemática no ensino médio**. 79 f. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura em Matemática) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Campus Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2014.

CLASSEN D.C., *et al.* Global trigger tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. **Health Affairs**. Millwood. v. 30, n. 4, p. 581–589, 2011.

CLASSEN, D.C.; JASER, L.; BUDNITZ, D.S. Adverse drug events among hospitalized Medicare patients: epidemiology and national estimates from a new approach to surveillance. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 36, n. 1, p. 12-21, 2010.

COHEN, H. Protecting patients from harm: reduce the risks of high-alert drugs. **Nursing**, v.37, n. 9, p. 49-56, 2007.

COHEN, M. R.; PROULX, S. M.; CRAWFORD, S. Y. Survey of hospital systems and common serious medication errors. **Journal of Healthcare Risk Management**, v. 18, n. 1, p. 16-27, 1998.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. Ministério da Educação. **Considerações sobre Classificação de Produção Técnica.** Diretoria de Avaliação. 2016.

CORREIA, J. E. **Proposta de sistemática de acreditação para hospitais componentes das redes de atenção à saúde do estado de Minas Gerais.** 139 f. Tese (Mestrado em Ciências em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Itajubá. Itajubá. 2014.

COSTA, D. B. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares.** 2014. 97 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

COSTA, D. B., *et al.* Impacto do treinamento de equipe no processo de trabalho em saúde: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7439-47, 2015.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.59, n.1, p.84-88, 2006.

ECRI INSTITUTE. **Executive Brief - Top 10 Patient Safety Concerns for Healthcare Organizations.** USA, 2017.

FEDERICO, F. Preventing harm from high-alert medications. **Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety**, v. 33, n. 9, p. 537-542, 2007.

FIGUEIREDO, M. I. L. *et al.* Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7171, n. 2, p. 121–30111, 2016.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Tecnologia educacional em saúde: contribuições para Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 151, p. 190–196, 2011.

FROTA, N. M. *et al.* Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. **Revista Gaúcha Enfermagem.**, v. 34, n. 2, p. 29–36, 2013.

GUIMARÃES, E. M. P. .; MARTIN, S. H. .; RABELO, F. C. P. . Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v. 16, n. 2, p. 25–33, 2010.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório.** 155 f. Tese (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

GRAHAM, S. *et al.* Implementation of a High-Alert Medication Program. **The Permanente Journal**, v. 12, n. 2, p. 15–22, 2008.

GRAJALES, R. A. Z. *et al.* La calidad y seguridad del paciente: elementos conceptuales. In: COMETTO, M. C. *et al.* **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, cap. 11, p. 139-164. 2011.

HICKNER, J. *et al.* Differing perceptions of safety culture across job roles in the ambulatory setting: analysis of the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 8, p. 588–594, ago. 2016.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirurgica Brasileira**, v. 20, n. suppl 2, p. 2–9, 2005.

HOLANDA, G. F. **Análise da produção científica sobre jogos educativos com estratégia de educação em saúde**. In: 61º Congresso Brasileiro De Enfermagem, 2009, Fortaleza. Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009.

HSAIO, G. Y. *et al.* Nurses knowledge of high-alert medications: Instrument development and validation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 1, p. 177-190, 2010.

IOM Institute of medicine. **Measuring the Quality of Health Care**. National Roundtable on Health Care Quality. Washington. National Academy Press; 1999. Disponível em: <http://www.nap.edu/readingroom>. Acesso em: 22 out 07.

JAMES, JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of Patient Safety**. Houston, v. 9, n. 3, p. 122–128, 2013.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). “High-alert” medications and patient safety. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n. 4, p. 339-340, 2001.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). **High-Alert Medications: Strategies for Improving Safety**. Illinois: Joint Commission Resources, 124 p. 2008.

KAWAMOTO, A. M. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. Revista de Pesquisa.: Cuidado é Fundamental Online. abr./jun. v. 8, n. 2, p. 4387-4398, 2016

KISHIMOTO, T. M. (org.). **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. São Paulo, Cortez, 1996, 183 p.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - IHI. **How-to guide: prevent harm from high-alert medications**. Cambridge, MA: Institute for Health Care Improvement; 2012. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedications.aspx>. Acesso em 20 mar 2018

LANDRIGAN C. P., *et al.* Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. **The New England Journal of Medicine**. Boston, v. 363, n. 22, p. 2124–2134, 2010.

LIMA, S. A. M. **Segurança do paciente: análise das notificações de eventos em um hospital privado**. 144 f. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2016.

LOPES, D. M. A., *et al.* Análise da rotulagem de medicamentos semelhantes: potenciais erros de medicação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 95-103, 2012.

MARCHON, S. G. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. 129 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

MENDES, W., *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 59, n. 5, p. 421–428, 2013.

MENDES, G. H. DE S. *et al.* Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gestão & Produção**, v. 22, n. 3, p. 636–648, 29 set. 2015.

MERINO, M. P. V.; LÓPEZ, M. J. O.; ÁLVAREZ, P. J. M. Seguridad de medicamentos: Prevención de errores de medicación. **Farmácia Hospitalar**. v. 27, n. 2, p. 121-126, 2003.

MELLO, J. F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MILAGRES, L. M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o Enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. 100 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade De Enfermagem. Juiz de Fora. 2015

MUNGUBA, M. C. S. Educação na saúde – sobreposição de saberes ou interface? **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 295-296, 2010.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION – NPSF. Director, Information Resources. **Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human**. 2015.

NÉRI, E. D. R, *et al.* Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 3, p. 306–314, maio 2011.

NEVES, E.O. Aprendizagem Organizacional: considerações sobre metodologias de promoção e desenvolvimento. **Revista da Faculdade de Administração e Economia**, v.3, n. 1, p. 02-16, 2011.

NICCOLAI, C. S. *et al.* Unfractionated heparin: focus on a high-alert drug. **Pharmacotherapy**, v. 24, n. 8, p. 146S-155S, 2004.

OFFICE OF THE INSPECTOR GENERAL – OIG. US Department of Health and Human Services. **Adverse Events in Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries**. 2010.

OFFICE OF THE INSPECTOR GENERAL – OIG. US Department of Health and Human Services. **Adverse Events in Skilled Nursing Facilities: National Incidence Among Medicare Beneficiaries.** 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. **Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.** 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. **Histórico.** Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>. Acesso em: 04 fev 2018.

PEDUZZI, M. **Trabalho em Equipe. Dicionário de Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. v. 2, p. 271-278. 2009. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf. Acesso em 01 jun 2018.

PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas.** Porto alegre: Artes Médicas Sul, 1999

POMEY, M. P., *et al.* Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. **Implementation Science**, v. 5, 31. 2010.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** 217 f. Tese (Doutorado em Ciências) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.

RIGOBELLO, M. C. G, *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

ROSA, M.B., *et al.* Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. **Revista Saúde Pública.** v. 43, n. 3, p. 490-8. 2009

ROSA, M.B., **Avaliação de intervenções educativas na prescrição de medicamentos potencialmente perigosos, em três hospitais de belo horizonte.** 147 f. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. 2011.

SALUM, N. C., PRADO, M. L., A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.23, n. 2, 2014.

SCHUSTER, M. A., MCGLYNN, E. A., Brook RH. How Good Is the Quality of Health Care in the United States? **Milbank Quarterly.** v. 76, n. 4, p. 517–63. 1998.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v.12, n.3, p.422, 2010. Disponível em: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885>. Acesso em: 07 mai 2018.

SILVA, A. C. A. B.; ROSA, D. O. S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. esp, p. 01-10, 2016

TOMAZONI A, *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto e Contexto Enfermagem.** v. 24, n. 1, p. 161-169, 2015.

VIDAL, E. C. F., *et al.* **Gestão da Qualidade nas Instituições Hospitalares In:** 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo horizonte. Anais do Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 2013.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 324 p. 2009.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a Segurança do Paciente** – Editora Artimed. 2ª Ed. 2013.

WEGNER W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 20, n. 3, [8 telas], 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.** Geneva, 2017.

WINTERSTEIN, A.G. *et al.* Identifying clinically significant preventable adverse drug events through a hospital's database of adverse drug reaction reports. **American Journal of Health-System Pharmacy.** v. 59, n. 18, p. 1742-1749, sep. 2002.

ZANETTI, A. C. B. **Segurança do paciente e medicamentos potencialmente perigosos: adaptação transcultural de um questionário.** 137 f. Dissertação (mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014.

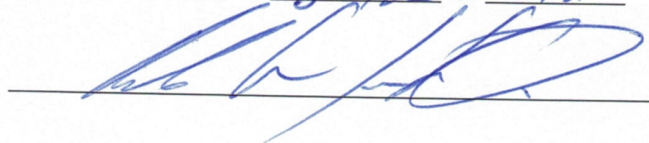
10. APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu Paulo César Santos Dias, diretor médico do CHN – Complexo Hospitalar de Niterói está de acordo com a execução do projeto “Proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente”, coordenado pelo pesquisador Roberta Flecher Barbosa Teodoro, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Niterói, 07 de Julho de 2012



Paulo César Santos Dias

Diretor Médico

Paulo Cesar Santos Dias
Diretor Clínico
CHN
CRM 52.41468-8
CPF 633.972.937-15

APÊNDICE II

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu Moyzes Pinto Coelho Duarte Damasceno, diretor médico do CHN – Complexo Hospitalar de Niterói está de acordo com a execução do projeto “Proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente”, coordenado pelo pesquisador Roberta Flecher Barbosa Teodoro, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Niterói, 03 de julho de 2017

Dr. Moyzes P. C. D. Damasceno
CRM: 52 49596-5
Clínica Médica - Medicina Intensiva

Moyzes Pinto Coelho Duarte Damasceno

Gerente Médico da UTI Geral

APÊNDICE III



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

DECLARAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS

Título do Estudo: Proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente

Investigador Principal: Roberta Flecher Barbosa Teodoro

Declaro, para os devidos fins, que **Roberta Flecher Barbosa Teodoro** terá compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados da pesquisa de cultura de segurança do paciente e de notificação de incidentes utilizados, preservando integralmente o anonimato da instituição, os dados obtidos somente poderão ser utilizados para o projeto “**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE**”. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa, que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP. Tenho ciência que o setor de Gestão da Qualidade somente poderá liberar dados para fins de pesquisa científica para projetos “aprovados”, com a devida autorização pelos Membros do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.

Roberta Flecher Barbosa Teodoro
Matr. UNIRIO 17222P5F15
CPF 090.860.157-35

Tenho ciência do presente termo e aceito a realização da pesquisa supra citada nesta Instituição.

Niterói, 04 de julho de 2017.

Responsável pelo setor
Coordenadora da Qualidade
CPF: 073.20.2367-02

APÊNDICE IV



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

DECLARAÇÃO PARA USO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE

Título do Estudo: Proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente

Investigador Principal: Roberta Flecher Barbosa Teodoro

Declaro, para os devidos fins, que **Roberta Flecher Barbosa Teodoro** terei compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes, os dados obtidos somente poderão ser utilizados para o projeto **“PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE”**. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa, que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP. Tenho ciência que o Serviço de Arquivo Médico somente poderá liberar dados para fins de pesquisa científica para projetos “aprovados”, com a devida autorização pelos Membros do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.

Roberta Flecher Barbosa Teodoro
 Matr. UNIRIO 17222P5F15
 CPF 090.860.157-35

Tenho ciência do presente termo e aceito a realização da pesquisa supra citada nesta Instituição.

Niterói, 07 de Julho de 2017.

Responsável pelo setor

Paulo Cesar Santos Dias
 Diretor Clínico
 CHN
 CRM 52.41468-8
 CPF 633.972.937-15

APÊNDICE V



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Roberta Flecher Barbosa Teodoro, portador (a) do RG nº 1540049ES-SSP, vinculado (a) a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição CHN – Complexo Hospitalar de Niterói, a realizar a pesquisa sob o título de: “Proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente.”. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Niterói, 02 de julho de 2017.

Roberta Flecher Barbosa Teodoro

APÊNDICE VI



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Conforme a Resolução 466/2012, II.2)

O CHN – Complexo Hospitalar de Niterói foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: Proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente. OBJETIVOS: Desenvolver uma proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. E por objetivos específicos: Analisar o ambiente de cultura de segurança do paciente por meio da pesquisa de cultura de segurança do paciente, do registro de notificação de incidentes e dos testes de conformidade; Capacitar os multiplicadores para desenvolvimento da atividade educativa e; Avaliar a proposta de intervenção educativa.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Este é um estudo quantitativo, descritivo, do tipo antes e depois. A pesquisa terá duração de dois anos, com o término previsto para março de 2019. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua participação nesta pesquisa consistirá em disponibilizar o ambiente e os recursos humanos e estruturais já existentes no hospital para a realização da proposta. O CHN não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

RISCOS: os riscos são considerados mínimos, uma vez que, pretendem-se respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes. No entanto, você pode não emitir sua opinião e/ou sugestão. Você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

BENEFÍCIOS: os benefícios relacionados à sua participação serão em aumentar o conhecimento científico e incrementar o conhecimento, a habilidade e a atitude para as áreas médica e de enfermagem em segurança do paciente, no uso de medicamentos de alta vigilância.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - sendo a aluna Roberta Flecher B. Teodoro a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Danielle Galdino de Paula. O CHN receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. “Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo,



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

o CHN deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com, ou contatar o pesquisador responsável pelo telefone (21) 99890-9044. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos”. Desde já agradecemos.


Roberta Flecher Barbosa Teodoro

Tel: (21) 99890-9044 / E-mail: robertaflecher@gmail.com

Niterói, 07 de julho de 20 17.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

Paulo Cesar Santos Dias
Diretor Clínico
CHN
CRM 52.41468-8
CPF 633.972.937-15

CONTATOS:

- **Pesquisador Responsável:** Roberta Flecher Barbosa Teodoro / Tel: (21) 99890-9044 / E-mail: robertaflecher@gmail.com

- **Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.** Programa de Pós-Graduação Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional (PPGSTEH), Rua Xavier Sigaud, 290, 2º andar – sala 208, Urca - Rio de Janeiro - RJ. CEP 22290-180, site: <http://www2.unirio.br/unirio/propg/ppgsteh> / E-mail: mpsaudetechosp@hotmail.com

APÊNDICE VII

PLANO DE AULA

Treinamento: Medicamentos de alta vigilância
Duração: 3h
Público-alvo: enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem (multiplicadores) da UTI geral
Professor: Roberta Flecher B. Teodoro
Objetivo: Apresentar aos multiplicadores a prática obrigatória sobre Medicamentos de Alta Vigilância, enfatizando os opioides, para que possam replicar para suas equipes. Objetivos Específicos: - Correlacionar panorama mundial com erros verídicos durante a assistência ao paciente voltados para medicamentos de alta vigilância - Explicar conceitos e os riscos envolvidos neste tema - Detalhar procedimentos relacionados aos medicamentos de alta vigilância: identificação, armazenamento, dupla-verificação - Enfatizar os opioides, entendendo o motivo de serem classificados como medicamento de alta vigilância - Reforçar o papel do técnico de enfermagem, do enfermeiro e do médico nesse processo
Metodologia de Ensino: - Aula expositiva e dialogada, que finaliza com o preenchimento de uma atividade lúdica, específica para cada profissional (técnico de enfermagem, enfermeiro e médico)
Conteúdo Programático: - Prática exigida (ROP) sobre Medicamentos de Alta Vigilância - Prática exigida (ROP) sobre Opioides - Cenário atual - Riscos dos medicamentos de alta vigilância - Estratégias de diferenciação: etiqueta, armazenamento, prescrição do paciente e dupla-verificação.
Meios Auxiliares: - Projetor de Dados (Datashow ou computador) ou - Slides impressos e encadernados (contingência para quando não for possível utilizar os recursos acima) - Caça-palavras impresso
Estratégia para a Otimização do Ensino e da Aprendizagem: Exemplificar os fundamentos teóricos com fatos contemporâneos e com dicas para a

aplicação prática do conhecimento.

Serão apresentados exemplos de medicamentos de alta vigilância existentes na instituição.

Haverá momento para apresentação de erros veiculados na mídia que permitirão aos alunos entrarem em contato com casos próximos à realidade prática, correlacionar medidas preventivas e conscientizar do risco e possibilidade da ocorrência deles.

Depois disso, o preenchimento do caça-palavras auxiliará no desenvolvimento de conhecimento e revisão do tema de maneira lúdica.

Método da Avaliação: Avaliação observacional da primeira aula multiplicada para integrantes da equipe com base em roteiro desenvolvido para esta finalidade.

Bibliografia Básica:

ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL - ACI. **Manual de práticas organizacionais obrigatórias - ROPs. Qmentum International Modelo de Acreditação.** 2016a.

ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL – ACI. **Manual de Padrões. Qmentum International Modelo de Acreditação. v.1.** 2016b.

Bibliografia Complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.** Diário Oficial da União, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília. 2014b.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - IHI. **How-to guide: prevent harm from high-alert medications.** Cambridge, MA: Institute for Health Care Improvement; 2012. Disponível em: www.ihl.org.

APÊNDICE VIII

Projeto:

Proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente

MANUAL DO MULTIPLICADOR

Niterói

2017

CARO(A) MULTIPLICADOR(A),

Essa pesquisa tem o objetivo de desenvolver uma proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente. Com os resultados, espera-se que o estudo contribua com uma forma eficaz de realização de treinamentos sobre segurança do paciente.

Este manual servirá como orientação a você, multiplicador, para a realização do treinamento com o profissional de saúde. Assim, pretende-se abordar profissionais de saúde, das categorias: médico(a), enfermeira(o) e técnico em enfermagem.

Os profissionais/trabalhadores da saúde serão selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: *profissionais com tempo de contratação ≥ 03 meses, profissionais com carga horária ≥ 06 horas de atuação semanal no serviço; profissionais que atuam em todos os turnos.*

Os critérios de exclusão: *profissionais realocados de outros setores e profissionais afastados das atividades laborais por motivo de férias, licença maternidade ou doença.*

1. ORIENTAÇÕES GERAIS

- É imprescindível que o multiplicador participe do treinamento inicial sobre o assunto a ser transmitido à sua equipe e esclareça toda e qualquer dúvida que ocorra durante o mesmo.

- Durante os treinamentos com as equipes, a lista de presença deverá ser assinada pelos participantes.

- O multiplicador deverá realizar o treinamento com base no material didático disponibilizado em Power Point para garantir que todos os itens do conteúdo foram abordados e com isso manter rigorosamente a qualidade dos treinamentos.

- No primeiro treinamento ministrado pelo multiplicador será realizada uma avaliação pelo pesquisador com base no Roteiro de Avaliação, como forma de verificar se o todo o conteúdo está sendo abordado.

- Não se deve confiar na memória. **Utilize o referido material didático disponibilizado em Power Point no momento da realização do treinamento.**

- Após a explanação do conteúdo do treinamento, fornecer a atividade lúdica para ser feita logo após o treinamento. Elas conterão as respostas certas.

- O multiplicador deve recolher a atividade lúdica feita, como forma de garantir que a mesma foi utilizada.

- No final da realização do treinamento, antes de liberar o profissional, sempre questione se há alguma dúvida. Em caso positivo, esclareça-a.

- **Esclareça dúvidas na hora em que aparecerem, se preciso, consultando o Manual do Multiplicador ou conversando com o Pesquisador.** Isso lhe dará mais segurança para realizar os próximos treinamentos.

- Todas as observações em relação ao treinamento e à ferramenta lúdica devem ser repassadas ao pesquisador.

2. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA REALIZAÇÃO DO TREINAMENTO

É importante que os tópicos abaixo sejam explicados em todos os treinamentos realizados para manter o padrão da multiplicação da informação:

- Conceito de medicamento de alta vigilância
- Panorama mundial
- Correlação com erros durante a assistência ao paciente
- Motivo dos opioides serem classificados como medicamento de alta vigilância
- Exemplos de opioides utilizados na UTI
- Riscos que podem causar para os pacientes
- Como são diferenciados para:
 - MÉDICOS no momento da prescrição médica
 - ENFERMEIROS na prescrição, visualmente e durante o preparo da diluição
 - TÉCNICOS DE ENFERMAGEM no momento do recebimento, na prescrição médica e no preparo da diluição.
- Quais incidentes devem ser notificados em relação a estes medicamentos

Se o multiplicador achar conveniente, poderá fornecer uma cópia da atividade lúdica ao participante.

APÊNDICE IX

MATERIAL DIDÁTICO PARA TREINAMENTO

Medicamentos de alta vigilância - OPIOIDES –

Roberta Flecher Barbosa Teodoro

ROP – Medicamentos de Alta Vigilância

Exigência – A organização possui uma estratégia abrangente para gerenciar medicamentos vigilância.

Importância – Os medicamentos de alta vigilância apresentam um risco maior de causa significativos quando administrados incorretamente. Incluem, mas não se limitam a:

- antitrombóticos
- adrenérgicos
- quimioterápicos
- eletrólitos concentrados
- insulina
- narcóticos (opioides)
- bloqueadores neuromusculares
- agentes de sedação



ROP – Segurança no Uso de Narcóticos

Exigência: A organização avalia e limita a disponibilidade de narcóticos (opioides) para assegurar formatos com o potencial de causar incidentes perigosos não sejam estocados nas áreas de prestação de serviços.

Importância: Os opioides foram identificados como medicamentos de alta vigilância que é uma enfoque de segurança. Limitar a disponibilidade e assegurar que os formatos de altas doses de não sejam estocados nas áreas de prestação de serviços são estratégias efetivas para minimizar o óbitos ou lesões graves associados com esses agentes.



MENU



RIO GRANDE DO SUL



29/04/2014 19h20 - Atualizado em 30/04/2014 17h57

'Pode levar à morte', diz médico sobre substância detectada em Bernardo

Midazolam é usado como sedativo e diminui a capacidade respiratória. Investigação não confirma se a substância foi usada em injeção letal.

Felipe Truda
Do G1 RS

113 comentários

45

Recomendar 660



O medicamento Midazolam, encontrado no corpo do menino Bernardo Boldrini, de 11 anos, pode ser fatal se não for usado da maneira correta. O médico Luiz Fernando Menezes, gestor de anestesia do Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre, explicou que o remédio, um "sedativo muito potente", requer a aplicação por um anestesiologista e o acompanhamento para evitar complicações, pois "deprime a respiração", ou seja, diminui a

Riscos

Medicamentos de Alto Vigilância (MAV) são medicamentos que possuem elevado risco de lesar o paciente quando administrado incorretamente.

No caso dos opioides:

Desconforto

Parada

Óbito

Estratégias para MAV

Identificação diferenciada



Os opioides terão sinalização preta (controlados)

Estratégias para MAV

Armazenamento com identificação diferenciada



Estratégias para MAV

Alertas na prescrição eletrônica para o prescritor

★ C.C. FENTANEST 50MCG/ML - 10ML AMP IV/IM-FentaNILA

Quantidade: 5 x Unidade: AMP C/500MCG x Forma de aplicação: IV-INTRAVENTOSO x Frequência: ACM x

Se Necessário Data/Hora Inicial: 07/11/2016 14 h 1 m

Observação: O medicamento pode causar: Bradicardia, depressão do SNC, sedação, dispnéia, depressão respiratória, tontura, sonolência, náusea, miose, sudorese, rigidez muscular, fraqueza, arritmia, parada cardiorespiratória

Reações adversas e riscos potenciais de cada medicamento

AVISO(S):

» Este item é de alta vigilância.

Componentes >

→ BOMBA DE INFUSAO

Quantidade: 1 x Observação: ACM

★ C.C. DIPRIVAN 1%-50ML FR/AMP IV-PROPOFOL

Quantidade: 50 x Unidade: MILILITRO x Forma de aplicação: IV-INTRAVENTOSO x Frequência: ACM x

Estratégias para MAV

- ❑ O Enfermeiro/técnico de enfermagem recebe e confere mapa de dispensação (Protocolo de entrega - folha anexada à embalagem com a discriminação das medicações dispensadas pela farmácia) juntamente com prescrição médica);
- ❑ Após, armazenará os medicamentos de alta vigilância na gaveta do paciente em local identificado (gaveta identificada com nome completo + data de nascimento + nº de atendimento), sendo segregados neste momento.



Estratégias para MAV

- ❑ O Enfermeiro/técnico de Enfermagem separa medicamento de alta vigilância, o material para manipulação e a etiqueta de identificação dos medicamentos (realizar o preenchimento completo).

JANE EYRE OLIVEIRA CRISPIM
 Atend.: 1370888 Prontuário: 1742299
 Nacto: 23/10/1978 Sexo: FEM
 Medicamento: _____
 Dose: _____
 Data: ____/____/____ Hora: ____ Via: ____
 ASS/RUBRICA: _____

CHN Identificação do Soro
Preencher quando não tiver etiqueta
 Nome: _____
 Registro: _____
 Unidade: _____ Leito: _____
 Data: ____/____/____ Gotejamento: _____
 Contém: _____

Estratégias para MAV

Dupla-checagem no preparo e administração

- ❑ Em seguida, solicita a presença de um segundo profissional Enfermagem (Enfermeiro/técnico revisor).
- ❑ Neste segundo momento ocorre a conferência do medicamento antes do preparo. O profissional (preparador /administrador) que separou a medicação lê (em voz alta) a prescrição para o profissional revisor, o qual faz a conferência da medicação separada e da etiqueta. Esse processo deverá ser realizado separadamente para cada paciente.

ITEM: _____
HORA: _____
PREPARADO POR: _____
REVISADO POR: _____

Carimbo de Dupla Checagem

ITEM: 07
HORA: 13:00
PREPARADO POR: [assinatura]
REVISADO POR: [assinatura]
Ana [assinatura]
Téc. de Enfermagem
[assinatura]

APÊNDICE X

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO MULTIPLICADOR**Atribua a pontuação abaixo para avaliar o multiplicador:**

1	2	3	4
Ruim	Razoável	Bom	Excelente

1- Os tópicos abaixo foram abordados?

- () Conceito de medicamento de alta vigilância
- () Panorama mundial
- () Correlação com erros durante a assistência ao paciente
- () Motivo dos opioides serem classificados como medicamento de alta vigilância
- () Exemplos de opioides utilizados na UTI
- () Riscos que os opioides podem causar para os pacientes
- () Como os medicamentos de alta vigilância são diferenciados para os MÉDICOS no momento da prescrição médica, OU

Como os medicamentos de alta vigilância são diferenciados para ENFERMEIROS na prescrição, visualmente e durante o preparo da diluição, OU

Como os medicamentos de alta vigilância são diferenciados para TÉCNICOS DE ENFERMAGEM no momento do recebimento, na prescrição médica e no preparo da diluição.

- () Quais incidentes devem ser notificados em relação a estes medicamentos

2- Foi claro na comunicação? ()

3- Teve bom relacionamento com o grupo? ()

Comentário:

A avaliação do multiplicador é:

- () Insatisfatória () Pouco satisfatória () Satisfatória () Muito satisfatória

APÊNDICE XI

ARTIGO SUBMETIDO

ANÁLISE DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COM BASE NA PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Roberta Flecher Barbosa Teodoro¹, Alexandre Sousa da Silva², Mônica de Almeida Carreiro³, Rafael de Lima Bilio⁴, Danielle Galdino de Paula⁵.

RESUMO

Objetivo: a avaliação da cultura de segurança do paciente permite aos hospitais identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança em suas rotinas de trabalho. **Método:** estudo quantitativo, transversal e descritivo, ocorrida no ano de 2017 na Unidade de Terapia Intensiva Adulta em um hospital privado, localizado em Niterói/RJ. A população foram os profissionais médicos e equipe de enfermagem, utilizando análise estatística por meio de programa R, com a interface Rcmdr. **Resultados:** baseados nas respostas às perguntas sobre notificação de eventos aplicada com a Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente a 97 profissionais, com uma taxa de resposta de 85,6%, correspondendo a 83 profissionais. Menos de 45% dos participantes da pesquisa sempre notificam um erro, engano ou falha, que afete ou não o paciente, 59,0% não fizeram nenhuma notificação nos últimos 12 meses antecedentes à pesquisa e não houve diferença significativa na quantidade de notificação que destacasse uma categoria profissional, graduados ou não. **Discussão:** houve maior adesão à notificação de eventos pelos com maior tempo de hospital e com maior tempo naquela terapia intensiva. Não se encontrou correlação do número de notificações relatadas com o tempo de profissão e com a carga horária de trabalho. **Conclusão:** no que tange à conscientização de incrementar a adesão à notificação de eventos, a análise realizada contribuiu para a melhoria da segurança do paciente.

DESCRIPTORIOS: Segurança do paciente; Cultura; Unidade de terapia intensiva; Enfermagem; Notificação de eventos adversos.

INTRODUÇÃO

Entende-se que a segurança do paciente é um dos pilares que sustentam os níveis da qualidade dos serviços de saúde prestados. A partir disso, verifica-se uma grande quantidade de erros e eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde, que normalmente ganham grande evidência nos meios de comunicação. A segurança do paciente é definida então como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários, durante a atenção à saúde. Ela é composta por estratégias que buscam evitar, prevenir e minimizar os resultados provenientes de eventos adversos decorrentes das práticas de atenção em saúde associadas ao cuidado (WEGNER, 2012).

A cultura de segurança, neste contexto, tem sido identificada como de grande impacto para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e está relacionada às taxas de eventos adversos e mortalidade. Assim, iniciativas de melhorias na atenção à saúde têm sido implementadas, tanto na esfera da atenção básica, quanto hospitalar, focadas nos profissionais e na mudança de cultura, com vistas à promoção de um cuidado seguro (BARATTO, 2016).

Os riscos de eventos adversos na assistência em saúde existem em diferentes ambientes onde essa assistência é oferecida. Dentre esses diferentes ambientes, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que, por suas características, é considerada um cenário assistencial de alto risco. Esta unidade tem por peculiaridade um cuidado que é intensivo, ou seja, deve ser prestado de forma rápida, envolve muitos procedimentos, produz um grande volume de informações, é realizado por um número grande e variado

de profissionais que, em face de gravidade dos pacientes, trabalha sob um forte stress, por lidarem diretamente com situações de vida e morte em que as decisões devem ser tomadas rapidamente (MELLO, 2013)

Para avaliar a cultura de segurança do paciente existe um considerável número de instrumentos de pesquisa que podem ser analisados quantitativamente por meio de pesquisas ou qualitativamente por métodos antropológicos/etnográficos. Esses últimos consistem de questionários construídos com o intuito de orientar a reflexão e diálogo em grupos de pessoas, tais como: "*Strategies for Leadership: an Organizational Approach to Patient Safety*" (SLOAPS), o "*Checklist for Assessing Institutional Resilience*" (CAIR) e o *Manchester Patient Safety Framework*. Nos estudos apresentados por Colla *et al.* (2005) e por Flin *et al.* (2006), os instrumentos mais utilizados em análise quantitativa foram o "*Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSPSC*"; o "*Safety Attitudes Questionnaire*" - SAQ; o "*Culture of Safety Survey*" - CSS; e, o "*Veterans' Administration Patient Safety Culture Questionnaire*" - VHA PSCQ (BARATTO, 2015).

Reconhecendo a necessidade de uma ferramenta de medição para avaliar a cultura da segurança do paciente em organizações de saúde, o grupo de trabalho em erros médicos, o *Quality Interagency Coordination Task Force - QuIC* patrocinou o desenvolvimento de uma pesquisa hospitalar centrada na cultura de segurança do paciente. Financiado pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ), a *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) foi desenvolvida por uma organização privada de pesquisa sob contrato com AHRQ (SORRA, 2004).

O HSOPSC foi traduzido para o português e adaptado para uso no Brasil pois a mensuração da cultura de segurança do paciente constitui uma prática emergente no Brasil. A dimensão relacionada ao relato de eventos foi assinalada pela população-alvo como não hegemônica nos hospitais brasileiros. Embora se tenha relatado que alguns hospitais no Brasil já adotam esta prática, o relato de eventos (acidentes, incidentes, falhas ou erros) não se constitui, ainda, uma prática dominante. Os itens componentes do instrumento original relacionam-se às dimensões da cultura de segurança no contexto hospitalar brasileiro. Não foi encontrada publicação sobre achados de estudos de adaptação transcultural e avaliação psicométrica de instrumentos que avaliam cultura de segurança no contexto hospitalar traduzidos para o português e uso no Brasil (REIS, 2012). Assim sendo, foi realizado um estudo da adaptação transcultural do HSOPSC para o português e seu uso no contexto hospitalar brasileiro com validação do conteúdo traduzido e semântica, considerando a participação de especialistas. A consistência interna estimada para o instrumento como um todo foi muito boa e em geral foram satisfatórias para a maior parte das 12 dimensões que compõem o modelo original (REIS, 2013).

Em resposta à crescente preocupação com a segurança do paciente, a *United Kingdom National Health Service*, a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*, a *Agency for Healthcare Research and Quality* e o *United States National Quality Forum*, propuseram que as instituições de saúde adotassem modelos de Cultura de Segurança (RIGOBELLO, 2012). Nesta mesma lógica, a *Accreditation Canada International* - ACI também exige que as instituições integrantes deste modelo de acreditação hospitalar realizem pesquisa de cultura do modelo de segurança do paciente.

Neste contexto, este artigo tem o objetivo de analisar a Cultura de Segurança do Paciente no que se refere aos itens sobre notificação de incidentes. A notificação de incidentes com o paciente é uma boa prática e vem sendo exigida pelas metodologias de certificação hospitalar pois são fontes de dados para implantação de melhorias e prevenção de novas ocorrências.

Este artigo apresenta e explica relações, quando encontradas, entre as respostas e o perfil de profissionais que participaram da pesquisa com o objetivo de que eles entendam que a importância de realizarem notificação de incidentes e que a mesma faz parte da cultura de segurança do paciente e podem ser utilizadas como ferramenta de melhoria assistencial.

METODOLOGIA

Delineamento do Estudo

Estudo de abordagem quantitativa, transversal e descritivo. A coleta de dados foi realizada na terapia intensiva adulto de um hospital particular de grande porte em Niterói - RJ no mês de fevereiro de 2017. Esse hospital é referência na cidade, com emergência aberta e oferece 257 leitos em várias especialidades de clínica médica, transplante, cardiologia e cirúrgica, dentre eles 25 de terapia intensiva adulto.

Coleta de dados

No período de coleta de dados, havia, aproximadamente, 67 profissionais de enfermagem, 19 eram enfermeiros, 48 técnicos de enfermagem e 30 médicos. A amostra foi composta pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica atuantes na terapia intensiva adulto que atenderam aos critérios de inclusão do estudo: a) Estar, pelo menos, há um mês trabalhando no setor; b) trabalhar, pelo menos, 12 horas semanais no setor e c) aceitar participar do estudo. Foram excluídos colaboradores de férias ou licença naquele período. Obedecendo a esses critérios, participaram da pesquisa 18 enfermeiros assistenciais, 35 técnicos e auxiliares de enfermagem e 30 médicos, totalizando, assim, 83 participantes.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado a Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) validado e adaptado culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros (REIS, 2013). A maior parte dos itens são respondidos em uma escala de 5 pontos (tipo *Likert-scale*) refletindo a taxa de concordância: de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5), com uma categoria neutra “nenhum dos dois” (3). Outros itens são respondidos utilizando uma escala de frequência de 5 pontos: de “nunca” (1) a “sempre” (5). As duas variáveis de resultado são respondidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente - medida por uma escala de 5 pontos de “excelente” (1) a “falho” (5); e b) número de eventos relatados: quantos relatórios de eventos você escreveu e entregou, nos últimos 12 meses - categorias de respostas: “nenhum”, “1-2 eventos”, “3-5 eventos”, “6 a 10 eventos” e “11 a 20 eventos”.

Para a coleta de dados neste estudo, o setor de Gestão da Qualidade do hospital inicialmente entrou em contato com as chefias de enfermagem e médica daquela terapia intensiva adulto, no sentido de divulgar os objetivos e a finalidade da pesquisa, tornando os cientes do trabalho a ser desenvolvido. Em seguida, os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho, nos momentos em que tinham disponibilidade para participarem do estudo. O instrumento para ser respondido foi inserido no Google Forms e enviado o link para as chefias disseminarem para suas equipes por e-mail ou aplicativo Whats App, com o prazo de preenchimento máximo pré-estabelecido.

Análise estatística

Após a coleta, os dados compuseram um banco de dados eletrônico que foi exportado para o Programa Excel da Microsoft® e o processamento, gráficos e testes para a análise dos dados das perguntas relacionadas à notificação de eventos e informações gerais foram realizados pelo programa de estatística R x64 3.3.3, interface Rcmdr. Todos os participantes da pesquisa tiveram seu anonimato garantido.

Buscou-se associar as respostas das perguntas relacionadas à notificação de eventos com as variáveis sociodemográficas, as relacionadas ao cargo, à carga horária e aos tempos de formação acadêmica, contratação naquela unidade hospitalar e naquela unidade de terapia intensiva. Além da análise exploratória, foram efetuados testes de hipóteses para decidir se há correlação dos dados e para isso, utilizou-se a correlação de *Spearman* e de *Pearson*. O nível de significância estatística considerado foi de 0,05.

Aspectos éticos

O estudo tem por finalidade atender o pré-requisito da disciplina de Bioestatística e Epidemiologia do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, estando a sua divulgação restrita apenas para fins desta.

RESULTADOS

Os resultados obtidos tiveram como instrumento o questionário HSOPSC validado e adaptado culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros (REIS, 2013). Este instrumento é amplamente utilizado em diversos países no mundo, em diversos níveis de desenvolvimento com vistas a compreender o grau de assimilação e capilaridade da segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde, e de sua valorização na cultura organizacional. Ele questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança - valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, e toma cerca de 15 minutos para ser preenchido. O HSOPSC abrange 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança em escala de múltiplos itens. Ele contém 50 itens no total; 44 são relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 6 itens são relacionados a informações pessoais. São 3 dimensões relacionadas ao hospital, 7 dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital, e duas variáveis de resultado (SORRA & NIEVA, 2004).

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos respondentes. Compõem os sujeitos da amostra 35 técnicos (42,2%), 18 enfermeiros (21,7%) e 30 médicos (36,1%). Em relação ao tempo de trabalho, a maioria possui entre 1 e 5 anos no hospital (55,4%) e na UTI (51,8%), com carga horária variando de 20 a 59h semanais (83,2%).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem e médicos da UTI Adulto do hospital particular de grande porte de Niterói-RJ, Brasil, 2017

TEMPO NO HOPISTAL (anos)	Médico n(%)	Enfermeiro n(%)	Técnico de enfermagem n(%)	Total n(%)
<1	3(3,6)	3(3,6)	3(3,6)	9(10,8)
1 a 5	17(20,5)	10(12,0)	19(22,9)	46(55,4)
6 a 10	4(4,8)	2(2,4)	8(9,6)	14(16,9)
11 a 15	6(7,2)	3(3,6)	2(2,4)	11(13,2)
16 a 20	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
>20	0(0)	0(0)	3(3,6)	3(3,6)
TEMPO NA UTI ADULTO				
(anos)				
<1	4(4,8)	3(3,6)	3(3,6)	10(12,0)
1 a 5	16(19,3)	9(10,8)	18(21,7)	43(51,8)
6 a 10	4(4,8)	3(3,6)	6(7,2)	13(15,7)
11 a 15	6(7,2)	3(3,6)	4(4,8)	13(15,7)
16 a 20	0(0)	0(0)	2(2,4)	2(2,4)
>20	0(0)	0(0)	2(2,4)	2(2,4)

CARGA HORÁRIA NO HOSPITAL (horas/semana)				
<20	4(4,8)			4(4,8)
20 a 39	23(27,7)	3(3,6)	6(7,2)	32(38,6)
40 a 59	2(2,4)	14(16,9)	21(25,3)	37(44,6)
60 a 79	1(1,2)	0(0)	7(8,4)	8(9,6)
80 a 99	0(0)	0(0)	1(1,2)	1(1,2)
>100	0(0)	1(1,2)	0(0)	1(1,2)
TEMPO DE PROFISSÃO (anos)				
<1	1(1,2)			1(1,2)
1 a 5	14(16,9)	7(8,4)	6(7,2)	27(32,5)
6 a 10	5(6,0)	7(8,4)	10(12,0)	22(26,5)
11 a 15	6(7,2)	1(1,2)	9(10,8)	16(19,3)
16 a 20	3(3,6)	3(3,6)	7(8,4)	13(15,7)
>20	1(1,2)	0(0)	3(3,6)	4(4,8)

A figura 1A mostra o número máximo de notificações nos últimos 12 meses entre os diferentes profissionais de uma unidade de terapia intensiva. Não foram observadas diferenças significativas ($p=0,1127$) entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem no número máximo de registros de eventos naquela UTI. Também não foi constatada diferença significativa ($p=0,1185$) no número máximo de notificações entre profissionais graduados e não graduados (Figura 1B).

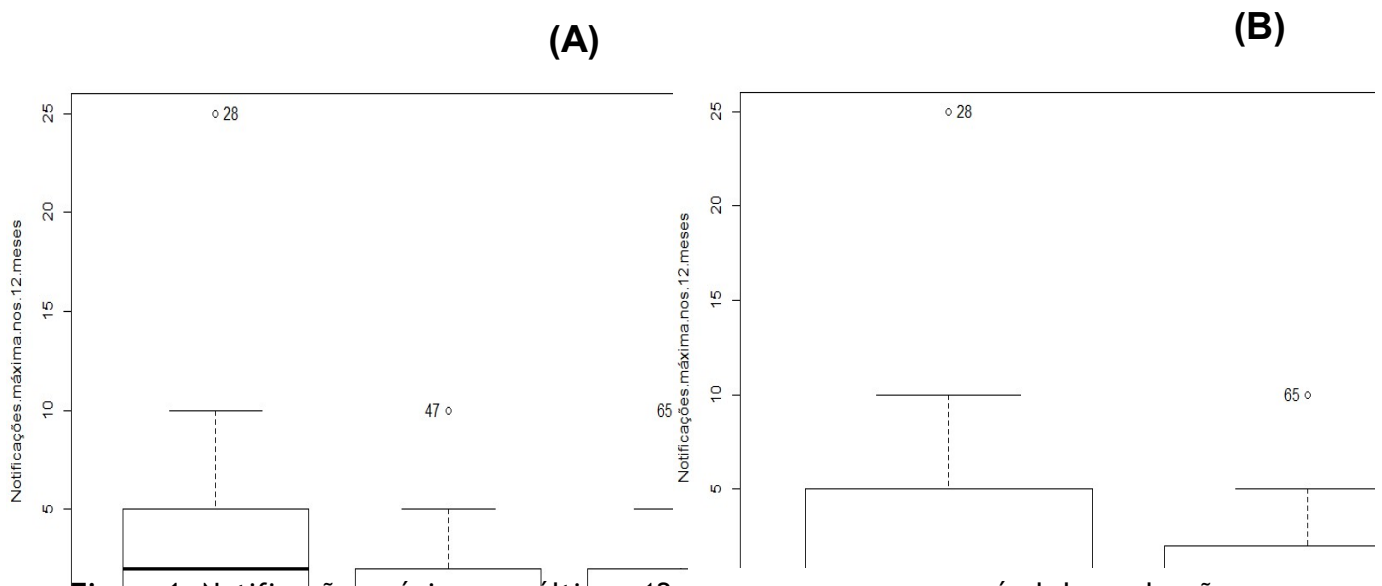


Figura 1. Notificações máxima nos últimos 12 meses por cargo e por nível de graduação

Na tabela 2 são apresentadas as respostas relativas à frequência de notificação de eventos. Um erro, engano ou falha, que afete ou não o paciente, é sempre ou quase sempre notificado por menos de 45% dos participantes da pesquisa e que em sua maioria, são técnicos de enfermagem. Por outro lado, no mínimo 26,5% dos participantes raramente ou nunca o notifica quando o erro, engano ou falha é percebido e corrigido antes de afetar o paciente.

Em relação a frequência de notificação e cargos participantes daquela unidade de terapia intensiva adulto não foram observadas diferenças entre a frequência de notificação quando a falha acontece sem risco de dano ao paciente e a frequência de notificação quando a falha percebida e corrigida antes de afetar o paciente entre os diferentes cargos, com respectivos valores de p de 0,217 e 0,199 (Tabela 3). Por outro lado, constatou-se que a categoria profissional nesta unidade intensiva difere na frequência de notificações quando a falha poderia causar danos ao paciente, mas não causa ($p=0,020$). Nesta situação, o profissional apresenta a maior frequência de sempre notificar é o técnico de enfermagem, seguido do médico e enfermeiro.

Tabela 2. Perguntas e respostas sobre a frequência de eventos notificados, da pesquisa de cultura de segurança do paciente (adaptação transcultural do HSOPSC)

Frequência de notificação	Algumas vezes				Raramente/ Nunca				Sempre/ Quase sempre			
	n(%)				n (%)				n (%)			
	Médico	Enfermeiro	Técnico	Total	Médico	Enfermeiro	Técnico	Total	Médico	Enfermeiro	Técnico	Total
Quando acontece um erro, engano ou falha mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente	14	6	7	27 (32,5)	6	6	10	22 (26,5)	10	6	18	34 (40,1)
Quando acontece um erro, engano ou falha mas que não há risco de dano ao paciente	10	3	6	19 (22,9)	9	10	6	31 (37,3)	11	5	17	33 (39,8)
Quando acontece um erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa	12	1	6	19 (22,9)	5	9	13	27 (32,5)	13	8	16	37 (44,6)

Tabela 3. Correlação de Pearson entre frequência de notificação e cargo da unidade de terapia intensiva

Variáveis	X ²	Graus de liberdade	Valor de p
Frequência de notificação quando a falha acontece sem risco de dano ao paciente x cargo	5,763	4	0,217
Frequência de notificação quando a falha percebida e corrigida antes de afetar o paciente x cargo	6,005	4	0,199
Frequência de notificação quando a falha poderia causar danos ao paciente mas não causa x cargo	10.963	4	0,020

Sobre o número de eventos notificados nos últimos 12 meses antecedentes à pesquisa, 49 participantes (59,0%) não fizeram nenhuma notificação (Tabela 4).

Tabela 4. Número de eventos notificados nos últimos 12 meses, da pesquisa de cultura de segurança do paciente (adaptação transcultural do HSOPSC) aplicada aos profissionais de enfermagem e médicos da UTI Adulto do hospital particular de grande porte de Niterói-RJ, Brasil, 2017

Número de relatório de eventos	Notificações de eventos n(%)
Nenhum	49(59,0)
1 a 2	19(22,9)
3 a 5	11(13,2)
6 a 10	3(3,6)
>20	1(1,2)

A Tabela 5 mostra a correlação entre o número de relatórios de notificação e diferentes variáveis. O tempo máximo de unidade de terapia intensiva ($p < 0,00001$) e de contratação no hospital ($p < 0,0001$) entre os diferentes profissionais apresentou correlação positiva com o número de notificações, indicando que quanto maior o tempo de trabalho na UTI e no hospital, maior a adesão à cultura de segurança do paciente. Foi possível observar ainda que o tempo máximo de profissão e a carga horária máxima de trabalho na UTI, não apresentaram correlação com o número de notificações relatadas.

Tabela 5. Correlação de Spearman entre o número de relatórios de notificação e diferentes variáveis em Unidade Hospitalar de Terapia Intensiva Adulto

Variáveis	Valor Rho	Valor de p
Número de relatórios x carga horária máxima	-0.395	0,7222
Número de relatórios x tempo máximo de profissão	0.195	0,0770
Número de relatórios x tempo máximo de contratação	0,4124	0,0001
Número de relatórios x tempo máximo na unidade	0,4612	0,00001

Para representar a frequência de palavras nos comentários sobre a segurança do paciente, erros ou notificação de eventos no hospital, utilizou-se uma nuvem de palavras produzida por aplicativo disponível no site <http://www.wordle.net/create>. Na nuvem de palavras, o tamanho das letras está associado à frequência da palavra. Quanto maior o tamanho da palavra, mais vezes a palavra foi escrita no comentário, último passo da pesquisa. Estão apresentadas nesta nuvem todas as palavras mencionadas, não havendo critério de frequência mínima de ocorrências. (Figura 2). A partir da nuvem de palavras produzida, observou-se que o termo segurança do paciente foi mencionado nos comentários de forma bastante frequente nos comentários, estando o primeiro termo - segurança - voltado ao tema principal da pesquisa, a segurança do paciente e o segundo termo - paciente - também envolvido na temática principal mas sobretudo nos erros e notificações, aspectos mais específicos que detalham o assunto principal. Percebem-se também palavras frequentes com relação clara entre elas, como: hospital, pacientes, profissionais, funcionários, farmácia e técnicos.



Figura 2. Nuvem de Palavras dos comentários sobre a segurança do paciente, erros ou notificação de eventos no hospital. Fonte: <http://www.wordle.net/create>.

DISCUSSÃO

Ao analisar os dados encontrados, verifica-se que, apesar de alguns profissionais possuírem graduação e isso supostamente contribuiria para uma melhor compreensão da cultura de notificação e sua relação com a segurança do paciente, não foi constatado diferença significativa ($p=0,1185$) no número de notificações entre profissionais graduados e não graduados (Figura 1B), indicando a necessidade de treinamento e conscientização constante do processo de qualidade hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva Adulto.

O sistema de notificação utilizado neste hospital requer inserção do usuário e senha, e para manter o anonimato, foram criados *login* e senha padrões para que todos profissionais pudessem notificar sem se identificar. Mas ainda assim, pode ficar algum tipo de desconfiança quanto ao sigilo e isso interferir na frequência de notificação.

Segundo Souza (2014), um baixo número de notificações de eventos adversos pode estar relacionado ao sistema adotado pela instituição, quando é informatizado e incorre na necessidade do profissional identificar-se ao reportar o erro/evento adverso. Destarte, pesquisa semelhante realizada em um hospital de grande porte da região sul do Brasil, investigou as notificações de eventos adversos. Foi possível constatar que um sistema de notificação onde o profissional que notifica o incidente precisa ser identificado, pode levar à subnotificação. Acredita-se também que o baixo número de notificações de eventos adversos pode ter relação com a percepção dos profissionais quanto às respostas punitivas às suas falhas.

Através dos comentários finais da pesquisa, percebe-se que por meio da análise das nuvens de palavras, a segurança do paciente é uma grande preocupação dos serviços de saúde, dentre eles, o hospital, e se aplica a todos os pacientes e os envolvidos, com

destaque para os técnicos (que se pressupõe ser o de enfermagem) e o serviço de farmácia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

No contexto deste estudo, essas recomendações revelaram fragilidades em alguns aspectos da cultura de segurança nas instituições onde o estudo foi desenvolvido. Destaca-se a quantidade de ações sugeridas nas dimensões percepção geral de segurança e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente. A implementação dessas ações, com posterior análise das diferentes dimensões do instrumento, permite mensurar o seu impacto, traduzindo-se em um instrumento importante na avaliação da cultura de segurança. Estudos desta natureza apontam a necessidade de mais estudos com a utilização deste instrumento, particularmente no Brasil, de modo a melhor avaliá-lo e se necessário realizar modificações, tendo em vista que foi criado nos Estados Unidos, a partir de sua cultura, realidade e necessidades específicas.

Os resultados revelam que a atitude de notificar eventos com paciente, apesar de ser importante para a cultura de segurança do paciente, ainda se encontra bastante insipiente nesta unidade de terapia intensiva adulto, tendo em vista à baixa adesão dos profissionais médicos e de enfermagem. Esses resultados nos levam a refletir que os profissionais não identificam a notificação do erro, do engano, da falha como uma atitude para a cultura da segurança do paciente. Pode ser que não compreendam a importância da notificação para suscitar melhorias no que foi levantado como causa daquele evento. Ou ainda sofram punições severas da chefia e da organização, por falta de uma cultura justa que analisa e distingue o erro da violação. A liderança também pode influenciar positiva ou negativamente nesta adesão pois é a que deveria estimular a utilização da ferramenta para implantar melhorias, mas é também a que pode punir mau seus colaboradores e com isso gerar um clima de insegurança e medo.

Com base nas reflexões, ressaltamos que a qualidade da assistência ao paciente resulta a partir de um atendimento seguro, e, para isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida. Essa cultura envolve o comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade da cultura de segurança e estabelecê-la como eixo norteador de sua organização, além de envolver-se com as situações cotidianas e buscar conhecer as dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente. Por conseguinte, quando os elos de confiança estão firmados, as necessidades e os erros são expostos mais claramente pelos profissionais e a instituição consegue intervir nos processos de trabalho e na formação permanente, empoderando os profissionais para garantir uma cultura da segurança e uma assistência mais segura.

Frente a este cenário, justifica-se mais uma vez a necessidade de aprimorar a utilização da notificação de eventos com o paciente, incentivados pela criação da cultura de segurança do paciente e pelas melhorias que podem ser trazidas para uma melhor assistência.

Esta pesquisa nas próximas edições pode contemplar os demais profissionais da assistência que atuam nesta terapia intensiva como fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e odontólogos. E a análise pode ser expandida à todas as questões da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente e às demais unidades assistenciais do hospital.

REFERÊNCIAS

BARATTO, M.A.M. Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria. Dissertação de mestrado. Universidade Feral de Santa Maria. Rio Grande do Sul, 2015

BARATTO, M.A.M., Pasa TS, Cervo AS *et al.* Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar: Revisão integrativa. Revista de enfermagem UFPE on line.10(11):4126-36, Recife, 2016.

MELLO, J. F., BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 22(4): 1124-33. 2013

Nuens de Palavras [site da internet]. Disponível em <http://www.wordle.net/create>.

PAESE F., DAL SASSO G.T.M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(2): 302-10. 2013.

REIS, C. T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C. T.; LANGUARDIA, J; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad. Saúde Pública*, 28(11):2199-2210, Rio de Janeiro, 2012.

RIGOBELLO M.C.G., Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, de Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem, *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(5):728-35. São Paulo. 2012.

SORRA JS, NIEVA VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.

SOUZA, V. S. *et al.* Erros e eventos adversos a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*. 20(3): 475-482. 2015.

TOMAZONI, A. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 22(5):755-63. 2014.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* v. 20, n. 3, [8 telas], 2012.

APÊNDICE XII

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO



Roberta Barbosa <robertaflecher@gmail.com>

[RPCFO] Agradecimento pela Submissão

2 mensagens

Carlos Roberto lyra da Silva <rev.fundamental@gmail.com>
 Para: Roberta Flecher Barbosa Teodoro <robertaflecher@gmail.com>

6 de março de 2019 14:17

DECLARAÇÃO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

Declaramos que Roberta Flecher Barbosa Teodoro, submeteu com êxito o manuscrito "ANÁLISE DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS ATRAVÉS DA PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE" para Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "ANÁLISE DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS ATRAVÉS DA PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE" para Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/author/submission/8521>
 Login: robertaflecher

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Carlos Roberto lyra da Silva
 Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online
 FanPage
<https://www.facebook.com/pages/Revista-de-Pesquisa-Cuidado-%C3%A9-Fundamental-Online/1572838366286601>

Atenciosamente,
 Prof. Dr. Carlos Lyra (Editor Chefe)
 Carlos Roberto Lyra da Silva
 Ph.D in Nursing

INSCRIÇÕES GRATUITAS/VAGAS LIMITADAS
 I Simpósio Internacional Universitário de Editores Científicos
<http://www.sinuec.webnode.com/>

Curta, Siga, Compartilhe nossa FanPage
<https://www.facebook.com/pages/Revista-de-Pesquisa-Cuidado-é-Fundamental-Online/1572838366286601>

APÊNDICE XIII

ARTIGO A SER PUBLICADO

**PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE USO DE MEDICAMENTO
POTENCIALMENTE PERIGOSO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

*Proposal of educational material on the use of potentially hazardous medicine for health
professionals*

*Propuesta de material educativo sobre uso de medicamento potencialmente peligroso para
profesionales de salud*

Fomento: Faperj e CAPES/COFEN

RESUMO

Objetivo: Desenvolver proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos altamente perigosos para profissionais de unidades de terapia intensiva.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, quase-experimental, realizado em um hospital privado de grande porte. Foi utilizada amostragem não-probabilística por conveniência. Participaram do estudo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Analisaram-se as variáveis utilizando o teste do Qui-quadrado. **Resultados:** A pesquisa antes e depois da proposta educativa apresentou aumento estatisticamente significativo de respostas com conotação negativa em 29,5% das perguntas. A notificação de incidentes relacionados a medicamento aumentou 28%, sendo que a classe dos opioides apresentou um incremento de 50%. O aumento das notificações sobre medicamentos é bastante esperado, tendo em vista que erros são frequentes em pacientes internados, que quando em terapia intensiva utilizam rotineiramente opioides. **Conclusão:** Houve contribuição no aprimoramento do senso crítico relacionado à segurança do paciente e no aumento das notificações relativas ao tema abordado.

Descritores: Materiais educativos e de divulgação, Notificação, Educação Permanente, Segurança do Paciente, Medicamento Potencialmente Perigoso.

ABSTRACT

Objective: To develop an educational proposal on patient safety in the use of highly dangerous drugs for professionals in intensive care units. **Methods:** Quantitative, descriptive, quasi-experimental study, performed in a large private hospital. Non-probabilistic sampling was used for convenience. Physicians, nurses and nursing technicians participated in the study. The variables were analyzed using the chi-square test. **Results:** The research before and after the educational proposal showed a statistically significant increase of responses with negative connotations in 29.5% of the questions. Notification of drug-related incidents increased by 28%, and the opioid class increased by 50%. The increase in medication notifications is highly expected, given that errors are frequent in inpatients who routinely use opioids when in intensive care. **Conclusion:** There was a contribution in the improvement of the critical sense related to patient safety and in the increase of the notifications related to the topic addressed.

Descriptors: Educational and Outreach Materials, Notification, Continuing Education, Patient Safety, Potentially Hazardous Medicinal Product.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar una propuesta educativa sobre seguridad del paciente en el uso de medicamentos altamente peligrosos para profesionales de unidades de terapia intensiva. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, cuasi-experimental, realizado en un hospital privado de gran porte. Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron del estudio médicos, enfermeros y técnicos de enfermería. Se analizaron las variables utilizando la prueba del Chi-cuadrado. **Resultados:** La investigación antes y después de la propuesta educativa presentó un aumento estadísticamente significativo de respuestas con connotación negativa en el 29,5% de las preguntas. La notificación de incidentes relacionados con el medicamento aumentó un 28%, mientras que la clase de opioides presentó un incremento del 50%. El aumento de las notificaciones sobre medicamentos es bastante esperado, teniendo en vista que errores son frecuentes en pacientes internados, que cuando en terapia intensiva utilizan rutinariamente opioides. **Conclusión:** Hubo contribución en el perfeccionamiento del sentido crítico relacionado a la seguridad del paciente y en el aumento de las notificaciones relativas al tema abordado.

Descriptores: Materiales educativos y de divulgación, Notificación, Educación Permanente, Seguridad del Paciente, Medicamento Potencialmente Peligroso.

AUTOR CORRESPONDENTE Roberta Flecher Barbosa Teodoro E-mail: robertaflecher@gmail.com

INTRODUÇÃO

A partir do final do século XIX, devido às transformações sociais, políticas e culturais, e como consequência do desenvolvimento científico, foram tomadas medidas que contribuíram para melhorar os resultados do cuidado à saúde, que, além de repercutirem na diminuição da taxa de mortalidade, influenciaram no aumento da expectativa de vida. Dentre deste contexto surge a expressão “Segurança do Paciente”, que hoje é amplamente utilizada, mas poucas vezes, definida pelos gestores com clareza. Os profissionais envolvidos estão preocupados com problemas de qualidade no atendimento¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável².

No Brasil, a preocupação com a segurança do paciente começa a surgir em meados dos anos 90, quando as instituições públicas e privadas passam a adotar medidas para melhoria da qualidade hospitalar. Todos esses esforços estão associados para implantação da cultura de segurança do paciente que, de acordo com Tomazoni³, nos serviços de saúde ela é representada pelo conjunto de conhecimentos, pensamentos, crenças, hábitos, costumes e rotinas seguidas e compartilhadas entre os membros da equipe. A cultura de segurança, neste cenário, tem sido identificada como de grande impacto para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e está relacionada às taxas de eventos adversos e mortalidade.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária disponibilizou resultados obtidos pela análise dos dados de incidentes relacionados à assistência à saúde notificados no ano 2016 no Brasil, onde se constata que o número de notificações à agência vem aumentando ao longo do tempo e o número de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo eventos adversos, apresenta tendência de aumento progressivo⁴, porém incidentes com medicamentos ainda não são detectados por este sistema. Diante deste cenário, é notória a oportunidade de melhoria da qualidade da assistência prestada na administração de medicamentos e com isso, suas notificações.

Ainda que muitos erros de medicação não causem danos aos pacientes, alguns medicamentos são conhecidos por apresentarem risco aumentado de causar danos significativos ou até mesmo fatais em decorrência de falha na utilização. A ocorrência de

erros na administração desses medicamentos pode ter resultados clínicos catastróficos, comprometendo a segurança do paciente. Sabe-se que cerca de 20 medicamentos são responsáveis por 80% das mortes por erros de medicação. Por isso, tais medicamentos são identificados como medicamentos potencialmente perigosos (MPP) ou de alta vigilância ou de alto risco. Estes termos não estão relacionados aos medicamentos mais comumente envolvidos em erros já que, a frequência de erros envolvendo MPP pode ser bastante baixa quando comparada a outros medicamentos porque os MPP exigem maior cautela e atenção especial por parte dos profissionais da saúde quando empregados⁵.

A educação permanente desses profissionais pode ser uma das estratégias para mantê-los mais conscientes quanto aos medicamentos de alta vigilância. Os estabelecimentos de saúde, portanto, necessitam incorporar novas tecnologias em um programa de educação permanente de seus profissionais. Faz parte dos planos (locais) de segurança do paciente e dos estabelecimentos de saúde influir no programa de educação permanente².

O trabalho nas estratégias educativas pode ser enriquecido com o uso de jogos educativos. Estes são instrumentos de comunicação, expressão e aprendizado, favorecem o conhecimento e, com isso, intensificam as diversas trocas de saberes e constituem a base do aprendizado, embora não sejam apenas eles que determinam a aprendizagem, mas, também, as relações que são construídas das pessoas entre si, com o ambiente, e com o mundo⁶.

OBJETIVO

Desenvolver uma proposta educativa sobre o uso de medicamentos potencialmente perigosos para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Estudo quantitativo, descritivo, quase-experimental, do tipo antes e depois. Através do estudo descritivo, será possível analisar a resultados obtidos da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP) e do indicador de notificação de incidentes onde serão analisados o aprendizado de competências e habilidades, adquiridas por meio da proposta educativa, respectivamente.

Para comparação dos resultados foi realizado o estudo antes e depois, não controlado, que também representam importante fonte de aquisição de conhecimentos científicos, pois geralmente suas conclusões levam os investigadores a formularem hipóteses para confirmarem ou não essas associações, por meio de estudos analíticos⁷.

Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital privado de grande porte localizado na cidade de Niterói/RJ com uma terapia intensiva geral de 25 leitos, que possuía o selo de Acreditação da ONA nível 3 desde setembro/2012, recertificado em dezembro/2016, e conquistou a certificação Qmentum International pela Accreditation Canada International (ACI) no interim do estudo, em setembro/2017.

Ressalta-se que o cenário de pesquisa possui sistema de notificação de incidentes desde 2015 e, em 2016, o sistema passou a ser informatizado com a inserção do Sistema Soul MV® – Sistemas Estratégicos – módulo Gestão de ocorrências. A informatização possibilitou celeridade nas análises referentes à notificação. Em relação à Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP), foi utilizada a segunda pesquisa realizada no hospital, em conformidade com o requisito da Acreditação Qmentum, que preconiza sua aplicação anualmente.

População do estudo

Participaram do estudo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem sendo a escolha desses profissionais pelo método de amostragem não-probabilística por conveniência, que segundo Aaker⁸, também pode ser empregado em pré-testes de questionários.

Os critérios de inclusão foram: profissionais dos turnos noturnos e diurnos, com carga horária semanal $\geq 6h$ e com no mínimo 3 meses de atuação na unidade. E os critérios de exclusão foram: profissionais realocados de outras unidades e os afastados das atividades laborais por doença, licença maternidade ou férias.

Para a Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente mantiveram-se os critérios de inclusão e exclusão. No entanto, a referência para determinação da amostragem da população do estudo foi o mês anterior ao período da coleta de dados, assim, o quadro de pessoal utilizado para definir a participação foi referente aos meses anteriores aos estudados, tendo em vista que os dois períodos estudados foram: fevereiro/2017 (estudo antes) e

fevereiro/2018 (estudo depois), sendo a proposta educativa realizada nos meses de agosto e setembro/2017.

Definição dos conteúdos abordados no estudo

O tema do estudo ocorreu a partir da necessidade de enfatizar, periodicamente e de diferentes formas, os conteúdos sobre a segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância com os profissionais envolvidos na assistência. Buscando avaliar a proposta educativa (produto acadêmico do presente estudo), o protocolo de segurança abordado na presente pesquisa foi o de “Prescrição, uso e administração de medicamentos” adaptado do Ministério da Saúde⁹ pela instituição para a utilização de medicamentos de alta vigilância.

Questões éticas da pesquisa

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, conforme Resolução nº466/12, e aprovado com parecer nº 2.395.858 (Anexo I) e Certificado de Apreciação Ética (CAAE) nº 75475317.0.0000.5285,

Análise dos resultados e estatística

Após a coleta, os dados foram tabulados no Programa Excel da Microsoft® 2007 e o processamento, gráficos e testes para a análise foram realizados pelo programa de estatística GraphPad Prism 5®. Para alcançar os objetivos do estudo, realizou-se a análise exploratória das variáveis obtidas antes e depois da proposta educativa, utilizando gráficos e medidas descritivas. As associações foram feitas utilizando o teste não-paramétrico do Qui-quadrado, considerando um nível de significância de 5% ($p=0,05$), para constatar ou não se houve diferença significativa nos resultados da pesquisa de cultura de segurança do paciente e nos indicadores de notificação de incidentes após a proposta.

RESULTADOS

Para desenvolver a proposta educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva, envolveram atividades de planejamento que envolveram treinamento dos multiplicadores acerca do material didático a ser utilizado e envolvimento da equipe das unidades hospitalares: Gestão da Qualidade, Gestão de Pessoas e Direção Clínica e de Enfermagem do hospital. A necessidade de treinamentos periódicos sobre segurança do paciente, e também

a exigência de metodologias de acreditação hospitalar da Organização Nacional de Acreditação - ONA e Accreditation Canada International - ACI, tiveram que ser consideradas. A partir desse momento, as possíveis formas de explorar a temática de jogos educativos foram discutidas e alguns formatos foram sugeridos pelos envolvidos. O desenvolvimento do treinamento e do material didático percorreu, em linhas gerais, as seguintes etapas: I) convocação e envolvimento da equipe das unidades hospitalares: Gestão da Qualidade, Gestão de Pessoas e Direção Clínica e de Enfermagem do hospital; II) elaboração de um manual do multiplicador para orientação e padronização da atividade pedagógica a ser desenvolvida; III) definição dos multiplicadores; IV) treinamento dos multiplicadores e; V) utilização da ferramenta educativa pelos profissionais que atuam no cenário da pesquisa.

Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP): Análise das competências adquiridas

Os resultados referentes à equipe participante de pesquisa de cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) encontram-se na Tabela 1. Dentre os colaboradores que participaram deste estudo, a maioria foi de técnicos de enfermagem, com 41,5% e 47,4% nos períodos denominados antes e depois respectivamente; seguido dos médicos (36,6% e 30,9%) e enfermeiros (22,0% e 21,6%). No período denominado antes, de um total de 98 (100%) profissionais ativos na UTI geral, aderiram à pesquisa 82 funcionários (83,7%). Foram excluídos 4 profissionais por estarem afastados por doença ou maternidade. No período denominado depois da proposta, de um total de 104 (100%) profissionais, a adesão à pesquisa aumentou, atingindo 97 (93,3%) funcionários participantes. Neste período, 5 profissionais ficaram excluídos por estarem afastados. Os demais profissionais que não responderam à pesquisa se recusaram ou estavam ausentes naquele dia.

Tabela 1 - Participantes da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente da UTI geral

	Quadro de pessoal n		Participantes da PCSP n/ (% em relação ao total de funcionários)		Adesão dos participantes à PCSP antes e depois da proposta educativa (%)	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Médicos	30	34	30 (36,6)	30 (30,9)	100,0	88,2
Enfermeiros	20	21	18 (22,0)	21 (21,6)	90,0	100,0
Técnicos de enfermagem	48	49	34 (41,5)	46 (47,4)	70,8	93,9
Total	98	104	82 (83,7)	97 (93,3)	83,7	93,3

Ao analisar a adesão por categoria profissional, os técnicos de enfermagem foram os que apresentaram o maior aumento na adesão à pesquisa após a proposta, passando de 70,8% para 93,9% de pesquisas respondidas (Tabela 1). Observou-se ainda, aumento na adesão dos enfermeiros, de 90% para a totalidade do seu quadro. Já na categoria médica,

notou-se uma diminuição das pesquisas respondidas, com redução da adesão de 11,8%, passando da totalidade de participação dos médicos (100%) para 88,2%.

Os resultados obtidos das 44 questões da PCSP referente aos períodos anteriores e posteriores à proposta educativa foram tabulados em números absolutos de respostas positivas, negativas e neutras, e analisados pelo teste do Qui-quadrado. Na análise comparativa das respostas dos períodos antes e depois da proposta educativa, foi possível observar aumento significativo ($p < 0,05$) nas respostas com conotação negativa em 13 perguntas, correspondendo a 29,5% do total da pesquisa, que se encontram distribuídas nas dimensões avaliadas na PCSP, conforme tabela 2.

Considerando como parâmetro de análise a classificação das perguntas por dimensões, ao analisar as respostas relacionadas à dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” antes e depois da proposta educativa, observou-se que houve aumento de respostas com conotação negativas em três perguntas, sendo estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Foi a dimensão com maior percentual de respostas negativas, três do total de treze perguntas (23,1%) (Tabela 3).

Na sequência, as dimensões “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”, “Aprendizado organizacional”, “Feedback/comunicação sobre os erros” e “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes” apresentaram equiparadamente, cada uma delas, duas perguntas com acréscimo de respostas negativas, no estudo antes e depois, correspondendo a 15,4% cada.

Tabela 2 – Perguntas por dimensão com diferença significativa ($p < 0,05$) no estudo antes e depois da proposta educativa

Dimensão	Perguntas (n)	%
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	3	23,1%
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	2	15,4%
Aprendizado organizacional	2	15,4%
Feedback e comunicação sobre os erros	2	15,4%
Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	2	15,4%
Abertura de comunicação	1	7,7%
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	1	7,7%
Total	13	100%

Já as perguntas relativas às dimensões “Abertura de comunicação” e “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” apresentaram 1 (7,7%) pergunta com aumento nas respostas negativas, em cada uma das perguntas realizadas. Já na comparação das demais perguntas da pesquisa, que totalizaram 31 (70,5%), foi constatado que as respostas foram mantidas, não havendo diferença significativa ($p > 0,05$) das respostas antes e depois da proposta educativa

Tabela 3 – Análise do efeito da proposta educativa na Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente da UTI geral

Dimensão	Afirmção	Resposta	Antes (n)	Depois (n)	Qui quadrado	p valor
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	Positiva	52	47	6.693, 2	0,0352
		Negativa	6	19		
		Neutra	24	31		
	F8. As ações da direção do hospital mostram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	Positiva	62	50	14.97, 2	0,0006
		Negativa	3	20		
		Neutra	17	27		
	F9. A direção do hospital só parece interessada pela segurança do paciente apenas quando acontece um evento adverso.	Positiva	8	22	15.69, 2	0,0004
		Negativa	48	45		
		Neutra	6	30		
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo rapidamente.	Positiva	59	51	8.326, 2	0,0156
		Negativa	8	23		
		Neutra	15	23		
	A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	Positiva	62	53	9.225, 2	0,0099
		Negativa	12	21		
		Neutra	8	23		
Aprendizado organizacional	A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	Positiva	74	66	12.91, 2	0,0016
		Negativa	3	10		
		Neutra	5	21		
	A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	Positiva	53	47	5.992, 2	0,0498
		Negativa	10	24		
		Neutra	19	26		
Feedback e comunicação sobre os erros	C1. Recebemos feedback das mudanças implementadas com base nos eventos notificados.	Positiva	29	18	8.747, 2	0,0126
		Negativa	23	45		
		Neutra	30	34		
	C5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	Positiva	48	38	8.144, 2	0,017
		Negativa	16	20		
		Neutra	18	39		
Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e	B2. Meu supervisor/gerente considera seriamente as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente.	Positiva	47	39	6.042, 2	0,0487
		Negativa	14	29		
		Neutra	21	29		

gerentes	B4. Meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	Positiva	2	19	15.53, 2	0,0004
		Negativa	69	59		
		Neutra	11	19		
Abertura de comunicação	C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar decisões ou ações dos seus superiores.	Positiva	30	18	7.367, 2	0,0251
		Negativa	32	48		
		Neutra	20	31		
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	F6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	Positiva	17	30	7.682, 2	0,0215
		Negativa	50	39		
		Neutra	15	28		

Notificações de incidentes: Análise das habilidades adquiridas

Após a análise do perfil de respostas da pesquisa sobre cultura e segurança do paciente, foram analisados os aspectos referentes às notificações de incidentes. A análise comparativa das notificações entre o período definido como antes (2º trimestre de 2017) e o depois (4º trimestre de 2017), revelou aumento nas notificações referente ao item queda e medicamentos, com variações positivas respectivas de 171% e 28%, apresentado na Figura 1. Ressalta-se que foram mantidas, para fins elucidativos, os itens: controle de infecção, cirurgia segura, lesão de pele, identificação do paciente, quedas e medicamentos (Figura 1), pois estes itens são reportados nos Protocolos de Segurança do Paciente estabelecidos na instituição e publicados pelo Ministério da Saúde¹⁰.

As notificações relativas aos assuntos dos demais protocolos de segurança diminuíram (Figura 1). A maior variação negativa foi do item identificação do paciente (64%), seguido de controle de infecção (33%), lesão de pele (25%) e cirurgia segura (14%). Na análise estatística, o teste do Qui-quadrado apresentou resultado de 14.72,5 e p valor = 0,0116, indicando diferença significativa ($p < 0,05$) entre o percentual de notificações nos períodos antes e depois estudados.

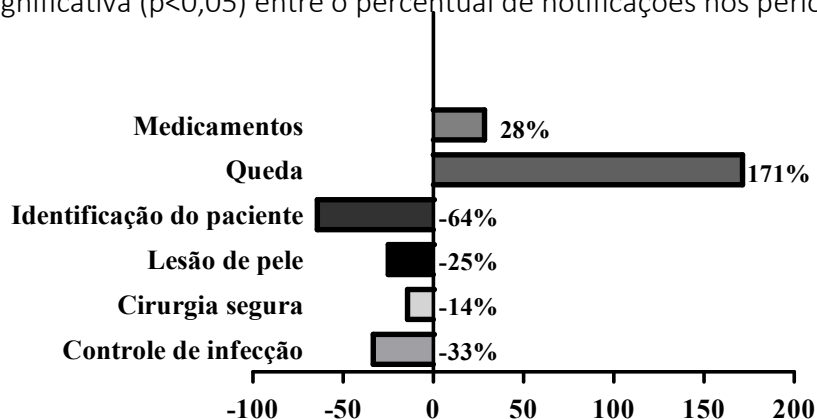


Figura 1 - Variação das notificações relacionadas aos Protocolos de Segurança do Paciente estabelecidos pelo Ministério da Saúde antes e depois da proposta educativa

Posteriormente, foi realizado a análise de notificações dentro do item notificações de medicamentos, agrupando-as de acordo com suas características farmacológicas para estratificação, conforme Figura 2. Os dados relativos a este subgrupo revelaram que as notificações relativas a classe de imunossupressores foram as que apresentaram o maior percentual de aumento (300%) depois da proposta educativa, seguido do grupo classificado como outros (258%), classe esta que compreendeu medicamentos diversos que não possuíam características em comum. O terceiro grupo que também apresentou aumento nas notificações entre os trimestres analisados foi o relacionado a classe de opioides (50%).

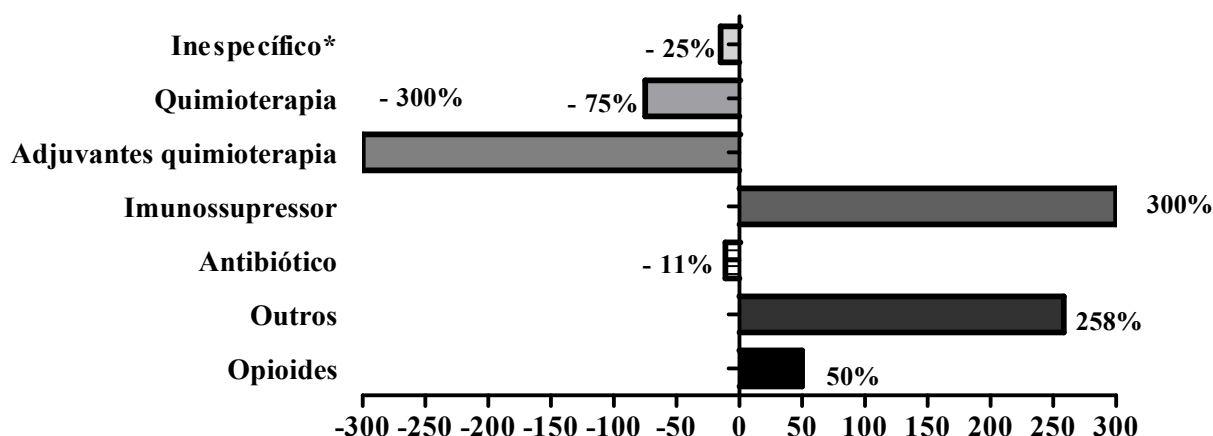


Figura 2 - Variação das notificações sobre medicamentos antes e depois da proposta educativa

Por outro lado, os grupos de medicamentos relacionados à quimioterapia, adjuvantes quimioterapia, antibióticos e os classificados como inespecífico, apresentaram diminuição de notificações no estudo. As classes de medicamentos do grupo de adjuvantes de quimioterapia e quimioterapia foram os que apresentaram maior percentual de redução, com valores respectivos de 300% e 75%.

O grupo denominado “inespecífico” foi constituído das notificações relacionadas a medicamentos, porém sem a possibilidade de identificação do medicamento prescrito, tendo em vista a falta de detalhamento de informação na notificação. A análise estatística pelo teste do Qui-quadrado apresentou resultado de 27.72,60, indicando diferença significativa ($p < 0,05$) no percentual de notificações do subgrupo de medicamentos nos trimestres estudados.

DISCUSSÃO

Proposta educativa

A estratégia proposta compreende um formato de educação para profissionais de saúde. Sabe-se que a falha dos sistemas e instituições de saúde em proporcionar educação satisfatória e adequar o conhecimento de seus profissionais nos processos que envolvem os medicamentos, determina a formação de profissionais com conhecimento insuficiente, resultando em erros de medicação. Desta maneira, especialistas em segurança do paciente sugerem que a educação relacionada à segurança dos medicamentos seja empregada como uma ferramenta tática de redução dos erros de medicação e danos aos pacientes¹¹. Apesar do acentuado potencial de risco, os MPP são componentes essenciais da terapia medicamentosa, fazendo-se necessário além do estabelecimento de um processo de educação continuada dos profissionais de saúde também, a implantação de um sistema de vigilância para prevenir erros e danos relacionados a esses medicamentos. Portanto, ao se colocar em prática um programa de prevenção de erros de medicação, os MPP devem ser um dos grupos priorizados¹².

A proposta educativa alcançou em maior quantidade a população de técnicos de enfermagem. Este resultado se mostra satisfatório, uma vez que, as ações inerentes a proposta educativa, proporcionou atividades relacionadas a educação permanente para esta categoria, que, em virtude da demanda de trabalho, podem não ter oportunidade de buscar formação através de recursos próprios. Assim, a proposta educativa, se insere no âmbito da educação permanente em saúde, pois focaliza a prática como fonte do conhecimento, proporciona a interdisciplinaridade e participação do profissional como sujeito no processo educativo.

Mediante as análises, constata-se que a inserção dos multiplicadores pode ser incorporada nos serviços de saúde objetivando auxiliar no aprimoramento dos seus cenários de atuação. Entretanto, esta inserção deverá ter estratégias e ações educativas bem definidas de modo que proporcionem uma atitude reflexiva acerca das situações vivenciadas na sua área de atuação.

A proposta educativa: Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (PCSP) e as competências adquiridas

O aumento da adesão à pesquisa por parte dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros e a diminuição por parte dos médicos pode estar relacionado às distintas

percepções sobre a cultura da segurança dentre os vários cargos, ocasionando uma desmotivação na participação da pesquisa. Especialistas em segurança do paciente em práticas ambulatoriais nos EUA destacam a importância de se compartilhar uma cultura de segurança, uma vez que, a falta de consenso pode ser prejudicial para a segurança do paciente¹³. No entanto, destaca-se que a categoria profissional que mais participou da PCSP foi a de técnicos de enfermagem, o que foi esperado e coerente com a legislação em vigor que rege a estrutura de pessoal das terapias intensivas, a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 7 de 2010, onde a maior proporção de profissional por leito, dentro os demais, é a do técnico de enfermagem, sendo de minimamente 01 (um) técnico para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno¹⁴. Vale ressaltar que a pesquisa para os técnicos de enfermagem, que muitas vezes não são vistos e nem ouvidos, serve como um mecanismo de reivindicação, onde eles serão notados e escutados.

Em relação ao aumento das respostas com conotação negativa, após a proposta educativa, pode-se atribuir ao processo de amadurecimento profissional, melhoria no entendimento pelos colaboradores participantes dos aspectos voltados para a segurança do paciente questionados na pesquisa, à falta de divulgação das ações promotoras da segurança do paciente incentivadas pela direção da instituição, e também, as ações de capacitação pontuais que não atendem as necessidades dos profissionais.

A dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” apresentou maior número de respostas negativas nas questões como: “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, “As ações da direção do hospital mostram que a segurança do paciente é a principal prioridade” e “A direção do hospital só parece interessada pela segurança do paciente apenas quando acontece um evento adverso”. A partir do pressuposto de que a alta gestão toma as principais decisões que envolvem o contexto hospitalar, acredita-se que o compromisso com a qualidade hospitalar e segurança do paciente devam fazer parte dos objetivos estratégicos da instituição¹⁵. No estudo de Mello¹⁶, os profissionais intensivistas da enfermagem julgaram que a administração não propicia clima de trabalho focado na segurança do paciente, muito menos demonstram interesse e iniciativas que a promovam, podendo indicar que a visão dos profissionais de enfermagem para a promoção da segurança do paciente não é percebida pela gestão hospitalar, sendo também sugestiva a falha na gestão em comunicar as iniciativas

organizacionais de segurança, políticas, e expectativas ao pessoal da unidade, já que os gestores tem menos oportunidade de identificar os riscos de segurança, que comumente existem nas situações vividas nas unidades.

A dimensão “Aprendizagem da organização” está vinculada ao conhecimento e aprendizado dispendido aos profissionais das empresas e aos estilos de gestão. Estudiosos acreditam que o aprendizado seja um dos melhores investimentos de uma instituição e devem voltar-se para promoção da capacitação, processamento rápido de novas informações, e a existência de políticas que incentivem a qualificação profissional a fim de socializar o conhecimento¹⁷. As respostas deste estudo relativas a esta dimensão, demonstram conotação negativa nas seguintes perguntas: “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” e “Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui” o que também parece estar relacionado à fragilidade na comunicação das melhorias implantadas em prol da segurança do paciente e à não correlação de mudanças que ocorrem como plano de ação para tratar o erro que as motivaram. O estudo de Costa em 2014, com profissionais da enfermagem, também retratou que medidas com a finalidade de melhorar a segurança do paciente não são identificadas ativamente no dia-a-dia dos profissionais, porém, eles afirmam que os erros, enganos ou falhas existentes nos processos de trabalho tem influenciado positivamente com o surgimento de melhorias.

Kawamoto¹⁸ encontra um panorama diferente do apresentado neste estudo, onde se verificou que os profissionais referem que seus líderes imediatos consideraram suas sugestões no sentido de melhorar a segurança do paciente na unidade de trabalho, na percepção da maioria dos entrevistados, considerando-se esse achado louvável, pois, sabendo que o serviço de saúde envolve trabalho multi e interdisciplinar, é importante que os processos decisórios sejam compartilhados entre todos os membros da equipe, o que sinaliza que os líderes diretos das unidades investigadas possivelmente aderem aos preceitos da gestão colegiada/compartilhada, que consiste na descentralização das decisões e aproximação dos integrantes da equipe que compõem o trabalho em saúde, o que poderá interferir na qualidade do serviço, e, assim, na segurança do atendimento ao paciente. Outra perspectiva favorável à cultura de segurança do paciente relacionada à liderança imediata dos profissionais entrevistados, foi que a maioria dos sujeitos acredita que seus gerentes consideram importantes os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência, conjecturando-se a ideia de que, apesar de os gerentes imediatos possivelmente

não estarem incisivamente ligados ao atendimento direto ao paciente, estes não estão alheios aos problemas relacionados à segurança do paciente, mostrando-se comprometidos com estes, segundo a percepção de seus liderados.

Ao abordar a “Abertura de comunicação” o objetivo é avaliar a comunicação livre, sem receios, entre os profissionais sobre erros que podem afetar os pacientes, e a sensação de liberdade para realizar questionamentos aos profissionais com mais autoridade. Neste estudo, a sensação dos profissionais participantes aumentou negativamente ao questionamento sobre se eles se sentem à vontade para questionar decisões ou ações dos seus superiores apresentou acréscimo das respostas negativas. O mesmo foi encontrado em outro estudo, onde os profissionais afirmam não se sentem à vontade para questionar as ações ou decisões daqueles que ocupam cargos superiores e também tem receio de perguntar quando algo parece não estar certo¹⁹. Objetivando tornar as instituições de saúde mais competitivas e para acompanhar as constantes mudanças os modelos de gestão também necessitam ser reavaliados, pois as necessidades organizacionais requerem modelos mais participativos, não sendo mais possível conviver com modelos de gestão baseados somente na hierarquia e divisão do trabalho. Auer em 2014, estudou como os líderes hospitalares contribuem para a segurança do paciente através do desenvolvimento da confiança e concluiu que a comunicação para a segurança tem um papel parcial de mediação na relação entre o "apoio dos gestores à segurança do paciente" e as avaliações dos enfermeiros sobre a segurança do paciente, sugerindo que as interações entre os líderes e as unidades hospitalares podem melhorar a segurança do paciente.

A proposta educativa: Notificação de incidentes e as habilidades as adquiridas

A notificação de incidentes com o paciente é uma ferramenta reativa de detecção de riscos tendo em vista que eles são analisados muitas vezes, para definição de medidas preventivas, após ter se efetivado, mas, não deixa de ser importantes para um melhor panorama das ocorrências e assim complementar o gerenciamento de risco. Para tanto, a organização deve aplicar ferramentas e técnicas de identificação de riscos que sejam adequadas aos seus objetivos, capacidades e aos riscos enfrentados e é importante que sejam dadas informações pertinentes e atualizadas na identificação de riscos e sobre os fatos que antecedem os acontecimentos, sempre que possível²⁰.

O ato de notificar incidentes, internamente nas instituições de saúde, como externamente para instituições governamentais de saúde, vem sendo cada vez mais incentivada e exigida por autoridades sanitárias e de saúde. A RDC 36/2013 prevê capítulo dedicado ao assunto com título “Da Vigilância, do Monitoramento e da Notificação de Eventos Adversos”¹⁰. Para Silva²¹, um grande problema encontrado nas instituições de saúde tem sido a subnotificação dos incidentes, impedindo a avaliação e a discussão das causas que propiciaram a sua ocorrência e as consequências para os profissionais, pacientes e familiares.

Neste estudo, as notificações referentes aos assuntos dos protocolos de segurança do paciente do Ministério da Saúde, no trimestre anterior e no posterior à proposta educativa, a queda apresentou expressivo aumento no número de notificações. Isso se deve ao momento em que o hospital se encontrava de fortalecimento do protocolo de prevenção de queda e aprimoramento seus indicadores, tornando-os mais fidedignos com a realidade no sentido de tender a zero a subnotificação dessas ocorrências.

As notificações relacionadas a medicamentos, objeto deste estudo, também aumentaram de uma forma geral o que ratifica a eficácia da proposta educativa, tendo em vista que é bastante esperado um alto volume de notificações envolvendo medicamentos, conforme revela estudos existentes. Recentemente, publicação sobre erros de medicação considerou o nível e as consequências desses eventos inaceitáveis, e registra que cada paciente internado em hospitais americanos está sujeito a um erro de medicação por dia²². Conforme Barber *et al* ²³, os erros de prescrição são os mais sérios dentre os que ocorrem na utilização de medicamentos.

Estudo recente, que analisou as notificações entre os anos de 2011 a 2014 em um hospital-geral de Montes Claros - Minas Gerais, mostrou que os tipos de incidentes mais notificados foram os relacionados à cadeia medicamentosa (18,9%), além de serem também os principais, sendo 82,2% deles classificados quanto ao tipo de dano como Grau III, dano temporário²⁴.

Dentre as notificações sobre medicamentos, os imunossupressores foram os mais frequentes, o que está correlacionado com a característica da instituição de ser referência no serviço privado do estado para realização de transplantes, logo, há larga utilização de imunossupressores como parte dos procedimentos clínicos para transplantes. Os medicamentos classificados como “Outros” foi o segundo mais frequentes, porém, suas características não permitem agrupá-los por serem muito diversificados e por este motivo

optou-se por manter esta denominação. Os opioides, também elencado na lista de medicamentos potencialmente perigosos (MPP), foram o terceiro tipo de medicamento mais notificado, tendo aumento em 50% após a proposta educativa estudada nesta pesquisa. Os MPP são especialmente relevantes em serviços de emergência e unidades de terapia intensiva, locais em que seu uso é mais frequente. Além disso, os MPP também podem ser associados a outros processos de cuidados e a casos de intervenções, como na reconciliação medicamentosa, na quimioterapia e nos cuidados perioperatórios. Os tipos mais comuns de danos associados a esses medicamentos incluem hipotensão, hemorragia, hipoglicemia, delírio, letargia e bradicardia. Em alguns casos, a piora do quadro clínico de um paciente pode ser causada ou agravada por MPP²⁵.

Limitações do estudo

Entendem-se como limitações deste estudo a realização da coleta de dados ter ocorrido em apenas uma Unidade de Terapia Intensiva, bem como a possibilidade de possível efeito hawthorne em relação à presença dos pesquisadores.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

Salienta-se a importância do gerenciamento de medicamentos potencialmente perigosos em Unidades de Terapia Intensiva, pois o problema perpassa desde o âmbito social até custos econômicos e implicações financeiras. Portanto, faz-se necessário o fortalecimento da equipe quanto a conhecimento, interpretação, raciocínio clínico e tomada de decisão científica, com atitudes éticas, promovendo qualidade no atendimento e principalmente colocando em prática propostas assistenciais voltadas para a segurança do paciente. Deve-se assim desenvolver a capacitação e treinamento prévio dos profissionais de saúde para a notificação de medicamentos potencialmente perigosos e para ações na segurança do paciente, através de núcleos de educação permanente nos serviços, com abordagens que envolvem situações cotidianas da UTI. Tal atitude, provavelmente diminuirá o quantitativo de eventos adversos e consequentemente irá fomentar a cultura da segurança do paciente.

CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nos resultados obtidos, a proposta educativa proposta, demonstrou mudanças baseadas no estudo antes e depois através da pesquisa de cultura de segurança do paciente e das notificações de incidentes.

A Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente avaliou a percepção dos participantes quanto ao tema e após a realização da proposta educativa perceberam-se dimensões de segurança do paciente sendo julgadas com maior senso crítico. Em relação à notificação de incidentes, uma prática requisitada no amplo conceito de segurança do paciente, houve aumento após a proposta educativa naquelas relacionadas a medicamento, ressaltando-se os opioides, mostrando que a estratégia utilizada estimulou o ato de notificar pois retoma o tema e esclarece possíveis dúvidas na sua rotina.

Acredita-se que esta estratégia educativa pode ser utilizada em diversas instituições hospitalares, públicas e privadas, que apresentem necessidades semelhantes, podendo contribuir para inovar a capacitação de equipes, revisão e/ou desenvolvimento de conhecimento sobre os assuntos.

REFERÊNCIAS

- 1- LIMA, S. A. M. **Segurança do paciente: análise das notificações de eventos em um hospital - privado.** 144 f. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2016.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília. 2014.
- 3- TOMAZONI A, *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 24, n. 1, p. 161-169, 2015.
- 4- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde** – Brasília. 2017
- 5- GRAHAM, S. *et al.* Implementation of a High-Alert Medication Program. **The Permanente Journal**, v. 12, n. 2, p. 15–22, 2008.
- 6- HOLANDA, G. F. **Análise da produção científica sobre jogos educativos com estratégia de educação em saúde.** In: 61º Congresso Brasileiro De Enfermagem, 2009, Fortaleza. Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009.
- 7- HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. suppl 2, p. 2–9, 2005.
- 8- AAKER, D., *et al.* **Marketing research.** New Jersey: John Wiley & Sons, 1995. 783 p.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.** Diário Oficial da União, 2013.
- 10- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – 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, 26 jul 2013.

- 11- HSAIO, G. Y. *et al.* Nurses knowledge of high-alert medications: Instrument development and validation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 1, p. 177-190, 2010.
- 12- COHEN, H. Protecting patients from harm: reduce the risks of high-alert drugs. **Nursing**, v.37, n. 9, p. 49-56, 2007.
- 13- HICKNER, J. *et al.* Differing perceptions of safety culture across job roles in the ambulatory setting: analysis of the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 8, p. 588–594, ago. 2016.
- 14- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 25 fev 2010.
- 15- AGUIAR, D.F. *et al.* Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Aquichan**, Colombia, v.10, n.2, p. 115-131, 2010.
- 16- MELLO, J. F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- 17- NEVES, E.O. Aprendizagem Organizacional: considerações sobre metodologias de promoção e desenvolvimento. **Revista da Faculdade de Administração e Economia**, v.3, n. 1, p. 02-16, 2011.
- 18- KAWAMOTO, A. M. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. *Revista de Pesquisa.: Cuidado é Fundamental Online*. abr./jun. v. 8, n. 2, p. 4387-4398, 2016
- 19- COSTA, D. B. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. 2014. 97 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- 20- MILAGRES, L. M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o Enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. 100 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade De Enfermagem. Juiz de Fora. 2015
- 21- SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v.12, n.3, p.422, 2010. Disponível em: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885>. Acesso em: 07 mai 2018.
- 22- ASPDEN P. *et al.* Committee on identifying and preventing medication errors. preventing medication errors. Institute of medicine of the national academies. **The National Academies Press**, 544 p. Washington, 2007.
- 23- BARBER N., RAWLINS M., DEAN FRANKLIN B. Reducing prescribing error: competence, control, and culture. **Quality & Safety in Health Care**.; v. 12, n 1, p. 29-32, 2003
- 24- FIGUEIREDO, M. I. L. *et al.* Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7171, n. 2, p. 121–30111, 2016.
- 25- FEDERICO, F. Preventing harm from high-alert medications. **Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety**, v. 33, n. 9, p. 537-542, 2007.

11. ANEXOS

ANEXO I

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Título provisório: Proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente

Pesquisador: ROBERTA FLECHER BARBOSA TEODORO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75475317.0.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.395.858

Apresentação do Projeto:

Estudo quantitativo, descritivo, do tipo antes e depois. Propõe-se a fazer um levantamento sobre a manipulação de medicamentos de alta vigilância, como os psicoativos, por exemplo, assim como traz a proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver uma proposta de intervenção educativa sobre segurança do paciente no uso de medicamentos de alta vigilância para profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva.

Objetivos específicos: Analisar o ambiente de cultura de segurança do paciente por meio da pesquisa de cultura de segurança do paciente, do registro de notificação de incidentes e dos testes de conformidade; Capacitar os multiplicadores para desenvolvimento da atividade educativa; e Avaliar a proposta de intervenção educativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são considerados mínimos, uma vez que, pretendem-se respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.395.858

Benefícios:

Os benefícios trazidos pelo projeto serão aumentar o conhecimento científico e incrementar o conhecimento, a habilidade e a atitude para os profissionais das áreas médica e de enfermagem em segurança do paciente, no uso de medicamentos de alta vigilância da classe dos opióides, que são amplamente utilizados em uma unidade de terapia intensiva. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante pois se propõe a estudar questão da manipulação de medicamentos e propor ações educativas que garantam a segurança do paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE: adequado;
- Termo de compromisso do pesquisador: adequado;
- Termos de anuência (banco de dados, uso de prontuários e realização da pesquisa): adequados;
- Instrumentos de coleta de dados: adequados;
- Cronograma: adequado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- cronograma atualizado como solicitado, inclusive a questão da coleta de dados antes e depois da intervenção proposta.

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_957890.pdf	08/11/2017 14:52:16		Aceito
Cronograma	cronogramaalterado.docx	08/11/2017 14:51:43	ROBERTA FLECHER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto071117.pdf	08/11/2017 14:50:35	ROBERTA FLECHER BARBOSA	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.395.858

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclerevisado.doc	08/11/2017 14:46:49	ROBERTA FLECHER BARBOSA TEODORO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/08/2017 13:24:43	ROBERTA FLECHER	Aceito
Outros	termodeanuenciagermedicouti.pdf	15/07/2017 23:44:28	ROBERTA FLECHER	Aceito
Outros	termodeanuenciaprontuario.pdf	15/07/2017 23:40:26	ROBERTA FLECHER	Aceito
Outros	termodeanuenciadados.pdf	15/07/2017 23:31:53	ROBERTA FLECHER	Aceito
Outros	termodeanuenciadiretor.pdf	15/07/2017 23:25:20	ROBERTA FLECHER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissoinstituicao.pdf	15/07/2017 23:11:12	ROBERTA FLECHER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Novembro de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO II

Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente

Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre questões relacionadas a segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital, e levará de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

- Um “evento” é definido como qualquer tipo de erro, engano, incidente, acidente ou desvio, independente de resultar ou não em dano ao paciente.
- “Segurança do paciente” é definida como a prevenção de danos ao paciente ou de eventos adversos que resultem dos processos empregados na assistência.

SEÇÃO A: Sua Área / Unidade de Trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como área de trabalho, departamento, ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo ou onde presta boa parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade de trabalho neste hospital? Marque UMA resposta preenchendo o círculo.

- ☐ Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica
- ☐ Medicina (não cirúrgica)
- ☐ Cirurgia
- ☐ Obstetrícia
- ☐ Pediatria
- ☐ Pronto Atendimento
- ☐ Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)
- ☐ Psiquiatria/ Saúde Mental
- ☐ Reabilitação/ Fisioterapia
- ☐ Farmácia Hospitalar
- ☐ Laboratório
- ☐ Radiologia
- ☐ Anestesiologia
- ☐ Nutrição
- ☐ Outra

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/ unidade de trabalho.

Pense na sua área/ unidade de trabalho no hospital...

1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.
 - ☐ Discordo totalmente
 - ☐ Discordo
 - ☐ Não concordo nem discordo
 - ☐ Concordo

- Concordo totalmente
- 2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.
 - Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
- 3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo rapidamente.
 - Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
- 4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.
 - Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
- 5. Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.
 - Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
- 6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.
 - Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
- 7. Utilizamos mais profissionais temporários/ terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.
 - Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
- 8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.
 - Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente

9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.
- Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
10. Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem aqui por acaso.
- Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.
- Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.
- Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.
- Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
14. Nós trabalhamos em "situação de crise" (sob pressão) tentando fazer muito e muito rápido.
- Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.
- Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo totalmente
16. Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

SEÇÃO B: Seu Supervisor/Chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a seu supervisor/ chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta.

1. Meu supervisor/gerente elogia quando vê um trabalho feito de acordo com os procedimentos estabelecidos para a segurança do paciente.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem um nem outro
- Concordo
- Concordo Totalmente

2. Meu supervisor/gerente considera seriamente as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem um nem outro
- Concordo
- Concordo Totalmente

3 . Sempre que a pressão aumenta , meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isto signifique "pular etapas".

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem um nem outro
- Concordo
- Concordo Totalmente

4 . Meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem um nem outro
- Concordo
- Concordo Totalmente

SEÇÃO C: Comunicações

Com que frequência as situações abaixo ocorrem em sua área/unidade de trabalho?

1. Recebemos feedback das mudanças implementadas com base nos eventos notificados.
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Quase sempre
 - Sempre
2. Os profissionais tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Quase sempre
 - Sempre
3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Quase sempre
 - Sempre
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar decisões ou ações dos seus superiores.
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Quase sempre
 - Sempre
5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Quase sempre
 - Sempre
6. Os profissionais tem receio de perguntar quando algo parece não estar certo.
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Quase sempre
 - Sempre

SEÇÃO D: Frequência de Eventos Notificados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são notificadas?

1. Quando acontece um erro, engano ou falha mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

2. Quando acontece um erro, engano ou falha mas que não há risco de dano ao paciente, com que frequência é notificado?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

3. Quando acontece um erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é notificado?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

SEÇÃO E: Nota da Segurança do Paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

- ☐ Excelente
- ☐ Muito Boa
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito Ruim

SEÇÃO F: Seu Hospital

Por favor, indique sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre seu hospital. Pense em seu hospital...

1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si

- Discordo Totalmente
 - Discordo
 - Nem concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo Totalmente
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.
- Discordo Totalmente
 - Discordo
 - Nem concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo Totalmente
4. Existe uma boa cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar juntas.
- Discordo Totalmente
 - Discordo
 - Nem concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo Totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.
- Discordo Totalmente
 - Discordo
 - Nem concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo Totalmente
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital
- Discordo Totalmente
 - Discordo
 - Nem concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo Totalmente
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.
- Discordo Totalmente
 - Discordo
 - Nem concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo Totalmente
8. As ações da direção do hospital mostram que a segurança do paciente é a principal prioridade.
- Discordo Totalmente
 - Discordo
 - Nem concordo nem discordo
 - Concordo
 - Concordo Totalmente
9. A direção do hospital só parece interessada pela segurança do paciente apenas quando acontece um evento adverso.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem um nem outro
- Concordo
- Nem concordo nem discordo

10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

11. As mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes deste hospital.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

SEÇÃO G: Número de Eventos Notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e enviou? Marque UMA resposta, apenas.

- Nenhum relatório de eventos
- 1 a 2 relatórios de eventos
- 3 a 5 relatórios de eventos
- 6 a 10 relatórios de eventos
- 11 a 20 relatórios de eventos
- 21 relatórios de eventos ou mais

SEÇÃO H: Informações de Base

Estas informações irão ajudar na análise dos resultados da pesquisa. Marque UMA resposta preenchendo o círculo.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha nesta área/unidade de trabalho hospitalar?

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?
- Menos de 20 horas por semana
 - 20 a 39 horas por semana
 - 40 a 59 horas por semana
 - 60 a 79 horas por semana
 - 80 a 99 horas por semana
 - 100 horas por semana ou mais
4. Qual seu cargo neste hospital? Marque UMA resposta que melhor descreva sua função.
- Enfermeiro
 - Técnico de enfermagem
 - Auxiliar de enfermagem
 - Médico plantonista/ Médico do corpo clínico
 - Médico residente/ Médico em treinamento
 - Farmacêutico/ Bioquímico/ Biólogo/ Biomédico
 - Nutricionista
 - Assistente social
 - Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, ou Fonoaudiólogo
 - Técnico (ex. Farmácia, eletrocardiograma, laboratório , radiologia)
 - Administração/Direção
 - Auxiliar administrativo/secretário
 - Outro:
- Outros, por favor especifique aqui:
5. Em seu cargo/ função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?
- SIM, em geral tenho contato ou interação direta com os pacientes.
 - NÃO, em geral NÃO tenho contato ou interação direta com os pacientes
6. Há quanto tempo você trabalha em sua profissão ou especialização atual?
- menos de 1 ano
 - 1 a 5 anos
 - 6 a 10 anos
 - 11 a 15 anos
 - 16 a 20 anos
 - 21 anos ou mais

SEÇÃO I: Seus Comentários

Por favor, sinta-se à vontade para fazer quaisquer comentários sobre a segurança do paciente, erros ou notificação de eventos em seu hospital.
