



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE

CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA

**CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO NO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO
DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

FORTALEZA-CEARÁ
2022

CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA

CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO NO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO
DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Gestão em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dra Cora Franklina do Carmo Furtado

FORTALEZA-CEARÁ

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Ibiapaba, Cleide Maria Carneiro da.

Construção de um vídeo educativo no processo de identificação do paciente em uma unidade de pronto atendimento [recurso eletrônico] / Cleide Maria Carneiro da Ibiapaba. - 2022.

78 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional Em Gestão Em Saúde - Profissional, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof.^a Dra. Cora Franklina do Carmo Furtado.

1. Unidade de Pronto Atendimento. 2. Identificação segura. 3. Tecnologia em saúde.. I. Título.

CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA

CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO NO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO
DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissional em Gestão em
Saúde do Centro de Ciências de Saúde
da Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Gestão em Saúde. Área de
Concentração: Gestão em Saúde Coletiva

Aprovada em: 25 de novembro de 2022

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente
CORA FRANKLINA DO CARMO FURTADO
Data: 27/02/2023 09:54:03-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof^a Dra Cora Franklina do Carmo Furtado (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Kiarelle Lourenço Penaforte de Azevedo

Prof^a Dra. Kiarelle Lourenço Penaforte de Azevedo
Universidade de Fortaleza – UNIFOR



Documento assinado digitalmente
RAQUEL SAMPAIO FLORENCIO
Data: 01/03/2023 09:51:05-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof^a Dra Raquel Sampaio Florêncio
Universidade Estadual do Ceará – UECE

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me manter confiante mesmo com as adversidades que enfrentei na caminhada durante este curso.

À minha mãe, Rita, por estar sempre me apoiando, encorajando e comemorando cada conquista minha.

Ao meu marido Marcos, por todo o incentivo e compreensão.

Aos meus filhos, Maria Carolina, João Pedro e José Rafael que são minha motivação e inspiração.

Aos meus familiares, por todo apoio e torcida.

À minha Orientadora, Prof^a Dra Cora, por compartilhar seu conhecimento e pelo seu direcionamento em todos os momentos.

Aos meus colegas da turma do MEPGES, mesmo sendo *on-line*, nos divertimos muito.

A todos os professores e funcionários do MEPGES, pelo aprendizado e apoio em todos os momentos.

À equipe da UPA Messejana que colaborou com esta pesquisa.

Aos membros da banca, por toda disponibilidade e contribuições pertinentes para este estudo.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a finalização desta pesquisa, muito obrigada!

RESUMO

A pesquisa trata de um estudo de desenvolvimento de tecnologia em saúde que tem como objetivo desenvolver um vídeo educativo para a estratégia de educação em saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento. Esse considera o serviço de emergência muito desafiante para a equipe multiprofissional, pois a cada momento, o cenário pode apresentar mudanças radicais. Fatores como: superlotação, ambiente estressante e dificuldade de comunicação não favorecem a criação de um ambiente seguro, pois criam uma visão de assistência de saúde sem qualidade, que põem em risco a integridade do paciente e do profissional. As boas práticas referentes aos protocolos de segurança, tal como a redução de falhas relacionadas ao processo de identificação do paciente pela equipe multiprofissional, têm o intuito de prevenir situações que possam colocar em risco o processo da assistência. A construção de um vídeo educativo com base na ferramenta de qualidade *FMEA*, teve como objetivo explicar a respeito da identificação segura, desde a entrada do paciente até sua saída, com a criação de um locutor virtual com diálogo direto com o espectador. O vídeo educativo expôs o conteúdo de forma única e personalizada, com alcance do público de forma assertiva, atraindo a atenção com textos e imagens e abordando a identificação correta do paciente durante sua permanência na UPA. O vídeo foi elaborado em três fases: pré-produção, produção e pós-produção. Na pré-produção foi aplicada, através da *FMEA*, uma matriz de risco, na qual alguns colaboradores abordaram sobre perigo e risco ao paciente que procura um atendimento na UPA. Na produção, foi disponibilizada a exibição do vídeo e um questionário para uma junta de especialistas, que trabalham na UPA e que têm a vivência dos desafios de um serviço de emergência, alcançando um índice de validação de conteúdo (IVC) de 1, que é um índice de concordância excelente. Na pós-produção foram realizadas todas as considerações feitas pelos juízes participantes. Conclui-se que esse produto tecnológico, torna-se relevante para educação em saúde na organização, apontando conhecimentos acerca do processo de identificação segura.

Palavras-chave: Unidade de Pronto Atendimento. Identificação segura. Tecnologia em saúde.

ABSTRACT

The research deals with a health technology development study that aims to develop an educational video for the health education strategy in an Emergency Care Unit. This considers the emergency service very challenging for the multidisciplinary team, as the scenario can present radical changes at every moment. Factors such as: overcrowding, stressful environment and difficulty in communication do not favor the creation of a safe environment, as they create a vision of poor quality health care, which puts the integrity of the patient and the professional at risk. Good practices regarding safety protocols, such as the reduction of failures related to the patient identification process by the multidisciplinary team, are intended to prevent situations that could endanger the care process. The construction of an educational video based on the FMEA quality tool, aimed to explain about safe identification, from patient entry to exit, with the creation of a virtual announcer with direct dialogue with the viewer. The educational video exposed the content in a unique and personalized way, assertively reaching the public, attracting attention with texts and images and addressing the correct identification of the patient during their stay in the UPA. The video was elaborated in three phases: pre-production, production and post-production. In pre-production, a risk matrix was applied through FMEA, in which some collaborators addressed danger and risk to patients seeking care at the UPA. During the production, the video was shown and a questionnaire was made available to a group of specialists, who work in the UPA and who have experienced the challenges of an emergency service, reaching a content validation index (CVI) of 1, which is an excellent concordance index. In post-production, all the considerations made by the participating judges were carried out. It is concluded that this technological product becomes relevant for health education in the organization, pointing out knowledge about the safe identification process.

Keywords: Emergency Care Unit. Secure identification. Health technology

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Etapas da revisão integrativa.....	16
Figura 2 –	Mapa com as UPAs da cidade de Fortaleza-CE.....	26
Figura 3 –	Síntese de análise de conteúdo.....	30
Figura 4 –	NÓS NVIVO.....	31
Figura 5 –	Nuvem de palavras das respostas da primeira pergunta: No seu ponto de vista quais os problemas decorrentes de uma identificação errônea do paciente?.....	32
Figura 6 –	Nuvem de palavras das respostas da segunda pergunta: Quais as estratégias você sugere para uma identificação segura ao paciente?.....	34
Figura 7 –	Etapas da produção do vídeo.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Artigos selecionados nas bases de dados de 2010 a 2020 – Fortaleza, Ceará, 2022.....	18
Tabela 2 –	Características dos entrevistados.....	28
Tabela 3 –	Caracterização sociodemográfica e educacional dos juízes especialistas na temática. Fortaleza, 2022.....	44
Tabela 4 –	Instrumento de validação de conteúdo educativo em saúde – IVCES, (LEITE, 2018).....	47
Tabela 5 –	Instrumento de validação de aparência – IVATES.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
FMEA	(Failure Modes, Effects Analysis)
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IVATES	Instrumento de Validação de Aparência de Tecnologia Educacional em Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
ONA	Organização Nacional da Acreditação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Plano Nacional de Segurança do Paciente
SUS	SYSTEM USABILITY SCALE
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PUBMED	National Library of Medicine
SCIELO	Scientific Electronic Library On-line
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Aproximação com o tema.....	12
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	Revisão integrativa.....	16
2.2	Uso das ferramentas da qualidade.....	19
2.3	Uso de tecnologia em saúde.....	20
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	Geral.....	22
3.2	Específicos	22
4	MÉTODO.....	23
4.1	Tipo de estudo	23
4.2	Local e período da pesquisa	23
4.3	Características dos participantes.....	26
4.4	Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta	28
4.5	Questões éticas.....	29
4.6	4Análise dos dados	30
4.7	Resultados das entrevistas e observações inseridos no <i>nvivo 13</i>	32
4.8	Etapas de Desenvolvimento do vídeo	37
4.8.1	Fase de Pré-produção	37
4.8.2	Fase de Produção.....	39
4.8.3	Fase de Pós-produção.....	41
4.9	Critérios de escolha dos juízes especialistas.....	43
5	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA COM OS JUÍZES...	46
6	APLICABILIDADE E IMPACTO DO VÍDEO.....	52
7	REGISTRO.....	53
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
	REFERÊNCIAS.....	56
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS JUÍZES	61

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PÚBLICO-ALVO.....	64
APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS JUÍZES	68
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS.....	69
APÊNDICE E – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO GUIA PELOS JUÍZES (ESPECIALISTAS) – SAM	70
ANEXO A - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE - IVCES, (LEITE, 2018).....	71

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o tema

O interesse pelo assunto surgiu em decorrência da vivência de trabalho da pesquisadora como gerente da qualidade e segurança nas Unidades de Pronto Atendimento na cidade de Fortaleza. A pesquisadora é graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Ceará (UFC), especialista em Segurança do Paciente em Urgência e Emergência pela FIOCRUZ e em Unidade de Terapia Intensiva, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). No cargo que exerce, compete a necessidade de aprimorar as boas práticas referente aos protocolos de segurança, dentre eles, a redução de falhas relacionadas no processo de identificação do paciente pela equipe multiprofissional no intuito de prevenir situações que possam colocar em risco o processo da assistência.

A preocupação com a segurança do paciente tem favorecido uma mudança de cultura e refinamento no modelo de gestão nas instituições de saúde, robustecendo o fato de que a responsabilidade é de todos, não é algo de atitude particular, e vai além do usuário, incluindo a segurança dos próprios colaboradores, familiares e comunidade (TOSO G L, *et al.*, 2016).

Alguns fatores preexistentes não favorecem a criação de uma cultura de segurança, a saber: ambientes estressantes, carga de trabalho, cansaço, conhecimentos insuficientes, falta de habilidade, sistemas inadequados de comunicação, turnover de profissionais, falta de planejamento, impactam no desempenho do profissional e podem prejudicar a segurança. Eles corroboram para uma visão de assistência de saúde sem qualidade, ou ainda favorecem a existência de ocasiões que põe em risco a integridade do paciente (PAZ, 2009).

Em relação aos pacientes, determinadas condições podem intensificar os riscos na identificação correta como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras eventualidades no ambiente (BRASIL, 2013).

Para ratificar que o paciente seja adequadamente identificado, os profissionais precisam cooperar efetivamente do processo de identificação, na admissão, transferência, realização de qualquer procedimento, como administração de medicamentos e outros.

Com o escopo de melhorar a qualidade na saúde dos pacientes, em 2005, a Organização Mundial da Saúde - OMS, iniciou a campanha do “Desafio Global Para a Segurança do Paciente”, que tinha como propósito, reduzir a infecção no ambiente hospitalar, valorizando a assistência efetiva, eficiente, segura e com satisfação do colaborador e do usuário nas instituições hospitalares (JACQUES, *et al.*, 2021).

Na atualidade, o uso de ferramentas tecnológicas se tornou indispensável para a população, a difusão de informações acontece a cada minuto, conhecimentos sobre tudo e de qualquer tipo, inclusive, sobre cuidados em saúde. Tanto pacientes quanto profissionais recorrem às mídias sociais, porém, se torna fundamental identificar a relevância das informações difundidas e compartilhadas (SAJADI; GOLDMAN, 2011).

O uso da tecnologia na educação em saúde resulta de algumas condições para sua concretização: flexibilidade, maleabilidade, construção simples, possibilidade de reaproveitamento, acessível atualização e apoio ao ensino presencial, semipresencial e educação a distância (ALENCAR, 2008).

Na luta pela garantia do cuidado seguro, ao gestor da instituição de saúde compete numerosos desafios, como por exemplo, a criação de registros para que os processos aconteçam de forma mais sistemática visando à melhoria dos processos da equipe multiprofissional, a criação de diretrizes, fluxos e protocolos conforme literatura; entre outras atividades que, conjuntas, ampliam a criação de barreiras de mitigação de eventos adversos. Aliado a isso, a aplicação de tecnologia de informação e comunicação é de grande importância para as atividades hospitalares. Nesse contexto, a demanda de atividades e o impacto dos esforços necessários para gerenciar os riscos assistenciais são cruciais.

Objetivamente, o interesse da pesquisadora por este estudo foi trabalhar um dos protocolos que acompanham o paciente desde o início ao fim de sua permanência na unidade, a saber: Protocolo de identificação segura. Tal protocolo, se bem cumprido, assegura ao paciente que todo o cuidado a ser seguido pela equipe, destina-se de fato a ele mesmo. Sabe-se que erros de identificação podem ocorrer do cadastro até a alta, e tais erros, considerando suas consequências, potencializam os riscos de causar danos desde leves a graves.

A Organização Nacional de Acreditação, uma das responsáveis pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em

saúde nas suas visitas de certificação, recomenda a ferramenta (Failure Mode and Effect Analysis - *FMEA*) para melhor trabalharmos a gestão de risco.

O projeto de pesquisa fundamentou-se pela importância da ferramenta da qualidade Análise de Modos de Falhas e seus Efeitos (Failure Mode and Effect Analysis - *FMEA*) de Falha e seus Efeitos que dá suporte ao gestor nas tomadas de decisão quanto a identificação de potenciais falhas, possibilitando mais segurança ao processo e por consequência, ao paciente.

A necessidade de criar um instrumento audiovisual com base na ferramenta da qualidade *FMEA* vem para dar suporte à gestão da unidade com o favorecimento de comunicação simples para difusão de ações que visem a redução de falhas relacionadas ao processo de identificação do paciente, acautelando as probabilidades de eventos indesejáveis na permanência na UPA, com potencial para alertar aos colaboradores para a necessidade da cautela no processo de identificação do paciente. Com intuito de priorizar as falhas de acordo com a gravidade de suas consequências, frequência de ocorrência e facilidade de detecção, a fim de tomar medidas para eliminar ou reduzir os erros.

Em uma unidade hospitalar, o erro humano pode acontecer por inúmeros fatores. Esses diversos fatores, referem-se desde aqueles inerentes ao próprio paciente, de ordem institucional, financeira e de recursos estruturais, no que diz respeito a planta física na unidade de saúde, materiais ou equipamentos utilizados, além dos fatores humanos, ou ainda, a falta de conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde (YOSHIKAWA; SOUSA; PETERLINI, 2013).

A UPA tem dentre suas características, segundo o art 3º da portaria 342 de 04 de março de 2013, fazer composição da rede organizada de atenção às urgências, em conjunto com a atenção básica à saúde e a rede hospitalar. Na mesma portaria, dentre outras competências, ressalta-se a de que a unidade deve manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica e ainda, encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação.

Tendo em vista a necessidade de fomentar debate sobre a identificação correta do paciente antes de qualquer procedimento ou intervenção, aliado às ferramentas da qualidade e protocolos de segurança propostos pelo Ministério da

Saúde, foi possível chegar à construção de instrumentos concretos para o auxílio na redução de falhas no que diz respeito à identificação segura do paciente.

O interesse da pesquisa dar-se-á pela realização de ações educativas para os colaboradores, focando nos recém-admitidos como para trabalhar com educação continuada, com apoio das tecnologias audiovisuais que contribuem para formação do conhecimento do cuidado seguro. A abrangência do vídeo educativo está ligada à instituição hospitalar da pesquisa, todavia, poderá ser estendida a outras instituições hospitalares e para o Núcleo de Educação Permanente do ISGH.

Portanto, esse estudo se justificou pela necessidade de disponibilizar ao gestor e colaborador, um instrumento que possa servir de aplicação para melhoria contínua da qualidade no serviço de saúde, tendo em vista que o objetivo foi apresentar um vídeo educativo com características construtivos que possam auxiliar na prevenção de eventos adversos relacionados à identificação do paciente, identificar potenciais danos, trabalhando ações preventivas, com o intuito de mitigar a incidência de falhas de uma forma sistêmica, promovendo o bem-estar ao paciente e a qualidade no serviço de saúde.

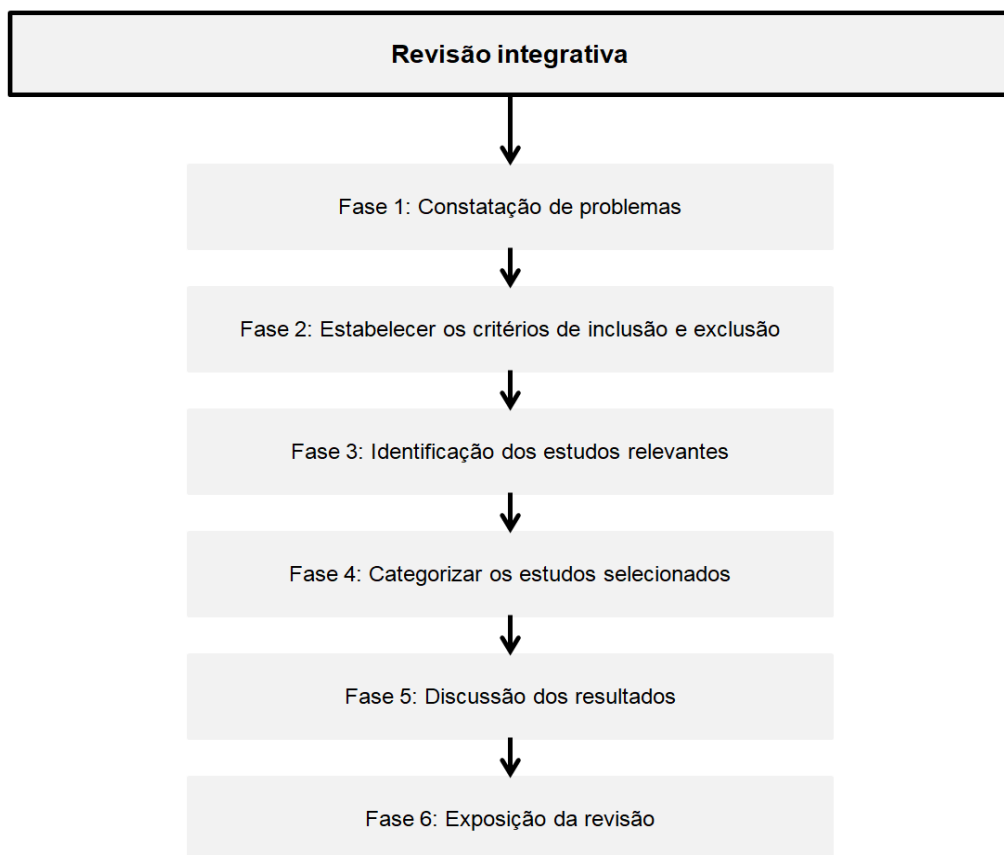
2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Revisão integrativa

A pesquisa iniciou com o desenvolvimento de uma revisão integrativa, buscando levantamento bibliográfico, assim como a compreensão de sínteses já publicadas sobre a temática, relacionada a ferramenta da qualidade, *FMEA* focando na identificação do paciente, antes de qualquer cuidado, conforme o Programa Nacional de segurança do Paciente - PNSP com objetivo de oferecer uma assistência ao paciente correto, para redução de ocorrência de incidentes.

Baseada em Botelho, Cunha e Macedo (2011), a revisão integrativa vem com um panorama ajustado nas pesquisas achadas e relacionadas ao tema específico, já construído em pesquisas e sinopse de vários estudos publicados, pesquisa e resultados já divulgados. Este método se baseia em 6 etapas, que preveem:

Figura 1 - Etapas da revisão integrativa



Fonte: Adaptado da revisão integrativa de Botelho, Cunha e Macedo (2011)

Foi abordada a seguinte questão norteadora: Como utilizar a ferramenta da qualidade *FMEA* para levantar as principais falhas relacionadas à segurança na identificação do paciente gerando um vídeo educativo para ajudar a sanar tais riscos?

Para definição dos descritores para a pesquisa, foi utilizada como apoio da metodologia PICO (População, Intervenção, Comparação e Resultado), foi realizada seleção por meio dos descritores controlados, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e Medical Subject Headings (MeSH), sendo escolhidos os seguintes termos: “profissionais da saúde”, “FMEA” e “serviço hospitalar de emergência” e suas combinações nas Línguas Inglesa e Portuguesa foram utilizados para a busca dos artigos. A pesquisa selecionou o idioma português e filtrou os últimos 10 anos como parâmetro para a consulta.

Os artigos científicos pré-selecionados foram realizados na construção de uma cadeia de busca de descritores nas bases de dados por meio da biblioteca virtual em saúde (BVS), onde foram permitidos acessos aos seguintes repositórios: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), nos dias 01 a 30 de setembro de 2022, utilizado o operador booleano “OR”, obtendo-se a seguinte equação (Profissionais da Saúde) OR (Segurança do Paciente) OR (Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar) OR (Tecnologia em saúde).

Depois, seguidos critérios de inclusão (texto completo disponível, idioma português e inglês) e exclusão (publicações repetidas e que não atendam ao objeto da pesquisa).

Os títulos e resumos, quando disponíveis, dos artigos recuperados na busca foram lidos e analisados para identificar os potencialmente elegíveis para o estudo. Nas situações de dúvida, os artigos foram direcionados para a fase seguinte, que envolveram a leitura na íntegra de cada um dos artigos selecionados para: a) confirmar a pertinência à pergunta de revisão e, em caso positivo, b) extrair os dados de interesse.

Foram designados 10 artigos para incluir a amostra da revisão, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. As seleções das publicações são evidenciadas na tabela 1.

**Tabela 1 - Artigos selecionados nas bases de dados de 2010 a 2020 –
Fortaleza, Ceará, 2022**

Base de dados	Localizados	Excluídos	Selecionados
MEDLINE	20	18	2
LILACS	11	9	2
SCIELO	15	9	6
Total	46	36	10

Fonte: Elaborada pela autora

Atualmente, instituições de saúde têm buscado formas de melhoria na qualidade do cuidado ao paciente. Estas vêm promovendo medidas e ações gerenciadas e embasadas em políticas públicas nacionais e internacionais a respeito da qualidade da atenção e da segurança do paciente. Diversos métodos vêm sendo implantados como iniciativa da melhoria da assistência em saúde (MEIRELES, *et al.*, 2019).

A OMS, em 2004, criou o Projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, desejando informar e advertindo a relevância do tema, impulsionando a criação de políticas públicas sobre qualidade e segurança do paciente.

Há, atualmente, uma difusão mundial a responsabilidade do tema, com a criação de várias ferramentas e instrumentos a serem aplicados nas unidades de saúde. No Brasil, entretanto, a cultura de segurança do paciente há poucos estudos e pesquisas mostrando ainda algumas falhas no processo organizacional e de gestão de instituições de saúde (CALDANA, *et al.*, 2018).

Com intuito de criar estratégias e orientações sobre segurança do paciente para instituições e profissionais da saúde, o Ministério da Saúde em 2013, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP. Esta política constituiu no âmbito nacional uma grande mudança na forma de gerenciar e organizar hospitais e criar métodos e técnicas seguras para lidar com os usuários (ROCHA, *et al.*, 2016).

A cultura de segurança do paciente vem ganhando espaço nas discussões e sendo um tema cada vez mais abordado entre instituições de saúde. É de responsabilidade das instituições de saúde gerar medidas que promovam o cuidado

ao paciente e a identificação precoce de possíveis erros assistencial e administrativo (SIMAN AG, BRITO MJ, 2018).

A qualidade do cuidado baseia-se na modificação das atitudes profissionais e da sistemática das instituições, de forma a gerar comportamentos e práticas que se voltem ao objetivo de melhoria da atenção ao paciente. Ações de melhoria e mudança precisam estar baseadas em programas e políticas claras com a finalidade de organizar o processo de administração dos serviços de saúde (CALDANA, *et al.*, 2018).

2.2 Uso das ferramentas da qualidade

Corroborando essa necessidade, vieram as ferramentas que são instrumentos de auxílio à gestão, simples, porém, poderosos meios de alavancar resultados, gerar estratégias para melhora da qualidade do serviço. Entre essas ferramentas podemos citar: a *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA). Esta foi criada e é utilizada no ramo industrial, podendo ser aplicada no contexto de instituições que prestam serviços assistenciais em saúde, visando identificar danos e propor ações para melhoria da qualidade e do serviço para com o paciente (JOST MT, *et al.*, 2021).

A *FMEA* é uma metodologia, inicialmente, aplicada no setor industrial objetivando identificar falhas ou potenciais falhas de um serviço, de forma a reduzir ou excluir os riscos, antes que estes venham a ocorrer. A antecipação de problemas é uma vantagem da ferramenta, permitindo que medidas possam ser tomadas a tempo e evitem consequências negativas para os serviços (OLIVEIRA, *et al.*, 2010).

A realização de uma pesquisa utilizando uma ferramenta *FMEA* coleta dados a respeito de um assunto e são analisados para avaliação dos riscos envolvidos. Esses riscos serão futuramente o que guiará e orientará os gestores para tomadas de decisões que minimizem as falhas e evitem que ações graves possam acontecer (GARCIA, 2013).

Ao utilizar uma ferramenta de padronização como a *FMEA*, a análise de processos e dados se torna mais fidedigna. Há possibilidade de tomada de decisão sobre novas condutas e elaborar mudanças e planos para métodos já preexistentes, de forma a melhorar e aumentar a qualidade de atendimento do paciente (MENDES, *et al.*, 2013).

Fato é que, sobre os conhecimentos aqui abordados sobre ferramentas da qualidade, hoje as instituições hospitalares vem apoiando nos diferentes processos assistenciais, dos quais cito: Fluxograma, Diagrama de Causa e Efeito (“espinha de peixe”), 5W2H (What, Who, When, Where, Why, How, How Much), Lista de Verificação, Gráfico de Controle, Gráfico de Pareto, matriz/ análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), Histograma, Diagrama de Dispersão, Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), permeando as atividades assistenciais, na qual muitas vezes precisamos olhar as falhas e buscar as causas efeito, focando no resultado satisfatório tanto para o paciente como para a instituição (LIMA, *et al.*, 2020).

As ferramentas de qualidade têm grande importância para detecção de erros e criação de objetivos que prezam pela melhor qualidade no atendimento. Por meio dessas, é possível intervir de forma segura e bem orientada, reduzindo danos e diminuindo os gastos. É necessária a avaliação de sua aplicabilidade prática e racional mediante a realidade apresentada para cada serviço. Com uso dessas ferramentas, gestores podem propor maneiras de reduzir danos e gerar melhorias constantes para com sua equipe (LIMA S.O.B., *et al.*, 2020).

Estudos mostram a necessidade de criação de técnicas e medidas que visem a priorização da qualidade do cuidado ao paciente. Medidas devem ser tomadas mediante as falhas e erros vistos ainda na realidade assistencial brasileira. A aplicação da *FMEA* foi vista como tendo efeito positivo quando aplicada em instituições hospitalares, gerando propostas e ações que buscassem melhorar a qualidade em saúde (ROCHA, *et al.*, 2016).

O Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente em 2018, reitera que o maior desafio da saúde é adicionar ferramentas de qualidade e gestão de risco. Conceitos procedentes da gestão de hospitais públicos como norteadores de gestão e produtores de evidências para a melhoria da segurança do paciente, assim como utilizar as técnicas e ferramentas da qualidade podem auxiliar a unidade a uma maior satisfação do paciente.

2.3 Uso de tecnologia em saúde

As tecnologias vêm tomando um papel essencial, indispensável e de enorme relevância para a saúde pública do Brasil. Acompanhar o avanço tecnológico e as suas inovações em um cenário onde os recursos econômicos são escassos,

corroborar a correta integração e difusão das tecnologias são um desafio para os sistemas de saúde no universo (OLIVEIRA, 2020).

Na saúde, o uso de tecnologias normaliza conceitos que podem ser agregados em um agrupamento de dados, dando visibilidade e agilidade às ações na gestão, a partir do diagnóstico, inclusive, a avaliação, no acompanhamento da linha de cuidado de saúde dos sujeitos, viabilizando o planejamento e a tomada de deliberação em saúde (GAVA,2016).

A compreensão de tecnologia em saúde é estabelecida de forma muito ampla e compreende todas as ações que podem ser utilizadas para promover a saúde, prevenir, diagnosticar, tratar, reabilitar ou cuidar de doenças em longo prazo. Isto engloba, medicamentos, dispositivos, procedimentos e sistemas de organização e suporte dentro dos quais se fornece o atendimento (BRASIL, 2009).

O presente estudo tem a proposta de construir e validar um vídeo educativo, com aplicação de um material auxiliar para servir de ferramenta de apoio durante as práticas diárias. Vídeo esse, que pudesse visualizar e lembrar dos exercícios repetidamente durante a permanência do paciente na unidade. Surgiu a ideia de elaborar o vídeo, que pudesse ser de fácil entendimento e acesso, e baixo custo com intuito de contribuir na redução a eventos adversos ligado a identificação correta.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Construir uma tecnologia educativa do tipo vídeo para orientação do processo da identificação segura, com base na ferramenta da qualidade *FMEA* em uma UPA.

3.2 Específicos

- a) Identificar evidências científicas na literatura sobre prevenção de falhas na identificação do paciente em UPA.
- b) Averiguar as facilidades/dificuldades dos gestores de um Pronto Atendimento em instrumentalizar práticas para prevenção de riscos ao paciente;
- c) Submeter a análise e validação do conteúdo e aparência do vídeo na avaliação dos juízes especialistas e os gestores selecionados para pesquisa.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico, envolvendo complexos e sofisticados com o foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento e estratégias metodológicas. Corresponde numa pesquisa que se refere às investigações dos métodos de alcance, organização e análise dos dados, expondo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como meta construir um instrumento confiável, preciso e utilizável para que possa ser aplicado por para todos os colaboradores. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Estudo qualitativo, em que tomou por base a proposta de criação de um vídeo educativo para os colaboradores de uma Unidade de Pronto Atendimento 24h, da Regional VI, como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, controlistas de acesso, recepcionistas, auxiliares de laboratório, auxiliares de farmácia, técnicos de radiologia e copeiras, com período de atuação na UPA superior ou igual a um ano.

O estudo foi elaborado em duas etapas: na primeira etapa do projeto realizou-se uma roda de conversa, onde os profissionais abordaram os perigos que os pacientes venham a ter relacionados, a identificação dos pacientes que procuram atendimento na Unidade. Essa roda de conversa sucedeu-se na própria Unidade, em sala fechada, sem o uso de recursos de gravação de voz ou de imagens para preservar a integridade e a ética. O reconhecimento de eventuais falhas levou à compreensão da importância do cuidado centrado no paciente durante os processos. Ressalta-se que o foco se conduziu sempre voltado à qualidade e segurança para o paciente. Em seguida, buscou-se a conscientização de que os perigos podem levar ao risco, sendo estes os mais diversos, do sem danos até ao mais grave dano, no caso o óbito.

4.2 Local e período da pesquisa

O estudo foi realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h do estado do Ceará, situada na Regional VI da cidade de Fortaleza que está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), gerida por uma Organização Social, que tem em

seu mapa estratégico (2021-2023), o propósito de transformar a saúde para o bem-estar social, missão em proporcionar assistência humanizada em emergência com qualidade e segurança e por fim, uma visão de ser referência nacional no atendimento de emergência pré-hospitalar.

A Unidade iniciou sua atividade em 12 de maio de 2012, funciona nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana, e atende grande parte das urgências e emergências da capital e do interior, por meio de demanda espontânea. Inicialmente, ocorre o acolhimento dos pacientes com a classificação de risco (Protocolo de Manchester), estabelecendo o potencial de risco e garantindo o atendimento ordenado de acordo com a gravidade de cada caso.

Esse protocolo consiste em um método para determinar quais são os atendimentos prioritários na unidade de emergência, identificando de maneira célere quais são os pacientes estáveis e aqueles com riscos mais elevados, com o desígnio de assegurar um atendimento de acordo com o tempo resposta em conformidade com a necessidade do usuário, nas urgências, com o foco na assertividade de tomada de decisão. Ressalto que o Protocolo de Manchester não é utilizado para presumir os diagnósticos, apenas identificar em quais situações existem maiores riscos fatais, de perda de função ou mesmo de órgãos.

Em seguida, deve-se prestar um atendimento médico resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e oferecer primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo em todos os casos a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Posteriormente, quando necessário, há o atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Saúde do Estado do Ceará, a partir da complexidade clínica do usuário. Cabe elucidar que as UPAs possuem pactuações junto aos hospitais de referências do estado para referenciar, em vaga zero, os pacientes acometidos de doenças como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e Traumas graves.

São realizados nas UPAs, exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiogramas, como forma de apoio diagnóstico e terapêutico. Os exames são solicitados aos pacientes pelos médicos da Unidade. Já os medicamentos são

fornecidos àqueles que se encontram no pronto atendimento e/ou observação, devidamente prescritos pelo médico. Deve-se encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, por meio da Central de Regulação de Leitos.

Importa mencionar que 98% dos casos são solucionados na própria Unidade, os pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica recebem os primeiros atendimentos e, de acordo com a avaliação médica, é analisada a necessidade ou não de transferência aos serviços hospitalares de maiores complexidades, ou a possibilidade de mantê-los em observação por “24 horas”.

No âmbito da estrutura física, possui 05 (cinco) consultórios, onde 02 (dois) são para atendimentos infantis e 03 (três) para atendimentos adultos, destinados a consultas de vários tipos de especialidades, além da sala vermelha, com capacidade para estabilização e observação de dois pacientes.

Nesse contexto, escolheu-se a UPA, como cenário para realização da pesquisa, por ela ser considerada uma boa representante do padrão de funcionamento das unidades em geral, além da fundamental importância do atendimento pré-hospitalar à população de Fortaleza e municípios adjacentes, tem uma média de atendimento de 330 atendimentos/dias. Referente ao primeiro semestre deste ano de 2022 (dados do sistema VITA).

O período do estudo foi entre junho de 2022 a setembro de 2022. A Figura 2 mostra o mapa com as UPAs do município de Fortaleza.

Figura 2 – Mapa com as UPAs da cidade de Fortaleza-CE



Fonte: Google Maps 2019

4.3 Características dos participantes

A Unidade possui o total de 169 colaboradores, sendo eles, 42 médicos, 01 coordenador médico, 01 coordenador de enfermagem, 34 técnicos de enfermagem, 24 enfermeiros, 12 recepcionistas, 07 técnicos em radiologia, entre outros colaboradores. A pesquisa contemplou uma amostra de aproximadamente 10% dos profissionais da unidade, contemplando 18 (dezoito) colaboradores da Organização Social.

Os participantes da pesquisa foram os colaboradores que tinham contato com o paciente em alguns momentos, tais como: cadastro do paciente, realização de classificação de risco, atendimento no consultório, realização de Raio-X, prescrição médica, administração de medicamentos, administração de hemoderivados, realização de curativos, entrega de dieta, coleta de exames laboratoriais, entrega de exames laboratoriais, controle dos sinais vitais e muitos outros momento em que é essencial a checagem da identificação segura.

Quadro 1 – Distribuição dos funcionários e o setor que trabalha na UPA

Quadro 1 – SETORES, FUNÇÕES E CARGOS DOA PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DA RODA DE CONVERSA		
SETORES	FUNÇÕES	CARGOS
Recepção (acolhimento)	Cadastro do paciente	Recepcionista
Sala de Classificação de risco	Classificação de risco	Enfermeiro
Sala do Serviço Social	Atendimento Social	Assistente Social
Consultório médico	Atendimento Médico	Médico
Sala de Radiologia	Realização de Raio X	Técnico de radiologia
Laboratório	Coleta de exames laboratoriais	Auxiliar de laboratório
Sala de Medicação	Assistência ao paciente	Técnico de enfermagem/ Enfermeiro/Auxiliar de laboratório/copeira
Observação Adulto	Assistência ao paciente	Técnico de enfermagem/ Enfermeiro/Auxiliar de laboratório/copeira
Observação Pediátrica	Assistência ao paciente	Técnico de enfermagem/ Enfermeiro/Auxiliar de laboratório/copeira
Sala vermelha	Assistência ao paciente	Médico/ Enfermeiro/Técnico de enfermagem
Farmácia	Distribuição dos medicamentos	Farmacêutico/ auxiliar de farmácia
Copa	Distribuição das refeições	Copeira

Fonte: Elaborada pela autora

Os critérios de inclusão dos colaboradores foram: vínculo com a UPA por no mínimo 01 ano em regime de CLT. Esses atuavam na área assistencial, seja ligado direto ou indiretamente com o cuidado e manejo ao paciente e que não estivessem na unidade como prestadores de serviços terceirizados ou acadêmicos. Estes, fizeram com que as experiências desses profissionais sejam mais amadurecidas e fizeram com que a pesquisa tornasse mais objetiva possível, trazendo às realidades, dificuldades e soluções mais próximas do contexto de atuação de cada profissional.

As principais características dos participantes por intermédio das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, turno de trabalho e tempo de atuação na UPA, conforme representado na tabela 2.

Tabela 2 – Características dos entrevistados

VARIÁVEL	NÚMERO ABSOLUTO	FREQUÊNCIA (%)
SEXO		
Feminino	14	78%
Masculino	04	22%
FAIXA ETÁRIA		
20 a 30 anos	3	17%
31 a 40 anos	6	33%
41 a 50 anos	6	33%
51 anos ou mais	3	17%
TURNO DE TRABALHO		
Serviço diurno	10	56%
Serviço noturno	8	44%
TEMPO DE ATUAÇÃO NA UPA		
0 a 3 anos	3	17%
3 a 6 anos	9	50%
7 anos ou mais	6	33%

Fonte: Elaborada pela autora

Observou-se que dos 18 colaboradores participantes das entrevistas (APÊNDICE D), 78% são do sexo feminino, 33% estavam na faixa etária compreendida entre 31 a 40 anos e 41 a 50 anos. O turno de trabalho predominante foi o período diurno com 56%. Quanto ao tempo de atuação na UPA, 50% possuíam três a cinco anos ou mais de experiência na instituição.

4.4 Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta

Foi utilizada a abordagem via roda de conversa com os colaboradores dos dois turnos de trabalho. Os participantes puderam refletir sobre sua vivência e práticas na sua realidade. Foi fundamental contextualizar a utilização de uma metodologia que estimula a contribuição para a construção de um instrumento que garanta abrangência a todo o percurso do paciente na unidade. Esse teve por objetivo estimular a construção e a problematização de um tema, podendo serem criadas possibilidades de ações e ferramentas de mudança e conscientização (SOARES, 2019).

A roda de conversa é uma metodologia utilizada na prática de aproximação entre os sujeitos no cotidiano. É também uma possibilidade metodológica dentre tantas outras que se utilizaram para uma comunicação dinâmica e produtiva entre diversos grupos (SOUSA *et al.*, 2010).

O roteiro da conversa foi composto por questões semiestruturadas, para que os participantes relataram suas experiências e fatos que possam acontecer diante de determinadas situações, onde o grupo possa complementar com suas observações. Destinou-se para os profissionais de nível médio e nível superior.

4.5 Questões éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética (CEP) do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar-ISGH via Plataforma Brasil, com CAAE nº: 56356922.0.0000.5684 e sob o número do parecer 5.351.31, tendo sido APROVADO em 14 de abril de 2022, conforme Anexo A.

Constituída a elaboração da carta de aceite, feita pelo pesquisador que se comprometeu a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para fins da Pesquisa. Foi entregue no momento da roda de conversa o Termo de Consentimento (APÊNDICE A) Livre e Esclarecido (TCLE), conforme anexo (APÊNDICE B) para os profissionais da UPA. A roda de conversa dirigiu-se em ambiente fechado, dentro da própria Instituição, onde no momento não foram utilizados recursos quaisquer de gravação, seja de imagem ou de áudio, além de não ser permitida a entrada de pessoas que não tenham assinado o TCLE ou que demonstraram não aceitação das condições éticas. Tais contribuições dos participantes foram mantidas em anonimato, onde em nenhum momento foi posto nas folhas dos questionários os nomes dos mesmos. Após a coleta das informações, os formulários destinam-se à guarda sigilosa da autora por um período de 05 anos (cinco anos) para assegurar a proteção dos dados. Os integrantes que se recusaram em participar em algum momento, foram retirados do Termo de Consentimento, seguindo as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

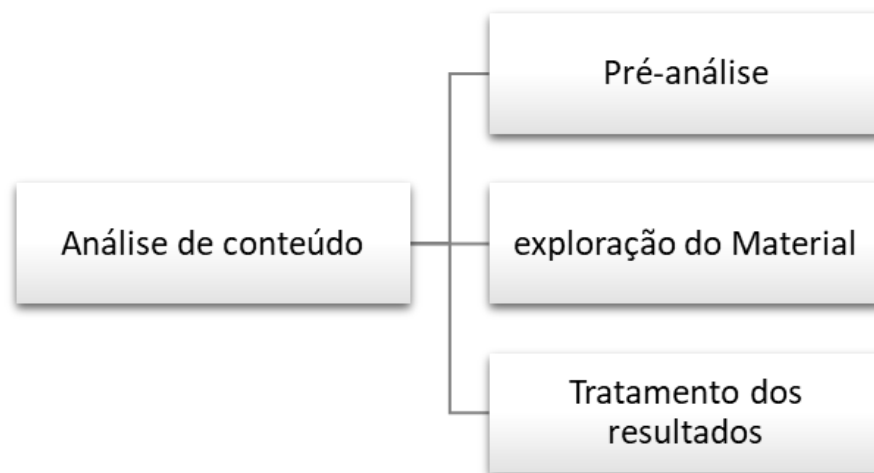
Os participantes foram esclarecidos dos benefícios da pesquisa, suas contribuições nos processos de uma assistência mais segura, evitando ocorrência de eventos adversos leves e até os eventos adversos graves, e o gravíssimo, podendo chegar a ser o óbito do paciente. Para minimizar os riscos de desconforto ou constrangimento para os entrevistados no decorrer da pesquisa, o pesquisador esteve atento aos sinais verbais e não verbais.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram inicialmente transcritos no Microsoft Word e, posteriormente, organizados em uma planilha EXCEL. A técnica de análise de conteúdo é um artifício de tratamento de informações coletadas, que aponta a interpretação de material de caráter qualitativo, garantindo uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza manifestada no momento da coleta dos mesmos, de acordo com Guerra (2014).

As rodas de conversa foram analisadas com a técnica de análise de conteúdo categorial temático em suas três fases, seguindo a metodologia de Bardin (2011), tendo como ponto de partida a organização das entrevistas da seguinte forma: a pré-análise; a exposição do material e o tratamento dos resultados; e a inferência e interpretação.

Figura 3 – Síntese de Análise de conteúdo



Fonte: Elaborada pela autora

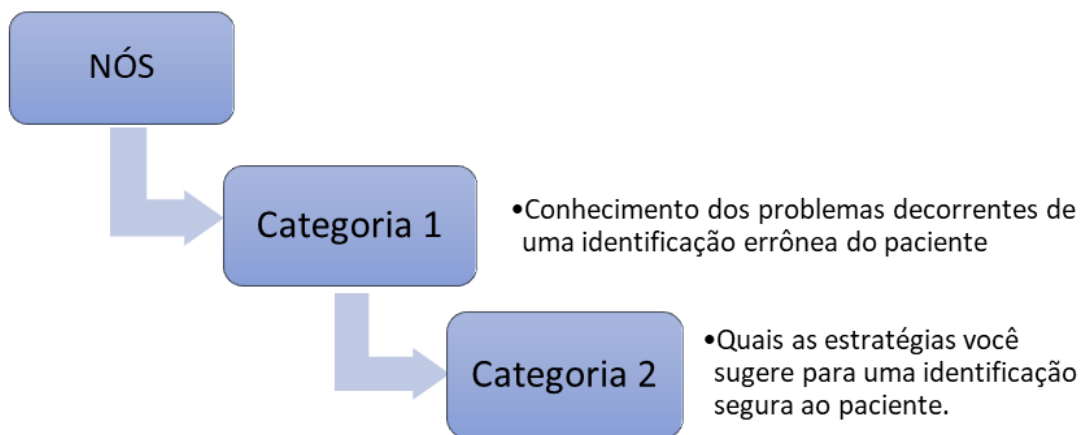
Em síntese, após a definição das categorias temáticas, essa fase se conduziu à correspondência do material empírico com as hipóteses e referenciais teóricos inicialmente propostos, por meio da inferência e da interpretação (BARDIN, 2011).

O intuito da análise de estudo é pesquisar os conteúdos de forma sistemática e estruturada em pilares científicos, com descrição autêntica das ideias (BARDIN, 2011). Os resultados foram agregados em categorias: Categoria 1 – Conhecimento dos problemas decorrentes de uma identificação errônea do paciente

e Categoria 2 – Quais as estratégias você sugere para uma identificação segura ao paciente.

Elegeram-se por expor os resultados por palavras mais usadas dentro das frases relatadas pelos profissionais, a partir do *software NVivo13*. Esse o apresenta estrutura de Nós ou *Nodes*, que podem ser um nó isolado ou uma árvore de nós, podendo assumir significados diferentes, dependendo da abordagem metodológica utilizada na pesquisa (LAGE, 2011).

Figura 4 – NÓS NVIVO



Fonte: Elaborada pela autora

Na Categoria 1, os problemas decorrentes de uma identificação errônea do paciente, têm uma abordagem complexa, pois todos os profissionais podem cometer falhas no processo de identificação e gerar um dano ao paciente. Com o intuito de compreender até que ponto o colaborador possui o conhecimento dos problemas decorrentes de uma identificação errônea do paciente na UPA, o estudo procurou captar suas percepções, colhidas durante as entrevistas, seus conhecimentos e seu cotidiano de trabalho.

Já presenciei um paciente em uma crise convulsiva, por causa de uma medicação errada que foi administrada[...] (E1).

[...] posso levar o paciente a óbito, se prescrever uma medicação que ele seja alérgico (E 11).

[...] já peguei prescrição de dose de medicação errada, porque a criança tinha nome homônimo e o médico prescreveu uma medicação com o cálculo dobrado e como tenho vivência em neonatologia e pediatria, levei a prescrição para checar a dose e realmente estava errada. Cause que seria um evento adverso grave. (E 9).

Os medicamentos são fundamentais para uma melhor condição de saúde. Para que a terapia medicamentosa atinja bons resultados é necessário que sejam exercidas adequadamente as etapas, desde diagnóstico, prescrição, dispensação, administração correta dos medicamentos e adesão. Assim, erros na execução dessas etapas podem propiciar que pacientes sofram eventos adversos (RIBEIRO NETO, *et al.*, 2017).

Os erros procedentes das prescrições médicas podem acarretar sérios danos à saúde dos pacientes, bem como contribui para erros nos processos de dispensação até a administração de medicamentos por parte de outros profissionais; por isso, é imprescindível que os erros sejam identificados e prevenidos (WEBER; BUENO; OLIVEIRA, 2012).

[...] sei que posso entregar um exame a um outro paciente e causar um grave problema para ele (E 6).

[...] a gente pede um documento ao paciente, mas muitas vezes, ele não traz ou eles não querem entregar o documento, porque já tem cadastro na unidade e cadastrei o paciente errado, pois o sistema não ajuda muito, porque segue uma sequência e facilmente posso marcar um outro paciente com nome homônimo e acabou que o médico atendeu um paciente que era alérgico a dipirona e ele passou mal (E 4).

[...] já aconteceu aqui uma transferência de uma outra criança que estava com solicitação de vaga para cirurgia de apendicectomia e foi para um leito de clínica (E 11).

[...] já tivemos um evento grave de troca de coleta de exames, o paciente jovem de 35 anos com exames todos normais e veio todo alterado, precisando de urgência dialítica, foi transferido de urgência, quando chegou no hospital e foram fazer novos exames, viram que havia sido troca a etiqueta que foi pregado no frasco (E 15).

[...] já classifiquei o paciente errado, só no final quando fui colocar a pulseira, percebi que a mãe havia trazido a certidão de nascimento errada da criança e um era asmático e outro não, lembrei porque eles eram superusuária da UPA (E 8).

Observou-se repetidamente nas falas dos colaboradores que eventos adversos já ocorreram em alguns momentos na unidade. Importante ressaltar que nessa fase da discussão na roda de conversa, os colaboradores sentiam-se cada vez mais incomodados, principalmente, os que trabalhavam a menos tempo na unidade, os que não tinham tanta aproximação com os pacientes, como uma das copeiras.

Esta, no final da roda de conversa, deu seu depoimento declarando que não tinha conhecimento do tamanho da importância da checagem da identificação do paciente.

Nas UPAs, o processo assistencial perpassa por 90% dos colaboradores, pois em algum momento, eles entram em contato com os pacientes, mesmo que seja por um breve momento. A rotina de trabalho na UPA é extremamente dinâmica, o que pode ocasionar problemas nos fluxos de identificação segura do paciente.

Ao analisar os desafios enfrentados na rotina de trabalho dos entrevistados, geralmente realizados com rapidez em decorrência da sobrecarga e do fluxo intenso da unidade, pode deixar passar despercebida a checagem do nome completo e de outros marcadores, como a data de nascimento e o nome da mãe. Todos os profissionais relataram alguma dificuldade durante sua rotina para tal prática relacionada à checagem da identificação segura.

Figura 6 – Nuvem de palavras das respostas da segunda pergunta: Quais as estratégias você sugere para uma identificação segura ao paciente?



Fonte: NVivo®

A figura 6, apresenta nuvens das frequências das palavras da segunda pergunta da entrevista. Destacam-se três pontos de intervenção: paciente, tecnologia e pulseira. As falas evidenciam as lacunas sobre o assunto.

[...] É uma pulseira que pode garantir a identificação segura do paciente [...](F1).
 [...] Eu não sei, mas se tiver mais tecnologia, podemos diminuir as falhas de identificação [...](F10).
 [...] Só a pulseira não vai resolver mesmo, temos que nos comunicar reduzir com o paciente, checando o nome completo [...](F5).
 [...] É mesmo se comunicar com o paciente, acompanhante ou um colega da assistência para fazermos uma dupla checagem [...](F7).

A reflexão a respeito das diretrizes ou dos protocolos é a educação e conscientização dos profissionais de saúde. Observamos que, no cotidiano do trabalho, a prática de checagem das pulseiras do paciente, acaba sendo negligenciada, pelos profissionais de saúde, principalmente, dos pacientes com longo período de internação (TASE, 2013).

[...] Precisamos mudar nosso comportamento de achar que não vai acontecer comigo e fazer o que é correto, olhar pulseira e perguntar ao paciente [...](F9).
 [...] precisa mesmo de uma mudança de cultura, para conscientizar a todos nós[...] (F12).
 [...] Acho que treinamento mensal, seria importante para se criar uma cultura de identificação[...] (F13).
 [...] à medida que o cuidado de saúde evoluiu, aumentou não só sua efetividade, mas também seu potencial de causar danos [...] (F15).

De fato, a Medicina vem buscando precisão personalizada para cada paciente em função de seu perfil genético, estilo de vida e indicadores de saúde, é outro ramo de avanço tecnológico que é possibilitado pela enorme disponibilidade de dados sobre pacientes e doenças. Todos esses trajetos tecnológicos são interruptíveis e encerram um potencial enorme de redução de custos e de aumento da eficiência na atenção à saúde, algo que é de interesse de toda a sociedade (NEGRI, 2019).

Dentre as falas registradas anteriormente, percebe-se que os colaboradores precisam refletir mais quanto às suas práticas durante o desempenho das suas funções laborais. A unidade oferece a utilização da pulseira como uma barreira tecnológica, mas que não garante uma prática segura por si só, já que seu uso precisa estar atrelado a uma boa comunicação com o paciente para reduzir a ocorrência de incidentes. Assim também, na análise dos entrevistados, não foram identificadas as devidas explicações para o correto uso das pulseiras, tanto para o paciente como para o acompanhante, o que pode ajudar a minimizar eventos adversos, visto que ambos são coparticipantes do processo de segurança.

O vídeo, como um material educativo e disponibilizado de forma virtual, de fácil acesso, tem como objetivo auxiliar os gestores da UPA no processo de garantia da qualidade na assistência quanto ao paciente correto. A construção do vídeo foi pautada nas informações coletadas na roda de conversa com os profissionais que trabalham diretamente com o paciente.

Vale salientar que o custeio quanto à produção, publicação e divulgação do vídeo educativo foi de inteira responsabilidade da pesquisadora, não havendo nenhum ônus financeiro para a Instituição.

Cabe também destacar que o produto apresentado não tem fins lucrativos para nenhuma das partes envolvidas, seu uso tem ganhos de natureza gerencial para a Unidade, como suporte aos gestores e como caráter educativo em relação aos fins que se propõe. Podendo ainda, com a comprovação de sua aplicabilidade, ser expandido para outras unidades de igual característica.

Quadro 2 – Etapas para construção do vídeo conforme adaptado de Echer (2005)

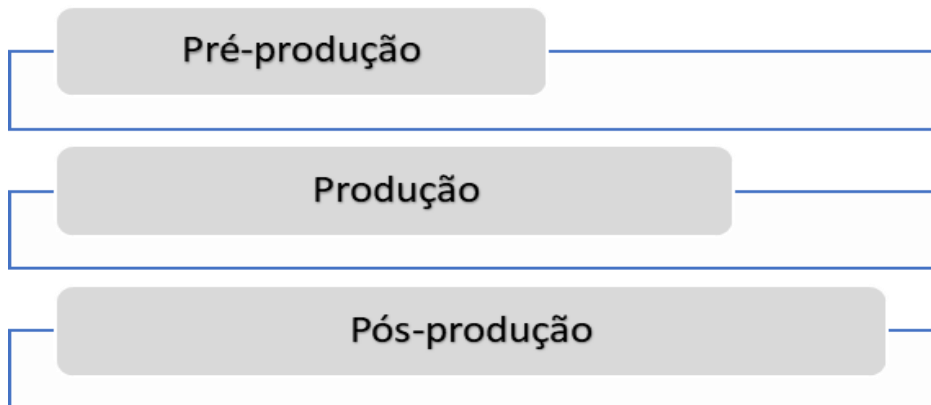
1ª ETAPA	Submissão do Projeto do Comitê de Ética	Foi elaborado o projeto de pesquisa e submetido ao Comitê de Ética (CEP) do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar-ISGH via Plataforma Brasil.
2ª ETAPA	Levantamento bibliográfico	Foi realizada a busca nas bases de dados de artigos e tecnologias que subsidiaram as questões norteadoras.
3ª ETAPA	Roda de conversas	Foi realizada uma roda de conversa com os profissionais que trabalham diretamente com os pacientes e identificadas as dificuldades encontradas para o mapeamento dos riscos dos pacientes.
4ª ETAPA	Elaboração do vídeo	Foi elaborado o vídeo com as animações, ilustrações, falas e textos, de forma clara e objetiva, organizada e coerente.
5ª ETAPA	Validação do vídeo	A validação do vídeo foi feita por especialistas e gestores, com o intuito de considerar a sua aplicabilidade e contribuir para o produto final.

Fonte: adaptado de Echer (2005)

4.8 Etapas de Desenvolvimento do vídeo

O caminho metodológico para o desenvolvimento do vídeo foi realizado em três momentos: Pré-produção, produção e pós-produção.

Figura 7 - Etapas da produção do vídeo



Fonte: Elaborada pela autora

4.8.1 Fase de Pré-produção

A fase de pré-produção do vídeo compreendeu o planejamento, com definição da ideia central do audiovisual, o roteiro embasado na revisão integrativa e nos relatos dos colaboradores sobre o tema abordado, no que se refere ao tipo de linguagem e aos conhecimentos e maiores desafios enfrentados. Essa fase foi construída com os assistentes de produção do vídeo educativo, bem como foi feita a análise dos artifícios tecnológicos e físicos necessários.

Você sabia!!!!

Que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, partindo dos protocolos básicos, elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

E que a identificação segura do paciente é o primeiro entre seis atributos da qualidade, ao lado da efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade.

Importante lembrar que!!!!

O protocolo de identificação do paciente tem a objetivo de certificar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina e erros de identificação podem ocorrer em qualquer fase do diagnóstico ou tratamento, desde o momento da admissão.

O erro de identificação do paciente pode desencadear uma sequência de falhas em cadeia. Isso engloba a verificação nas prescrições, pedidos de exames, dietas, medicamentos, hemocomponentes e antes da realização de quaisquer intervenções ao paciente.

Sendo mais claro, quando você pergunta: "você é o Sr. Fulano?", pois a pessoa pode não compreender e concordar por engano, está com muita dor, muito tempo de espera na UPA, e quer ser atendido logo. O correto é indagar quais são os dois identificadores (nome e data de nascimento) e confrontá-los com a pulseira de identificação, que é uma barreira tecnológica (física). Esse processo envolve uma mudança cultural, desmistificando a ideia de que a checagem dos identificadores é uma repetição desnecessária.

Mas nosso escopo também aqui é utilizar uma ferramenta da qualidade para ajudar na redução de risco como esse já citado, aplicar a FMEA (**Failure Mode and Effect Analysis**) ou, análise dos modos de falha e seus efeitos. Uma das inúmeras ferramentas da qualidade como PDCA, diagrama de Ishikawa, Pareto, 5 porquês escolhemos a FMEA porque, que vem e auxiliar no estabelecimento de barreiras de segurança para que aqueles riscos não se tornassem perigos para o paciente.

Mas qual o objetivo de trabalhamos a FMEA na UPA?

Ela auxilia **identificar as falhas, antever** em relação ao risco de ocorrerem e suas consequências, e, por fim, **tomar medidas para eliminar ou reduzir** sua ocorrência. Assim conseguiremos priorizarmos **as falhas** de acordo com a gravidade de suas consequências, frequência de ocorrência e facilidade de detecção.

Que o gestor, junto com sua equipe multiprofissional possam ter um entendimento da gestão de riscos para a qualidade e segurança do paciente, promovendo barreiras com medidas de bloqueio. Ressaltando para que um evento adverso não cause um impacto indesejável, assim trabalhar a oportunidade de melhorias. Importante reforçar uma avaliação sistêmica das barreiras para estimular a melhoria contínua do cuidado.

Então vamos conhecer como trabalhamos a ferramenta FMEA?

Como já comentamos anteriormente, essa ferramenta trabalha com a **probabilidade**, se o risco será

Fonte: Elaborada pela autora



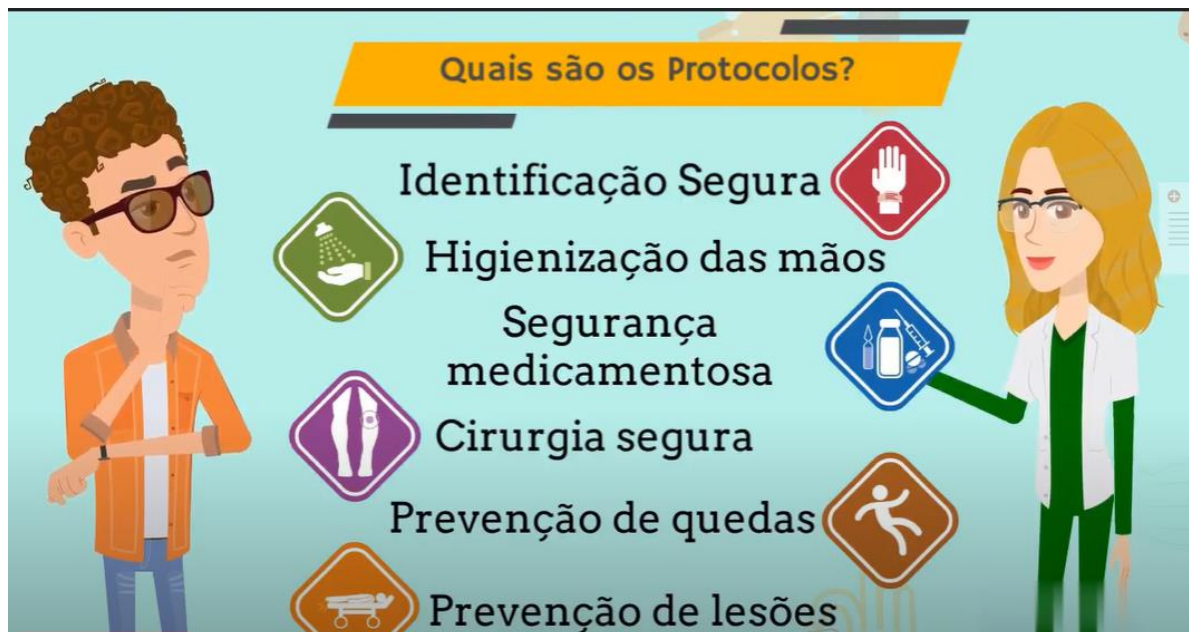
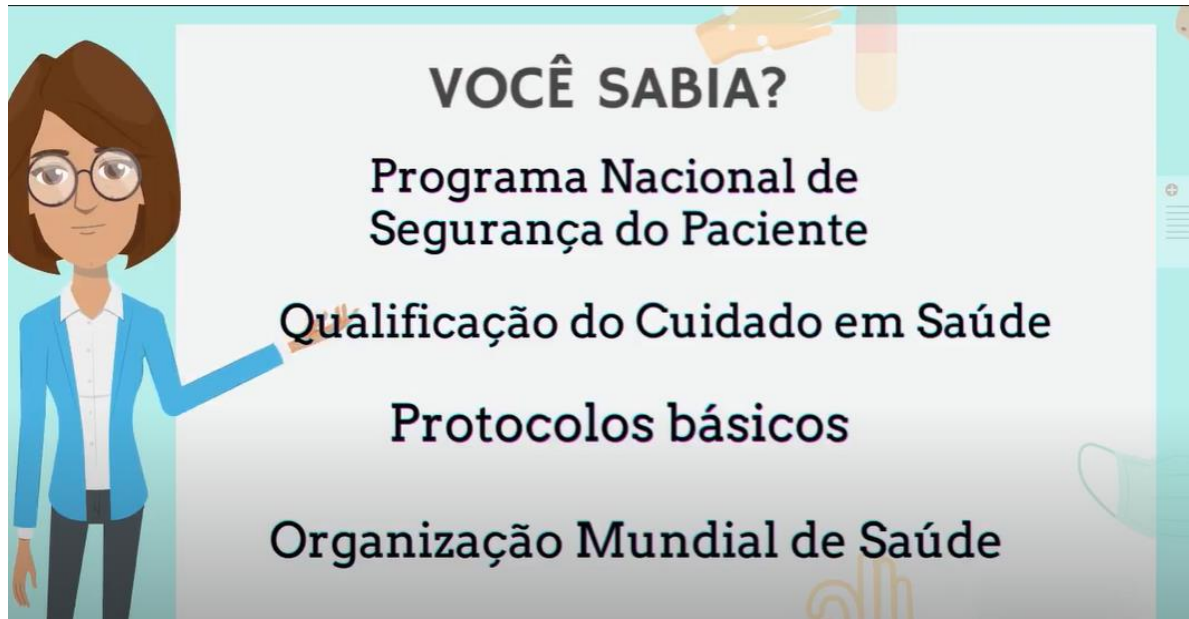
Fonte: Elaborada pela autora

Ainda na pré-produção, a preocupação foi em fazer cenas, nas quais houvesse sincronização dos movimentos das animações com o áudio, gerando os movimentos bucais dos personagens, bem como movimentos de entradas de texto ou de expressões faciais. Não podia ser um vídeo longo, e com informações extensas, pois perderia a retenção do público-alvo ao vídeo.

4.8.2 Fase de Produção

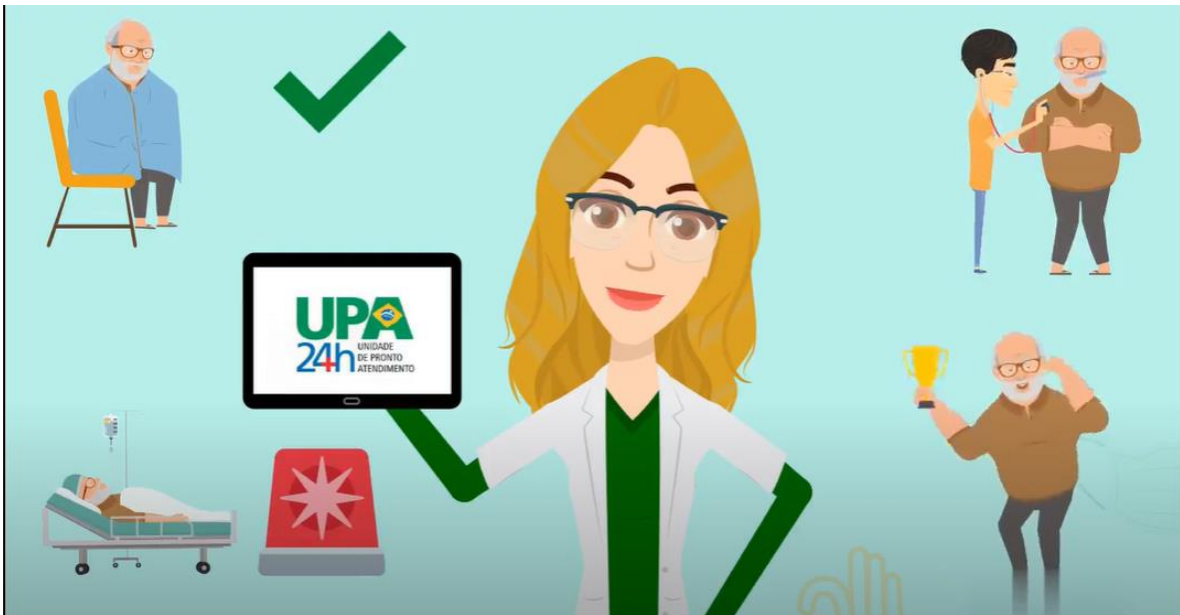
A fase de produção iniciou com uma síntese do Programa Nacional de Segurança do Paciente, da Qualificação do Cuidado em Saúde, dos Protocolos Básicos e da Organização Mundial de Saúde. No quadro seguinte, foi dado destaque aos Protocolos de Segurança.

O vídeo foi constituído da criação dos personagens gráficos de animação nas cenas descritas no roteiro. Todo o processo foi realizado por um técnico em audiovisual que utilizou o programa ANIMAKER. Para escolha das imagens, optamos inicialmente, por um personagem que representava um profissional da saúde, com um cenário que caracterizasse a UPA.



Cada cena foi apresentada de uma forma lúdica na vivência do cotidiano, mostrando a maneira correta de abordar o paciente, com foco no Protocolo.

A partir da terceira tela, todo o vídeo é focado no cuidado na identificação do paciente. O roteiro reforçou o registro dos identificadores de forma clara, logo na chegada do paciente para realizar o cadastro, na classificação de risco, no consultório médico e antes de colher exames, entregar dietas e qualquer outra intervenção ao paciente.



4.8.3 Fase de Pós-produção

Na fase de pós-produção do vídeo, enviado para os juízes e especialistas, fizeram suas considerações quanto ao conteúdo e aparência, foi preciso realizar novas gravações. Em duas telas, foi corrigido o áudio que estava pouco audível. Em uma tela, foi preciso fazer uma correção de linguagem. E na última, colocou-se um nome mais extenso e popular. Por fim, cenas gravadas foram editadas, ajustando suas narrações, imagens e textos, e sequenciadas com o objetivo de renderização do vídeo.

COMUNICAÇÃO EFETIVA

Você é o Senhor Francisco?

Sim

Qual seu nome completo e sua data de Nascimento?

Francisco José Alves da Silva
19/03/1985

Identificar as falhas
Prever os riscos
Consequências
Tomar as medidas
Eliminar ou Reduzir

Após os ajustes realizados foi desenvolvida uma segunda versão do vídeo como resultado dos estudos propostos para compor o *layout* do instrumento.

No final, obteve-se vídeo educativo considerado válido quanto ao conteúdo e aparência. A versão final do vídeo “Vamos falar sobre IDENTIFICAÇÃO SEGURA”, a edição foi com 13 telas no total e com um tempo de duração de 04 minutos e 44 segundos. Findados os ajustes e validações, o vídeo passou por processo de patente para uso autoral, sendo removida a logomarca do programa usado para a produção.



4.9 Critérios de escolha dos juízes especialistas

A escolha dos juízes para participar do estudo teve como critérios, a busca de especialistas com experiência na área de interesse do estudo, Mestres ou Doutores, de forma intencional, pois “os pesquisadores podem decidir propositalmente sobre a seleção de sujeitos considerados típicos da população ou conhecedores das questões estudadas” (POLIT; BECK,2011, p.346).

Foi utilizado também um sistema de classificação de juízes, adaptado do sistema de pontuação de Fehring (1994). Conforme o quadro abaixo.

Nessa fase, os juízes foram contatados por meio de *e-mail*, ligação telefônica. O material foi enviado para 08 juízes e foi dado um prazo de 10 dias para responder a pesquisa, apenas 01 juiz não enviou as respostas. Inicialmente, estes profissionais preencheram um formulário com dados de identificação: idade, profissão, local de trabalho, atuação, tempo de experiência, titulação acadêmica. (Tabela 3)

Quadro 3 – Critérios de classificação de juízes

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Titulação de Doutorado, Mestrado ou especialização na área de interesse*	2
Prática profissional na área de interesse*	4
Experiência docente em Disciplina na área de interesse*	2
Participação em bancas avaliadoras de Tese, Dissertação ou Monografia de graduação ou Especialização que envolva a técnica na área de interesse*	1
Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolve a área de interesse ou não	1 ponto/ano
Trabalhos publicados na área de interesse	1 ponto
Experiência na validação de instrumentos ou materiais educativos	1 ponto
Pontuação total	12

Fonte: Fehring (1994)

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfico e educacional dos juízes especialistas na temática

VARIÁVEL	NÚMERO ABSOLUTO	FREQUÊNCIA (%)
IDADE		
31 a 40 anos	4	57%
41 a 50 anos	2	29%
51 anos ou mais	1	14%
SEXO		
Feminino	4	57%
Masculino	3	43%
PROFISSÃO		
Enfermeiro	5	71%
Dentista	2	29%
TITULAÇÃO ACADÊMICA		
Mestrado	5	71%
Doutorado	2	29%
TEMPO DE EXPERIÊNCIA		
0 a 5 anos	5	71%
6 a 10 anos	2	29%

Sobre a caracterização dos juízes especialistas, há uma prevalência do sexo feminino 57%, enquanto o sexo masculino tem 43%. Em relação à idade dos especialistas, varia entre 31 a 40 anos, com uma média de 37%. Em relação à formação acadêmica dos especialistas, dois são dentistas e cinco são enfermeiros e gestores. Destes, 71% possuem Mestrado e 29% Doutorado. Com o tempo de experiência, 71% com cinco anos

Para Lynn (1986), o número de especialistas selecionados, não há recomendação única, sugeri no mínimo, cinco e no máximo, dez participantes, e outros autores recomendam seis a vinte especialistas (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995), levando em consideração a formação, a qualificação e disponibilidade dos especialistas (LYNN, 1986; GRANT; DAVIS, 1995)

5 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA COM OS JUÍZES

Nesse estudo foi realizada validação de aparência (APÊNDICE E) e conteúdo. Para designar que um instrumento é estimado válido quando ele consegue efetivamente medir aquilo a que se propõe (PASQUALI, 1998).

A validade da aparência consegue ser preponderante como uma forma abstrata de validar um instrumento/estratégia, refletindo no julgamento quanto à clareza e compreensão. Na validade de conteúdo, averigüe-se o quanto os conceitos estão representados de maneira conveniente se estes conseguem deter todo o domínio do conteúdo (POLIT; BECK, 2019).

Se deu por meio de instrumentos direcionados aos juízes especialistas, no mês de outubro de 2022, por meio de Carta Convite (APÊNDICE C) enviadas via *e-mail* e, após o aceite, foi encaminhado também via *e-mail* também: 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes – TCLE (APÊNDICE A); 2. Instrumentos de validação – IVCES e IVATES (Tabelas 4 e 5) e 3. Protótipo do vídeo (1ª versão do vídeo) em formato MP4, com vistas à validação de conteúdo e de aparência.

O vídeo foi avaliado através do Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), o instrumento que tem por objetivo, disponibilizar alicerce científico capaz de validar o conteúdo de materiais educativos, destinados aos profissionais de saúde, visando facilitar o trabalho, tanto na orientação do processo de trabalho quanto na educação de pacientes e familiares (LEITE *et al.*, 2018).

A formato do instrumento possui 18 itens, divididos em três domínios – objetivos, estrutura/apresentação e relevância, e uma escala de valoração, tipo Likert, com opções de respostas, variando entre zero a dois, sendo (0 – discordo; 1 – concordo parcialmente; 2 – concordo totalmente). O escore total do instrumento é calculado por meio da união de todos os domínios. Ressalta-se que cada item mede apenas um atributo. Foi adotado o nível de significância de 95% e o de concordância de 80% como critério de decisão para pertinência do item ou a sua modificação (LEITE *et al.*, 2018).

Tabela 4 – Instrumento de validação de conteúdo educativo em saúde – IVCES, (LEITE, 2018)

JUIZES	1	2	3	4	5	6	7
OBEJETIVOS: PROPÓSITOS, METAS OU FINALIDADES							
1. Contempla tema proposto	2	2	2	2	2	2	2
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	2	2	2	2	2	2	2
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	2	2	2	1	2	2	2
4. Proporciona reflexão sobre o tema	2	2	2	2	2	1	2
5. Incentiva mudança de comportamento	2	2	2	2	2	1	2
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURA, ESTRATEGIA, COERÊNCIA E SUFICIÊNCIA							
6. Linguagem adequada ao público-alvo	2	2	2	2	2	2	2
7. Linguagem apropriada ao material educativo	2	2	2	2	2	2	2
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo Educativo	2	2	2	2	2	2	2
9. Informações corretas	2	2	2	2	2	2	2
10. Informações objetivas	2	2	1	1	2	2	2
11. Informações esclarecedoras	2	2	2	1	2	2	2
12. Informações necessárias	2	2	2	1	2	2	2
13. Sequência lógica das ideias	2	2	2	1	2	1	2
14. Tema atual	2	2	2	2	2	2	2
15. Tamanho do texto adequado	2	2	1	2	1	1	2
RELEVÂNCIA: SIGNIFICÂNCIA, IMPACTO, MOTIVAÇÃO E INTERESSE							
16. Estimula o aprendizado	2	2	2	2	2	2	2
17. Contribui para o conhecimento na área	2	2	2	2	2	2	2
18. Desperta interesse pelo tema	2	2	2	2	2	2	2

Nota: Valoração dos itens: 0: Discordo; 1: Concordo parcialmente; 2: Concordo totalmente

Fonte: elaborado pela autora

A validação de conteúdo foi analisada em três domínios: objetivos, estrutura e apresentação e relevância. Observou-se que o domínio Relevância foi melhor avaliado (IC=100%), seguido dos domínios Objetivos (IC=95,7%), e Estrutura e apresentação (IC=93,5%). O IC total foi de 96,4%, garantindo a qualidade do conteúdo.

Gráfico 1 – Validação de conteúdo



Fonte: elaborado pela autora

Quanto as oportunidades de melhorias na validação de conteúdo educativo, três juízes referentes ao vídeo:

[...] Sugiro que as informações nas telas, sejam mais curtas e autoexplicativas, deixando apenas dois ou três tópicos, para não deixar o vídeo cansativo [...] (J2).

[...]Trocar o nome do paciente por um nome mais popular, que tenha forma completa, pronome, nome e sobrenome: além da presença da preposição “de” e da conjunção aditiva “e” [...] (J6).

Em diversas experiências pedagógicas, os vídeos educativos têm corroborado para relevância da sua aplicabilidade na metodologia de ensino, pois ajustam vários elementos, tais como imagens, texto e som em um único objeto de progressão do conhecimento (Dalmolin *et al.*, 2016).

Alcançamos a partir do resultado que o conteúdo do vídeo foi avaliado e que todas as perspectivas e pontos investigados, estão com IVC acima de 78% conforme tabela acima.

Vale ressaltar a relevância do vídeo, obtiveram concordância em sua totalidade máxima e de menor concordância foi a estrutura e apresentação, onde sugestões dos validadores do vídeo foram consideradas.

Validação de conteúdo do vídeo digital por juízes especialistas, com utilização do Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), que mede a proporção dos juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (LEITE *et al.*, 2017).

O instrumento apresentava espaço para possíveis opiniões. Sugestões como: diminuição das informações, deixando apenas 2 ou 3 tópicos que sejam autoexplicativos, no primeiro *slide*, trocar o nome do paciente por um nome mais popular, que tenha forma completa, prenome, nome e sobrenome; além da presença da preposição “de” e da conjunção aditiva “e”, correção ortográfica no *slide* 8 e acrescentar um personagem para a recepcionista não fala sozinha.

Com a realização da validação de aparência realizado por meio do instrumento, onde os escores de opção foram realizados por meio da escala de Likert variando do discordo totalmente (1), até o concordo totalmente (5), sendo orientado para que os escores atinjam de 70 a 100%, caso não tivesse sido atingido, seria necessário, uma nova reavaliação dos mesmos.

Tabela 5 – Instrumento de validação de aparência - IVATES

JUIZES	1	2	3	4	5	6
1.As ilustrações estão adequadas para o público-alvo	5	5	4	4	5	5
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.	5	5	5	4	5	5
3. As cores são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.	5	5	5	4	5	5
4.As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	5	5	5	4	5	5
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	5	5	5	5	4	5
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção.	5	5	4	5	5	4
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.	5	5	4	4	4	5
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.	5	5	4	4	5	5
9.As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.	5	5	4	3	5	4
10. As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo.	5	5	4	4	5	5
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.	5	5	4	4	5	5
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público-alvo.	5	5	4	4	5	4

Nota: Valoração dos itens: 1: Discordo totalmente; 2: Discordo; 3: Discordo parcialmente; 4: Concordo; 5: Concordo totalmente

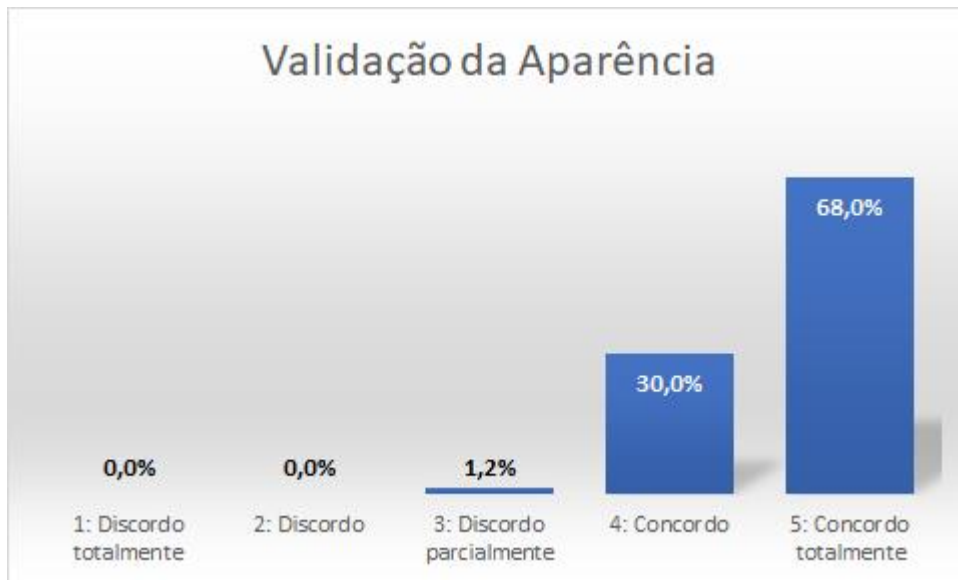
Fonte: elaborado pela autora

O Índice de Validação de Aparência (IVATES), apoia-se em um pressuposto de combinações dos elementos que constituem a tecnologia educacional em saúde como, formas, cores, imagens, texto, quantidade e tamanhos das figuras, os quais podem promover maior benefício na tecnologia (SOUZA *et al.*, 2017).

De acordo com (POLIT; BECK, 2006), os itens na tabela devem alcançar uma porcentagem de concordância entre os juízes de igual ou superior a 80%, o qual com o questionário SAM na sua maioria, conseguiu atingir esse resultado.

Assim, verificou-se que, para cada aspecto da respectiva dimensão, os juízes deram notas que variaram de 3 a 5. A análise da validação de aparência do vídeo obteve 68% de concordância total, 30% de concordância e apenas 1,2% discordaram parcialmente sobre “as ilustrações ajudam na exposição da temática e então em uma sequência lógica”.

Gráfico 2 – Validação de aparência



Fonte: elaborado pela autora

Dito posto, no que concerne a resposta apresentada pelos juízes, estes entendem o vídeo como apropriado em termos de conteúdo e de aparência para utilização pelos profissionais da UPA.

Visto que, podemos verificar nas falas dos juízes a seguir:

- [...] Basicamente, um vídeo com linguagem simples, clara, bem lúdico que pode ser aproveitado para as outras UPAs.
- [...] Ferramenta de comunicação ágil e acessível.
- [...] O vídeo educativo com a cara da UPA, excelente trabalho, é imprescindível em uma gestão de risco.
- [...] Será de grande importância para os colaboradores recém-admitidos.

Cabe destacar que as sugestões foram devidamente acatadas e já implementadas na segunda versão do vídeo.

6 APLICABILIDADE E IMPACTO DO VÍDEO

O produto desta pesquisa foi um vídeo que tem como público-alvo, os colaboradores e gestores da unidade e que visa fortalecer a ação de trabalhar a identificação correta do paciente, considerando a importância de aferir a aplicabilidade do vídeo, para que possam amparar gestores da Unidade no gerenciamento de risco e na análise dos processos.

O vídeo foi apresentado à gestão do ISGH com a finalidade de sensibilização quanto à utilização do audiovisual nas demais unidades. Pretende-se realizar o acompanhamento durante cinco anos do uso da ferramenta, sendo avaliada anualmente a aplicabilidade nas UPAs.

Sendo assim, acredita-se na importância e aplicabilidade do produto tecnológico “vídeo educativo” para uma assistência em saúde segura e qualificada, que proporcionará mudanças nas práticas diárias e agregará assertividade e maior satisfação ao paciente.

Os impactos esperados podem acontecer no contexto profissional e tecnológico. Compreende-se que em relação ao impacto profissional, o vídeo facilita a divulgação e promoção de informações relevantes para uma assistência segura, sendo papel do gestor, fornecer instrumentos que possam melhorar as práticas com o foco nos possíveis perigos, reduzindo os riscos para o paciente. No impacto tecnológico, o vídeo proporcionará a divulgação da informação sobre os possíveis riscos ao paciente quando os devidos cuidados não são aplicados corretamente. O vídeo será um instrumento tecnológico de fácil acesso, consulta e visualização.

7 REGISTRO

O registro deste produto será divulgado em portal adequado com descrição das informações, com o desígnio de possibilitar clareza na aplicação de tecnologias, a partir de um vídeo educativo desenvolvido por meio do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Assim, constitui a razão acadêmica, efetuar registro e memorização a partir das iniciativas registradas, dar publicidade às experiências, além de permitir que os produtos, processos, metodologias, serviços técnicos, possam ser instrumentos de reutilização.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo primordial, construir e validar um vídeo educativo para orientação do processo da identificação segura, com base na ferramenta da qualidade *FMEA* em uma UPA, em um curto espaço de tempo. Instrumento de atualização profissional que transmite confiabilidade, agilidade e segurança para o público-alvo.

A problemática do estudo foi desenvolvida em torno de como utilizar a ferramenta da qualidade *FMEA* para levantar as principais falhas relacionadas à segurança na identificação do paciente, respondendo aos questionamentos pertinente ao problema. Tal ação foi realizada com aplicação do instrumento de coleta de dados baseado na *FMEA*, pontuando cada setor da UPA.

Uma oportunidade de melhoria para que o gestor construísse a ferramenta de maneira clara e direta às etapas do processo, enfatizando, os perigos, riscos e as análises de probabilidade, gravidade e de situação de controle, ajudando assim na gestão de risco.

Para tanto, evidenciou, quanto à análise da probabilidade, que o resultado é “OCASIONAL”: pode acontecer algumas vezes no mês; quanto à gravidade, chegou à conclusão que era “GRAVE”: o incidente pode causar a morte do paciente; e quanto à situação de controle, identificamos que existem algumas práticas sistemáticas e controladas de prevenção de riscos, mas que não são suficientes ou não são devidamente monitoradas.

Entende-se que a identificação do paciente é um processo de educação continuada envolvendo mudanças no comportamento corporativo e que a construção deste vídeo beneficiará também os colaboradores recém-admitidos durante o treinamento sobre gerenciamento de risco, além de manter avaliações regulares com discussão dos resultados e envolvimento das equipes na reflexão e parceria para resposta dos impasses encontrados durante a permanência do paciente na UPA.

O processo de validação do vídeo foi realizado por profissionais que trabalham na UPA e que têm a vivência dos desafios de um Pronto Atendimento, alcançando um índice de validação de conteúdo (IVC), de 1, que é um índice de concordância excelente.

Espera-se que esse produto tecnológico se torne relevante para organização do serviço, contribua para uma assistência mais segura e de qualidade. É importante difundir essa tecnologia junto à Direção do ISGH, com o propósito de tornar este vídeo institucional para as demais UPAs geridas pela Organização de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Portaria nº 529**, de 01 de abril de 2013. Política Nacional de Segurança do Paciente Brasília: MS, 2013.
- ALAMRY, AHMED, A.L.; OWAIS, S.M.; MARINI, A.M.; AL-DORZI, H.; ALSOLAMY, S.; ARABI, Y. I. Application of failure mode effect analysis to improve the care of septic patients admitted through the emergency department. **Journal of patient safety**, v. 13, n. 2, p. 76-81, 2017.
- ALENCAR, C. J. **Avaliação de conteúdos e objeto de aprendizagem da teleodontologia aplicado à anestesia e exodontia em odontopediatria**. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolo de identificação do paciente**. Maio de 2013. Disponível em: http://portalsaude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/mai/06protocolos_CP_2013.pdf. Acesso em: 5 jul. 2022.
- CALADO, R. HFMEA: Uma alternativa para a gestão de risco. **Revista LEAN nas UPAS**, v. 2, n. 5, abr. 2021
- CALDANA, G.; HIROTANI, L. C.; GABRIEL, C. S.; SILVA, L. G. DE C.; BERNARDES, A. Instrumentos para avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 15, 2018
- CECILIO, L. C. O. Saúde pública: apontamentos teóricos conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2022.

DA ROCHA, Denise Jorge Munhoz *et al.*, Construção de programa de segurança do paciente em hospital público de ensino: pesquisa documental. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, out. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45604>. Acesso em: 30 out. 2021.

DALMOLIN, A.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; COPPETTI, L. DE C.; ROSSATO, G. C.; GOMES, J. S.; SILVA, M. E. N. DA. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2016.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. Philadelphia: JB Lippincott, 1996.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 47-60, maio 2005.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 47-60, maio 2005.

FIORETI, F. C. C. F., *et al.*, Uso das ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente neonatal. **Rev. Enf. UFPE on-line**, Recife, v. 10, n.11, nov. 2016.

GARCIA, Pauli Adriano de Almada. Uma abordagem via análise envoltória de dados para o estabelecimento de melhorias em segurança, baseadas na FMEA. **Gestão & Produção**, v. 20, n. 1, 2013.

JACQUES, F.B.L.; SANTOS, D.C.; RIBAS, E.O.; EU, L.Y.; CAREGNATO, R.C.A. Projeto Paciente Seguro - Fase 1: Relato de Experiência. **Rev Cient Esc Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago"**, v. 1, 2021.

JOST, Marielli Trevisan *et al.*, Ferramentas para a organização do processo de trabalho na segurança do paciente. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0210>. Acesso em: 30 out. 2021.

LAGE, M. C. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. **Educação Temática Digital**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 198-226, abr. 2011.

LEITE, S. S. *et al.*, Construção e Validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1635-1641, abr. 2018.

LIMA, Shirley Barbosa Ortiz *et al.* Ferramentas da qualidade, aplicadas à conferência do carro de emergência: pesquisa de métodos mistos. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0274>. Acesso em: 5 jul. 2021.

LIMA, Shirley Barbosa Ortiz *et al.*, Ferramentas da qualidade, aplicadas à conferência do carro de emergência: pesquisa de métodos mistos. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, 2021.

MEIRELES, V.C.; LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V.D.A. Método Tracer e a qualidade do cuidado: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, p. e20180142, 2019.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lang=pt. Acesso em: 5 abr. 2022.

NEGRI, F. **As tecnologias da informação podem revolucionar o cuidado com a Saúde?** Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/107-as-tecnologias-da-informacao-podem-revolucionar-o-cuidado-com-a-saude>. Acesso em: 5 jul. 2022.

OLIVEIRA, Samilly Girão. **Desenvolvimento e validação de guia virtual sobre gestão e monitoramento da regulação assistencial para os gestores da atenção primária**. 2020. 121 f. Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2020.

OLIVEIRA, Ualison Rebula de, Paiva, Emerson José de e Almeida, Dagoberto Alves de. Metodologia integrada para mapeamento de falhas: uma proposta de utilização conjunta do mapeamento de processos com as técnicas FTA, FMEA e a análise crítica de especialistas. **Production**, v. 20, n. 1, p. 77-91, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132010005000004>. Acesso em: 5 abr. 2022.

PAZ, Andreia Fontes da. **Relação entre fatores de risco no ambiente hospitalar e a saúde dos trabalhadores de enfermagem**. 2009. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do rio de Janeiro, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RIBEIRO NETO, L. M.; COSTA JÚNIOR, V. L.; CROZARA, M. A. Interações medicamentosas potenciais em pacientes ambulatoriais. **Mundo da Saúde**, v. 41, n. 1, p. 107- 115. 2017.

SADLER, Eleanor et al. Failure modes and effects analysis to improve transitions of care in patients discharged on outpatient parenteral antimicrobial therapy. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 78, n. 13, jul. 2021.

SAJADI, Kamran P.; GOLDMAN, Howard B. Social networks lack useful content for incontinence. **Urology**, v. 78, n. 4, p. 764-767, 2011.

SILVA, A. E. B. C; REIS, A. M. M; MIASSO, A. I.; SANTOS, J. O.; CASSIANI, H. B. Eventos adversos a medicamentos de um hospital sentinela do estado de Goiás, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, 2021.

SILVA, L. D. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2012.

SILVA, M. M. et al., Gestão de segurança de enfermagem em enfermarias de oncohematologia pediátrica. **Revista Rene**, v 15, n. 6, p. 915-924, jun. 2022.

SIMAN, Andreia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. A dimensão prescrita e real de práticas de profissionais de saúde no contexto da segurança do paciente. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. e23703, out. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23703/26846>. Acesso em: 5 jul. 2022.

SOUSA et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre a fisioterapia. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

SOUSA et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre a fisioterapia. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T.M.M.; BORGES, J.W.P. Development of an appearance validity instrument for educational technology in health. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, (Suppl 6), p. e20190559, 2020.

TASE, Terezinha Hideco et al., Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 196-200, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300025>. Acesso em: 6 nov. 2022.

TENÓRIO, J. M. Desenvolvimento e avaliação de um protocolo eletrônico para atendimento e monitoramento do paciente com doença celíaca. **Rev. Inform. Teor. Apl.**, v. 17, n. 2, p. 210-220, 2010.

TOSO, G.L.; GOLLE, L.; MAGNAGO, T.S.B.S.; HERR, G.E.G.; LORO, M.M.; AOZANE, F, et al., Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 4, p. e 58662, 2016.

WANGENHEIM, C. A. G. v. *et al.*, Sure: uma proposta de questionário e escala para avaliar a usabilidade de aplicações para smartphones pós-teste de usabilidade. In: CONFERÊNCIA INTERACTION SOUTH AMERICA, 6., 2014. [S.l.]. **Anais...** [S.l.]: ISA 14, 2014.

WEBER, D.; BUENO, C.S.; OLIVEIRA, K.R. Análise das prescrições medicamentosas de um hospital de pequeno porte no noroeste do estado do Rio Grande do Sul. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 33, n. 1, p. 139-145, 2012.
Disponível em:http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1806/180. Acesso em: 24 out. 2015.

YOSHIKAWA, J. M.; SOUSA, B. E. C.; PETERLINI, M. A. S.; KUSAHARA, D. M.; PEDREIRA, M. L.G.; AVELAR, A. F. M. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 21-29, jan. 2013.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS JUÍZES

TÍTULO DA PESQUISA: CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA EDUCATIVA NO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Cleide Maria Carneiro da Ibiapaba

Prezado(a) Colaborador(a),

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a ser um dos juízes na validação de conteúdo e aparência de um vídeo que se propõe a desenvolver um estudo, que permita discutir ferramentas de qualidade que ajudem trabalhar as reduções de risco do paciente, quando busca atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento, da entrada até a saída do paciente. Para desenvolver um vídeo educativo que auxilie ao gestor junto com a equipe multiprofissional nas intervenções e tomada de decisão imediata no atendimento com qualidade e segurança.

1. **PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Sua colaboração envolverá a validação de conteúdo e aparência do protótipo de aplicativo multimídia em plataforma móvel sobre o processo de identificação segura em serviço de emergência. Sua contribuição será formalizada por meio do manuseio da aplicação, avaliando o protótipo por meio de instrumentos que será enviada junto com *link* para *download* e/ou disponibilizados de forma impressa pelo pesquisador em local previamente estabelecido. Suas sugestões para aperfeiçoamento devem ser indicadas nos espaços reservados para esta finalidade.

Sabendo das inúmeras responsabilidades de sua vida profissional, todavia, considerando sua expertise e saberes práticos nesta área do conhecimento científico, sua participação é imprescindível para o engrandecimento deste estudo. Seguindo as orientações metodológicas, estipula-se um prazo de 10 dias para o julgamento do produto.

2. **RISCOS E DESCONFORTOS:** A presente pesquisa ocasionará riscos mínimos, podendo estar relacionados a possíveis constrangimentos durante a aplicação do

instrumento, desconforto emocional, identificação dos participantes, dificuldade ou desinteresse com a pesquisa. No entanto, estaremos dispostos a minimizá-los, esclarecendo a importância da pesquisa e destacando que a privacidade e o sigilo das informações contidas na pesquisa serão respeitados por todos os pesquisadores envolvidos, os dados serão exclusivamente para obtenção dos resultados da pesquisa, será concedido aos participantes da pesquisa, recusar ou deixar de participar a qualquer momento, sendo também permitida a retirada do termo de consentimento, seguindo as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com a realização do estudo é elaborar um vídeo educativo que proporcione suporte de cuidados para toda equipe multiprofissional, orientando-os às ações para serem seguidas no cuidado aos pacientes que busquem atendimento na unidade, proporcionando a gestão do cuidado com segurança e qualidade.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por suas avaliações serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais e avaliações ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum lugar dos(as) instrumentos, nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento, o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: **Cleide Maria Carneiro da Ibiapaba**

Endereço: Rua Antônio Drumond, 850, ap. 105, fone (85) 987908702

Se almejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

Rua Socorro Gomes, 190, bairro Guajiru, CEP: 60.843-070, Telefone (85) 3195-2767, Fortaleza, CE.

6. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) sr.(a) estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO (JUÍZES)

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento e fui devidamente esclarecido sobre os objetivos, métodos e condições éticas do estudo. Concordo em participar como juiz, validando o conteúdo, aparência e usabilidade por meio de um vídeo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do juiz

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PÚBLICO-ALVO

TÍTULO DA PESQUISA: CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA EDUCATIVA NO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Cleide Maria Carneiro da Ibiapaba

Prezado(a) Colaborador(a),

O(A) sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma roda de conversa que se propõe a desenvolver um estudo, que permita discutir ferramentas de qualidade que ajudem trabalhar as reduções de risco do paciente, quando busca atendimento em uma unidade de pronto atendimento, da entrada até a saída do paciente. Para desenvolver um vídeo educativo que auxilie ao gestor junto com a equipe multiprofissional nas intervenções e tomada de decisão imediata no atendimento com qualidade e segurança.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta roda de conversa pesquisa o(a) sr. (a) realizará o preenchimento do instrumento de caracterização dos juízes e o instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde - IVCES), (LEITE, 2018). Tendo como metodologia o Levantamento bibliográfico, considerando uma revisão de integrativa; descrever o fluxo do paciente dá entrada até a saída da unidade, passando por todas as etapas do processo. Construir um vídeo educativo interno para construção de um gerenciamento de risco, focando na probabilidade, gravidade, situação de controle, priorizando o gerenciamento dos riscos de maior impacto da vida do paciente junto aos juízes e público-alvo.

Lembramos que a sua participação é voluntária, o(a) sr.(a) tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado os(as) avaliações, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: A presente pesquisa ocasionará riscos mínimos, podendo estar relacionados a possíveis constrangimentos durante a aplicação do

instrumento, desconforto emocional, identificação dos participantes, dificuldade ou desinteresse com a pesquisa. No entanto, estaremos dispostos a minimizá-los, esclarecendo a importância da pesquisa e destacando que a privacidade e o sigilo das informações contidas na pesquisa serão respeitados por todos os pesquisadores envolvidos, os dados serão exclusivamente para obtenção dos resultados da pesquisa, será concedido aos participantes da pesquisa recusar ou deixar de participar a qualquer momento, sendo também permitida a retirada do termo de consentimento, seguindo as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes ainda serão orientados sobre o direito de desistência a qualquer momento e o respeito da garantia de sigilo da identidade, a fim de evitar constrangimentos.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com a realização do estudo é elaborar um vídeo educativo que proporcione suporte de cuidados para toda equipe multiprofissional, orientando-os as ações para serem seguidas no cuidado aos pacientes que busquem atendimento na unidade, proporcionando a gestão do cuidado com segurança e qualidade.

4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se o(a) sr.(a) precisar de alguma orientação, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que o(a) sr.(a) tem alguma coisa que necessite de tratamento,

5. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por suas avaliações serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais e avaliações ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum lugar dos(as) instrumentos, nem quando os resultados forem apresentados.

6. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: **Cleide Maria Carneiro da Ibiapaba**

Endereço: Rua Antônio Drumond 850, ap. 105, Monte Castelo

Telefone para contato: (85) 987908702

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar

Rua Socorro Gomes, 190

Bairro Guajiru, CEP: 60.843-070.

Telefone (85) 3195-2767, Fortaleza, CE.

7.RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8.CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) sr.(a) estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante Legal

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Eu, Cleide Maria Carneiro da Ibiapaba, Mestranda do Curso de Mestrado em Gestão em Saúde, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA EDUCATIVA NO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. O estudo tem como objetivos: Desenvolver um vídeo para prevenção de riscos relacionados à identificação do paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento seguindo a ferramenta da qualidade *FMEA*. Por reconhecimento de sua experiência profissional, o (a) senhor (a) foi escolhido (a) para emitir seu julgamento sobre o conteúdo desse instrumento.

Peço que avalie a pertinência do produto em concordância com o instrumento de avaliação do vídeo com ênfase no gerenciamento dos riscos que o paciente que busca um atendimento na unidade de pronto atendimento é submetido em relação a identificação. O instrumento encontra-se em anexo.

Peço-lhe também:

Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso deseje participar e a leitura inicial do projeto de pesquisa para melhor compreensão sobre o estudo em questão; comentários e sugestões sobre as habilidades e os cenários do instrumento. Assim, o senhor (a) poderá sugerir a inclusão, exclusão ou modificação, de qualquer item que achar pertinente.

Desde já, agradeço sua disponibilidade em compartilhar seu tempo na nossa pesquisa. Sua contribuição será valiosa para o alcance dos objetivos deste estudo. Estarei à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Cleide Maria Carneiro da Ibiapaba -Telefone: (85) 987908702

E-mail: cleidecarneiroibiapaba@gmail.com

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS

Data: ___/___/___

Parte 1 – Caracterização dos profissionais

Idade:

Gênero: () Masculino () Feminino () Outro _____

Tempo de atuação na UPA:

Turno de trabalho:

Setor onde prestar atendimento:

Recepção ()

Consultórios ()

Observação breve ()

Sala de sutura ()

Observação Infantil ()

Classificação de risco ()

Sala de medicação ()

Radiologia ()

Observação adulto ()

Sala vermelha ()

Parte 2 – Questões abertas e gravadas

- 1- No seu ponto de vista quais os problemas decorrentes de uma identificação errônea do paciente?
- 2- Quais as estratégias você sugere para uma identificação segura ao paciente?

APÊNDICE E – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO GUIA PELOS JUÍZES (ESPECIALISTAS) – SAM

Parte 1- IDENTIFICAÇÃO

1. Profissão: _____
2. Tempo de formação: _____
3. Cargo atual: _____
4. Tempo de trabalho no cargo atual: _____
5. Titulação: () Especialista () Mestrado () Doutorado
6. Tempo de Experiência em Cargo de Gestão: _____

Parte 2 – INSTRUÇÕES E AVALIAÇÃO

Assista atentamente o material do VÍDEO. Em seguida, analise de acordo com os critérios relacionados e assinale com um “X” na opção correspondente ao seu julgamento, conforme a legenda de valoração:

ANEXO A - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE - IVCES, (LEITE, 2018)

Nota: Valoração dos itens: 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente

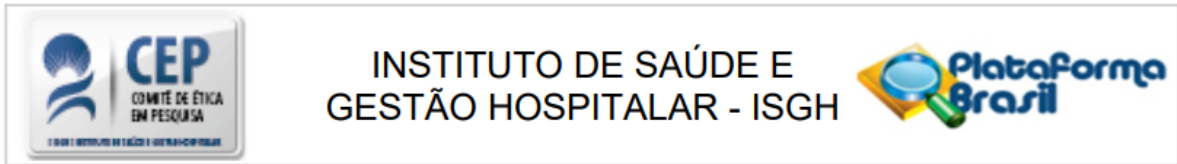
OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	0	1	2
1. Contempla tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	0	1	2
6. Linguagem adequada ao público-alvo			
7. Linguagem apropriada ao material educativo			
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo Educativo			
9. Informações corretas			
10. Informações objetivas			
11. Informações esclarecedoras			
12. Informações necessárias			
13. Sequência lógica das ideias			
14. Tema atual			
15. Tamanho do texto adequado			
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	0	1	2
16. Estimula o aprendizado			
17. Contribui para o conhecimento na área			
18. Desperta interesse pelo tema			

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA

Instrumento de validação de aparência de tecnologia educacional em saúde - IVATES

Itens	1	2	3	4	5
	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente
1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo.					
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.					
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.					
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.					
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.					
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção.					
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.					
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.					
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.					
10. As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo.					
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.					
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e					

atitudes do público-alvo.					
---------------------------	--	--	--	--	--



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA EDUCATIVA NO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Pesquisador: CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56356922.0.0000.5684

Instituição Proponente: INSTITUTO DE SAUDE E GESTÃO HOSPITALAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.351.351

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1906442.pdf) e Projeto detalhado (TRABALHO_DETALHADO.pdf).

"A pesquisa iniciará com o desenvolvimento de uma revisão integrativa, buscando levantamento bibliográfico, assim como a compreensão de sínteses já publicadas sobre a temática, relacionada a ferramenta da qualidade, FMEA focando na identificação do paciente, antes de qualquer cuidado, conforme o Programa Nacional de segurança do Paciente (PNSP). Este estudo tomará por base a proposta de criação de um vídeo educativo para os

trabalhadores de uma Unidade de Pronto Atendimento 24h, como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, controlistas de acesso, recepcionistas, auxiliares de laboratório, auxiliares de farmácia, técnicos de radiologia e copeiras, entre outros colaboradores da Unidade. O estudo será realizado em duas etapas. A primeira etapa do projeto será uma roda de conversa, onde os profissionais poderão abordar os perigos que os usuários venham a ter relacionados a identificação dos pacientes que procuram atendimento na Unidade. A segunda etapa consiste na criação de um vídeo baseado na ferramenta FMEA, após identificadas as falhas possíveis do processo, deverão ser definidas com grau de prioridade a probabilidade da ocorrência

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar

Bairro: Guajeru

CEP: 60.843-070

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3195-2766

E-mail: cep@isgh.org.br



Continuação do Parecer: 5.351.351

do risco, a gravidade de suas consequências, a frequência possível de ocorrência e o nível de dificuldade de detecção ao risco, com as devidas consequências. O estudo será realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h do Estado do Ceará, situada na Regional VI da cidade de Fortaleza. Os participantes serão recrutados mediante o contato prévio pessoalmente mediado pelo pesquisador, e serão informados sobre a realização da pesquisa e os objetivos do produto proposto. Critério de inclusão: Contratados da Organização Social vinculados por no mínimo 06 meses e ter atuação na área assistencial. Critério de exclusão: Funcionários recém contratados (menos de 06 meses) e Prestadores de serviços terceirizados, acadêmicos, sem vínculo empregatício. O roteiro da conversa será composto por questões semiestruturadas, para que os participantes relatem sua experiência e fatos que possam acontecer diante de determinadas situações, onde o grupo possa complementar com suas observações. Posteriormente finalizando as respostas para que possam analisar as opiniões dos juízes. Nesse estudo será feita validação de aparência, conteúdo e usabilidade. Será encaminhado para os juízes será encaminhado também via e-mail também: 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – juízes – TCLE (APÊNDICE A); 2. Instrumentos de validação – IVCES e IVATES (ANEXO B e C) e 3. Protótipo do vídeo (1ª versão do vídeo) em formato AVI ou MP4."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

- Construir um vídeo educativo com base na ferramenta da qualidade FMEA para redução de falhas no processo de identificação do paciente em uma UPA.

Objetivos Secundários:

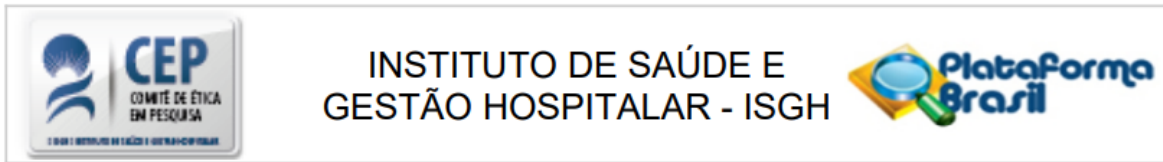
- Identificar evidências científicas na literatura e bancos de guias sobre prevenção de falhas na identificação do paciente em UPA.
- Averiguar as facilidades/dificuldades dos gestores de um Pronto Atendimento em instrumentalizar práticas para prevenção de riscos ao usuário.
- Analisar evidências de validade de conteúdo e aparência, e a usabilidade do vídeo a juízes especialistas e a gestores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

"Identificação dos participantes, desconforto e constrangimento. Maneira de minimizar as contribuições dos participantes serão mantidas em anonimato, onde em nenhum momento será posto nas folhas dos questionários os nomes dos mesmo. Após a coleta das informações, os

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar	CEP: 60.843-070
Bairro: Guajeru	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2766	E-mail: cep@isgh.org.br



Continuação do Parecer: 5.351.351

formulários serão mantidos sob guarda sigilosa da autora por um período de 05 anos (cinco anos) para assegurar a proteção dos dados. Caso os participantes recusem ou queiram deixar de participar a qualquer momento, sendo também permitida a retirada do Termo de Consentimento, seguindo as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para minimizar os riscos de desconforto ou constrangimento para os entrevistados no decorrer da pesquisa, o pesquisador esteve atento aos sinais verbais e não verbais."

BENEFÍCIOS

"Amparar gestores da unidade como uma ação necessária, para gerenciar melhor os riscos relacionados a identificação do paciente que impactam na assistência e conseqüentemente na qualidade e segurança do paciente. Os benefícios esperados com a realização do estudo é elaborar um vídeo educativo que proporcione suporte de cuidados para toda equipe multiprofissional, orientando-os às ações para serem seguidas no cuidado aos pacientes que busquem atendimento na unidade, proporcionando a gestão do cuidado com segurança e qualidade."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é uma pesquisa qualitativa para a produção e validação de um vídeo educativo sobre o processo de identificação dos pacientes em unidades de pronto atendimento. Será realizada revisão integrativa da literatura com aplicação da ferramenta FMEA, roda de conversa com os profissionais da unidade selecionada e que estavam adequados aos critérios de inclusão e validação do vídeo por juízes previamente selecionados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexados na Plataforma Brasil os documentos obrigatórios para execução da pesquisa.

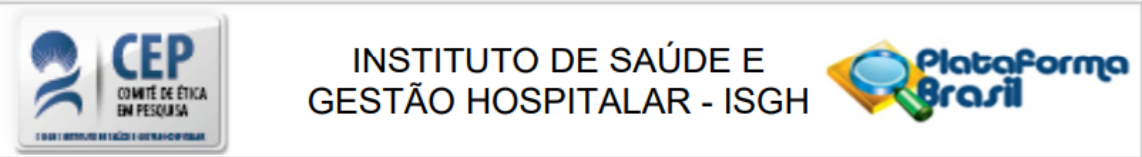
Recomendações:

- Recomenda-se a comunicação e registro de quaisquer alterações realizadas no protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa e instituição participante.
- Recomenda-se que ao término da pesquisa, o pesquisador realize a devolutiva dos resultados da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar ao Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa atende a Resolução 466/2012 CNS/MS e complementares estando de acordo com os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar	CEP: 60.843-070
Bairro: Guajeru	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2766	E-mail: cep@isgh.org.br



Continuação do Parecer: 5.351.351

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer da relatoria quanto à aprovação do projeto de pesquisa, visto atender a apresentação dos documentos obrigatórios e seguir os preceitos éticos. A pesquisa deve ser desenvolvida mediante delineamento do protocolo aprovado, informando efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o fluxo das normas da pesquisa. Emendas ou modificações ao protocolo devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética. Ao término da pesquisa, enviar relatório final para as Instituição participante e Comitê de Ética em Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1906442.pdf	29/03/2022 09:55:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TRABALHO_DETALHADO.pdf	29/03/2022 09:55:32	CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CIENCIA_PESQUISADOR.pdf	02/03/2022 14:28:32	CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuencialInstitucionalISGHUPA.pdf	02/03/2022 14:27:18	CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	02/03/2022 14:20:25	CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoCienciaUnidadeHospitalar.pdf	02/03/2022 14:19:30	CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoISGH.pdf	02/03/2022 13:49:58	CLEIDE MARIA CARNEIRO DA IBIAPABA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar
Bairro: Guajeru **CEP:** 60.843-070
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2766 **E-mail:** cep@isgh.org.br



Continuação do Parecer: 5.351.351

FORTALEZA, 14 de Abril de 2022

Assinado por:
Jamille Soares Moreira Alves
(Coordenador(a))