

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E
MEIO AMBIENTE**

MONIQUE DA CUNHA VICTER

**AUDITORIA CLÍNICA: UMA FERRAMENTA PARA O ALCANCE
DA EXCELÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE**

**VOLTA REDONDA
2024**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO
MEIO AMBIENTE**

**AUDITORIA CLÍNICA: UMA FERRAMENTA PARA O ALCANCE DA
EXCELÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Mestranda:
Monique da Cunha Victer

Orientador:
Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

**VOLTA REDONDA
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for entering cataloging data. It occupies the lower half of the page.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: Monique da Cunha Victor

AUDITORIA CLÍNICA: UMA FERRAMENTA PARA O ALCANCE DA EXCELÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Orientador:

Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

Banca Examinadora

Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

Prof. Dr. Adilson Pereira

Prof. Dr. Leonardo Sousa

Dedico a Deus por ser a base da minha progressão, por guiar minha vida e ter sua presença em todos os momentos. A minha filha Maria Cândida, a conquista mais importante da minha vida. A minha mãe, Eroildes, por acreditar em minhas escolhas, sempre ao meu lado nas horas mais difíceis da minha vida. A meu sobrinho Davi pela força e compreensão da minha ausência, em virtude de mais esse objetivo profissional. Aos meus amados irmãos, Thiago e Diego, por todo o apoio desde o começo desta trajetória. A querida Docinho, minha filha de quatro patas, por ficar ao meu lado em todas as madrugadas de estudo. E, em especial a memória do meu padrasto, Edson. Sua partida trágica e precoce, levou-me ao processo de investigação de erros nos setores da saúde, minha fonte de inspiração para realização de uma auditoria clínica por uma assistência correta ao paciente.

Agradeço a todos os docentes do MECSMA por todos os conhecimentos compartilhados, especialmente à querida Professora Dr^a Ilda Cecília (in memorian) e ao orientador, Professor Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira, pelo apoio incessante, pela amizade e pela rigorosa exigência por resultados positivos.

“Há três caminhos para o fracasso: não ensinar o que se sabe, não praticar o que se ensina, não perguntar o que se ignora.”

(São Beda)

RESUMO

A auditoria clínica é um método que visa avaliar e aprimorar o desempenho clínico, resultando na efetividade da qualidade no cuidado prestado ao paciente. Uma vez que, a auditoria clínica possibilita identificar as fragilidades nos processos administrativos e assistências de uma Instituição de Saúde. As fragilidades dos processos, assim como a ausência deles, desencadeiam erros nas Instituições de Saúde, estes erros são denominados os incidentes e/ou eventos adversos. Por meio dos incidentes e dos eventos adversos surgem os impactos negativos na qualidade assistencial e na segurança do paciente, no qual justifica a relevância deste estudo, cujo objetivo é ampliar o conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a segurança do paciente por intervenção da análise de uma auditoria clínica. O presente estudo apresenta uma abordagem conceitual sobre a esfera: auditoria – qualidade – segurança do paciente – acreditação em saúde, definida como aporte para a elaboração de um ebook interativo como produto educacional. Deste modo, trata-se de uma pesquisa de campo, documental, de abordagem exploratória, descritiva e de cunho qualiquantitativo. A avaliação qualiquantitativa foi realizada a partir da seleção de prontuários, delimitados por um determinado período e critérios pré-estabelecidos. Os prontuários foram analisados em caráter sistemático e individual para extração de casos clínicos e aplicabilidade de uma auditoria clínica, seguido de parâmetros da metodologia da Organização de Nacional de Acreditação. Esta pesquisa resultou na elaboração de um ebook interativo para instrumentalizar os profissionais enfermeiros acerca da segurança do paciente.

Palavras-chave: Auditoria Clínica; Segurança do Paciente; Gestão da Qualidade em Saúde; Eventos Adversos; Acreditação Hospitalar; Teoria da Aprendizagem Significativa.

ABSTRACT

Clinical audit is a method that aims to evaluate and improve clinical performance, resulting in effective quality of care provided to patients. Since, clinical audit makes it possible to identify weaknesses in the administrative processes and assistance of a Health Institution. Process weaknesses, as well as their absence, trigger errors in Health Institutions, these errors are called incidents and/or Adverse events. Through incidents and adverse events, negative impacts on the quality of care and patient safety arise, which justifies the relevance of this study, whose objective is to expand the knowledge of professional nurses about patient safety through the analysis of a clinical audit. The present study presents a conceptual approach to the sphere: audit – quality – patient safety – health accreditation, defined as a contribution to the development of an interactive ebook as an educational product. Therefore, it is a field, documentary research, with an exploratory, descriptive and qualitative-quantitative approach. The qualitative and quantitative assessment was carried out based on the selection of medical records, delimited by a certain period and pre-established criteria. The medical records were analyzed systematically and individually to extract clinical cases and the applicability of a clinical audit, followed by parameters of the National Accreditation Organization methodology. This research resulted in the creation of an interactive ebook capable of influencing and educating professional nurses about patient safety.

Keywords: Clinical Audit; Patient safety; Quality Management in Health; Adverse events; Hospital Accreditation; Meaningful Learning Theory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS	17
1.1.1 Objetivo Geral	17
1.1.2 Objetivos Específicos	17
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 AUDITORIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO	18
2.1.1 Auditoria em Saúde	19
2.1.2 Auditoria Clínica	23
2.2 ENFERMEIRO AUDITOR	25
2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE	28
2.3.1 Eventos Adversos	30
2.4 GESTÃO DA QUALIDADE	34
2.5 ACREDITAÇÃO EM SAÚDE.....	35
2.6 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NO ENSINO DE ENFERMAGEM	38
2.7 EBOOK COMO FERRAMENTA PARA O ENSINO.....	41
2.8 USO DE TECNOLOGIAS DIGITAIS, COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NO ENSINO.....	43
3 CAMINHO METODOLÓGICO	46
3.1 PERFIL DO ESTUDO.....	46
3.2 PÚBLICO-ALVO.....	47
3.3 ELABORAÇÃO DO PRODUTO EDUCACIONAL	47
3.3.1 Os Casos Clínicos	47
3.3.2 Confeção do ebook	48
3.4 CONTRIBUIÇÕES DO PRODUTO PARA A ÁREA DO ENSINO.....	54

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....	89

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Instruções para Navegar.....	52
FIGURA 2. Sumário.....	53
FIGURA 3. Capa do Ebook.....	54
FIGURA 4. Caso Clínico 1.....	57
FIGURA 5. Continuação – Caso Clínico 1	57
FIGURA 6. Continuação – Caso Clínico 1	58
FIGURA 7. Caso Clínico 2.....	59
FIGURA 8. Continuação – Caso Clínico 2	60
FIGURA 9. Continuação – Caso Clínico 2	60
FIGURA 10. Continuação – Caso Clínico 2	61
FIGURA 11. Continuação – Caso Clínico 2	61
FIGURA 12. Caso Clínico 3.....	62
FIGURA 13. Continuação – Caso Clínico 3	63
FIGURA 14. Continuação – Caso Clínico 3	63
FIGURA 15. Caso Clínico 4.....	64
FIGURA 16. Continuação – Caso Clínico 4	65
FIGURA 17. Caso Clínico 5.....	66
FIGURA 18. Continuação – Caso Clínico 5	66
FIGURA 19. Continuação – Caso Clínico 5	67
FIGURA 20. Caso Clínico 6.....	68
FIGURA 21. Continuação – Caso Clínico 6	69
FIGURA 22. Caso Clínico 7.....	70
FIGURA 23. Continuação - Caso Clínico 7.....	71

FIGURA 24. Continuação - Caso Clínico 7.....	72
FIGURA 25. Caso Clínico 8.....	73
FIGURA 26. Continuação - Caso Clínico 8.....	74
FIGURA 27. Continuação - Caso Clínico 8.....	75
FIGURA 28. Caso Clínico 9.....	76
FIGURA 29. Continuação - Caso Clínico 9.....	77
FIGURA 30. Continuação - Caso Clínico 9.....	77
FIGURA 31. Continuação - Caso Clínico 9.....	78
FIGURA 32. Caso Clínico 10.....	79
FIGURA 33. Continuação - Caso Clínico 10.....	80

APRESENTAÇÃO

Desde a adolescência, eu sonhava com uma carreira na área da saúde. Atuar no ambiente hospitalar era um objetivo para meu futuro profissional. Assim, no ano de 2008, finalizei o curso de bacharel em Enfermagem. No início do ano de 2009, iniciei a sonhada carreira profissional, idealizando em mudar o cenário da saúde por uma assistência melhor ao paciente, de modo mais afetivo e assertivo. Entretanto, o dia a dia de um enfermeiro não é uma tarefa aprazível, ao contrário, é extremamente conflituosa com diversos obstáculos dentro de um hospital. Obtive a percepção de que romantizara o cotidiano de um profissional enfermeiro.

Apesar de exaustivo, atuar na assistência com o paciente era sinônimo de realização profissional. Neste período, concluí minha primeira especialização em enfermagem pediátrica. Exercia a profissão como enfermeira em um Hospital Pediátrico e no centro cirúrgico de um Hospital Geral. Por questões políticas, em 2013 fui desligada do Hospital Pediátrico, permanecendo apenas no Hospital Geral. Lamentavelmente, esse período foi desanimador na minha carreira profissional.

Porém, como diz um aforismo popular, nada é tão ruim que não possa piorar. E foi assim que o destino traçou outros caminhos na minha jornada profissional. Por cumprir ordens superiores, também fui desligada do setor centro cirúrgico e designada a atuar na auditoria de contas hospitalares, permanecendo ainda no Hospital Geral.

Apesar de não possuir qualquer afeição pela área da auditoria nem conhecimento sobre essa área em saúde, iniciei os processos pertinentes à auditoria de contas, assim como, uma pós-graduação em auditoria em saúde. Durante a especialização, muitas amizades foram laçadas, amigos enfermeiros e médicos de diversas especializações, ou seja, uma grandiosa troca de conhecimento e aprendizagem.

No ano de 2015, especificamente no decorrer da última disciplina do curso de pós-graduação em auditoria, em que se abordava o tema acreditação em saúde, tive meu primeiro contato com a acreditação. Nesse momento, iniciei um processo de reencontro como profissional enfermeira, que foi notado pelo docente da disciplina. Assim, surgiu o convite para prosseguir com os estudos fazendo um MBA em acreditação em saúde.

Em 2017, finalizei o MBA em acreditação em saúde e adquiri muito conhecimento sobre a segurança do paciente, eventos adversos, as diversas gestões no ambiente hospitalar e a auditoria clínica. Principalmente, obtive a percepção da grandiosidade de uma acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil.

Em virtude da minha admiração pela ONA, no ano de 2021 me tornei avaliadora dessa entidade pelo Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), considerada a Instituição Acreditora que mais cresce no país. Um avaliador IBES, além de avaliar os processos das organizações de acordo com os padrões e requisitos da Metodologia ONA, também permanece em um processo de aprendizagem contínuo.

Nessa perspectiva, certamente meu fascínio é a auditoria clínica, pois possui uma influência direta na assistência segura e de qualidade ao paciente. Sua pauta é a aplicabilidade assertiva dos protocolos assistenciais, pontuando as fragilidades de modo educativo e estratégico para possíveis correções.

Concomitante ao ingresso na ONA e IBES, ainda no ano de 2021, ingressei no MECSMA, retomando assim, a sonhada carreira profissional por uma assistência melhor ao paciente. Porém, em outro ângulo, o de ensinar, transmitir conhecimento sobre a importância de uma assistência de qualidade ao paciente.

Entretanto, alguns percalços ocorreram no decorrer do mestrado, como a perda lastimável da Prof. Dr. Ilda Cecília, uma profissional ímpar, excelente professora e orientadora. Após sua partida, além de uma imensa tristeza, também obtive o sentimento de fracasso para proceder com a pesquisa, e já havia delimitado todo o escopo do produto educacional.

Porém, com todo o apoio e paciência do Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira, retomamos os estudos com a proposta de uma nova pesquisa. Reiniciamos todo o processo em que se deu a criação de um e-book interativo sobre a aplicabilidade da auditoria clínica em prontuários, como produto educacional.

1 INTRODUÇÃO

A palavra auditoria origina-se do latim *audire* que significa ouvir. No entanto, o termo pode ser mais bem explicado pela palavra da língua inglesa *audit*, o qual tem o sentido de examinar, corrigir e certificar. Pois é uma atividade especializada, dedicada ao exame de adequação, eficiência e eficácia de serviços que utilizam como instrumento o controle e a análise de registros (DIAS et al., 2011 e FABRO et al., 2021).

Na área da saúde, a auditoria tem ampliado seu campo de atuação. Em virtude ao crescimento da auditoria hospitalar, a enfermagem passou a atuar nesse campo, iniciando pela auditoria de contas médicas, e posteriormente estendendo para as áreas assistenciais, a fim de aprimorar os processos e corroborar com a segurança do paciente (OLIVEIRA JR; CARDOSO, 2017).

A auditoria em saúde dispõe de diversas especificidades, dentre elas encontra-se a Auditoria Clínica, de acordo com os autores Oliveira e Cardoso (2017) que propõem a verificação das práticas desenvolvidas e cuidados prestados em instituições de saúde que interferem na qualidade do atendimento, através de análises críticas quanto à eficácia da assistência prestada ao paciente.

A implementação de um programa de auditoria clínica propõe a avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente, não apenas no período de sua estadia hospitalar, mas também de modo retrospectivo. Estudos apontam que a análise de uma auditoria clínica, em prontuários de pacientes que obtiveram alta, permite a constatação de falhas, ou seja, possíveis incidentes e eventos adversos. Partindo deste ponto, segundo Cavalcanti (2021) a auditoria clínica atua nos planejamentos dos programas de educação interna aos profissionais, considerando as possíveis correções das falhas identificadas.

O profissional enfermeiro é um personagem importante frente à auditoria hospitalar, assim como a auditoria clínica, dado que a participação do enfermeiro como auditor e educador, confere o empoderamento a este profissional no ambiente hospitalar, afinal a função do enfermeiro não se resume apenas em supervisionar a equipe de enfermagem e exercer assistência ao paciente (OLIVEIRA JR; CARDOSO, 2017).

De fato, o profissional enfermeiro exerce a função de auditor em saúde, nas inúmeras especificações da auditoria, incluindo a auditoria clínica, bem como exerce o papel assistencial com responsabilidade baseado no Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem disposto na Resolução Cofen Nº 564/2017, que estabelece a Enfermagem como ciência, arte e prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde.

O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem sistematiza as responsabilidades destes profissionais, tendo como pauta o exercício à promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento, a atuação nos cuidados à pessoa, à família e à coletividade, assim como, a organização de ações e intervenções nos diversos ramos de sua atividade.

No entanto, também é possível encontrar este profissional nos níveis estratégicos, ou seja, inserido em contextos de acreditação, com a finalidade de proporcionar a padronização das técnicas e maior segurança da equipe nos processos de trabalho (CUNHA et al., 2021).

A ampliação no âmbito das ações dos enfermeiros, oportunizaram momentos de análise crítica sobre a prática interprofissional, as sugestões, as recomendações em relação às metas a serem alcançadas, tem revelado inconsistências nos registros em prontuários e nas práticas assistenciais, que levam a prejuízos tanto para a instituição de saúde, quanto para os usuários, ou seja, os pacientes. Peres (2018), aponta que durante o período de internação fica evidente que não estão garantidos a segurança do paciente.

A segurança do paciente é um tema que vem sendo amplamente discutido, em virtude de falhas nos diversos processos assistências, prejudicando a segurança dos pacientes e as Organizações de Saúde. Dentre os fatores que mais colocam em risco a segurança do paciente, destacam-se os Eventos Adversos. Neste contexto, o profissional enfermeiro busca estratégias sólidas para prestar o cuidado seguro, levando em consideração a análise dos erros como oportunidade de aprendizado e a valorização deste profissional através da educação continuada e da gestão de qualidade (SILVA et al., 2018).

A gestão da qualidade é pautada na eficiência operacional e administrativa, incluindo a satisfação dos clientes internos e externos, bem como a minimização dos riscos relacionados à prática assistencial. De acordo com os autores Cervilheri et al.,

(2020), para a auditoria clínica e a gestão da qualidade, alcançar um ambiente organizacional com ausência de incidentes e eventos adversos, ou seja, o mais próximo da excelência é sinônimo de adquirir a Acreditação.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

O presente trabalho tem como objetivo ampliar o conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a segurança do paciente por intervenção da análise de uma auditoria clínica.

1.1.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos temos:

- a) Aplicar auditoria clínica em prontuários para a identificação de práticas que evidenciem ações para segurança do paciente;
- b) Elaborar um ebook interativo com estratégias que garantam a segurança do paciente;
- c) Apresentar a acreditação em saúde na iminência primordial no processo da segurança do paciente.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 AUDITORIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

Etimologicamente, a palavra auditoria tem origem na língua latina, *audire*, que significa “ouvir”, porém, é mais bem descrita pela palavra *audit*, da língua inglesa, com entendimento de examinar, corrigir e certificar. A auditoria surgiu na área contábil em 2600 antes de Cristo na antiga Suméria, e posteriormente, surgiu nas províncias romanas no primeiro século depois de Cristo (FABRO et al., 2021).

Historicamente, não se tem evidenciado um registro preciso das primeiras utilizações dos procedimentos de auditoria pelos povos antigos, entretanto se constata que no antigo Egito, havia a necessidade de se ratificar as atividades praticadas nas grandes construções, assim como a verificação de registros de arrecadação de impostos. Outros povos, como os romanos, gregos, cretenses, sírios, babilônios e sumérios, realizavam registros das escriturações de patrimônios adquiridos ou já possuídos, considerando tais atos como práticas de auditoria (SOUZA et al., 2010).

No ano de 1756, com o surgimento da Revolução Industrial na Inglaterra e a expansão do capitalismo, a auditoria foi impelida pela necessidade de controlar lucros e conferir taxas tributárias nas fábricas, a assim contribuíram para a efetiva necessidade de utilização constante e aprimorada das atividades de auditoria, sendo uma das formas de se praticar a contabilidade, ou seja, a auditoria realizada como uma atividade necessária, entretanto como uma ramificação da contabilidade (SOUZA et al., 2010).

O desenvolvimento da auditoria contábil foi impulsionado pelo modo de produção capitalista, utilizada apenas como uma ferramenta de controle financeiro. Para autores desta área, isto amplia a compreensão da ação do auditor para além da simples verificação dos fatos, inserindo a noção do encaminhamento crítico dos resultados apurados (PINTO, KARINA; DE MELDO, CRISTINA., 2010).

Os diversos marcos na história da contabilidade vieram a contribuir direta ou indiretamente para o fortalecimento da auditoria, aumentando a importância da profissão do auditor como guardião da transparência das informações contábeis das organizações. No Brasil a primeira evidência concreta do trabalho de auditoria pode ser constatada no Decreto nº 2.935, de 16 de junho de 1862, em razão de determinar

a convocação dos auditores anualmente em assembleia ordinária, os quais teriam como função analisar e examinar as contas das empresas (SOUZA et al., 2010).

Diante da relevância e crescimento no ramo da auditoria, foi inserido no Brasil o decreto-lei 7.988 de 22 de setembro de 1945, que dispunha sobre o ensino de Ciências Econômicas e Contábeis e designava, no art. 3º, a inclusão de uma disciplina denominada Revisões e Perícia Contábil, onde futuramente denominou-se Auditoria. Entretanto, somente a partir de 1965, houve um progresso na criação de resoluções que tornavam a auditoria e o parecer dos auditores obrigatórios nas instituições dos Bancos de Investimentos, Bolsas de Valores, Sociedades corretoras e distribuidoras de Títulos e Valores Imobiliários (SOUZA, et al., 2010).

Para Gomes et al., (2009) diversas influências viabilizaram esse crescimento da auditoria no Brasil, incluindo também: filiais e subsidiárias de firmas do exterior; financiamento de empresas nacionais mediante entidades internacionais; crescimento de empresas nacionais e necessidade de descentralização e diversificação das atividades econômicas; evolução do mercado de capitais; fundação das normas de auditoria promulgadas pelo Banco Central do Brasil no ano de 1972; e a origem da Comissão de Valores Mobiliários e da Lei das Sociedades Anônimas em 1976.

Pressupõe que mediante todo o processo evolutivo da auditoria, as características de analisar e examinar são elementares, onde o enfoque passou a ser não apenas contábil, mas também na área da saúde, com o objetivo em avaliar a eficácia dos controles internos (SOUZA et al., 2010).

2.1.1 Auditoria em Saúde

Na área da saúde o primeiro registro de auditoria foi realizado no ano de 1918, nos Estados Unidos, pelo médico George Gray Ward. No ano de 1950, também nos Estados Unidos, surgiram os registros de auditoria na enfermagem através da ferramenta *Phaneuf's Nursing Audit*, aplicada de forma retrospectiva aos registros dos prontuários. Ambos os registros foram realizados para avaliar a qualidade do cuidado prestado ao paciente (FABRO et al., 2020).

No Brasil, a auditoria em saúde surgiu de modo incipiente somente na década de setenta. Desde então, tem-se ampliado cada vez mais a prática da auditoria, com

uma progressiva absorção na área da enfermagem, devido a significativa presença dos enfermeiros entre os profissionais que atuam nos serviços de auditoria em saúde (PINTO, KARINA; DE MELO, CRISTINA; 2010).

Entretanto, autores defendem que a auditoria em saúde foi instituída no Brasil em 1984, por meio da resolução 45 de 12 de julho, através do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), posteriormente chamado de Sistema de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS), onde reconheceu o profissional auditor na área da saúde. Outro marco importante ocorreu por meio da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, compondo a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com a função de coordenar a avaliação técnica e financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional (FERREIRA et al., 2020).

Nas organizações de saúde, a auditoria é considerada como uma ferramenta relevante na transformação dos processos de trabalho que integram tanto os hospitais quanto as operadoras de saúde, ambos buscam uma imensa reestruturação para manterem a qualidade do cuidado prestado e ao mesmo tempo garantirem uma posição competitiva no mercado de trabalho (DIAS et al., 2011).

Fabro et al., (2020) conceitua auditoria em saúde como o processo de avaliação sistematizada que visa o cumprimento de objetivos e metas propostas. Tendo como finalidade: analisar as conformidades dos respectivos dados relacionados aos serviços prestados; confecção de relatórios contemplando o diagnóstico sobre a instituição de saúde auditada. A fim de possibilitar melhores resultados, o contexto da auditoria em saúde visa melhorar a assistência prestada ao paciente, através da implementação de padrões com melhores práticas e evidências, além do processo educativo para o aprimoramento dos profissionais da saúde nas práticas assistenciais, incentivando a cultura reflexiva de revisão de processos assistenciais e gerenciais.

Desta forma, a auditoria em saúde é considerada um importante instrumento, tanto na esfera do sistema público quanto no sistema privado. Ao longo dos anos a auditoria vem se destacando como um instrumento para auxiliar o processo de gestão, com o planejamento, implementação e avaliação das ações e serviços de saúde. Acentua-se sua contribuição para o planejamento e prestação dos serviços de saúde, bem como na qualidade destes; associa-se concomitantemente a redução de custos, proporcionado apoio à gestão em saúde, tanto na perspectiva de qualidade assistencial quanto de abordagem financeira (FABRO et al., 2020).

Portanto, para a obtenção de resultados positivos, tanto na redução de custos, quanto na melhoria da qualidade, são necessários o cumprimento e padrões de excelência, que são eles: precisão e expertise na consolidação das auditorias; capacidade de apreciar a importância das auditorias pela gestão; escopo e conteúdo sucinto e objetivo; procedimentos claros e precisos na condução da auditoria; planejamentos eficientes, contemplando a periodicidade e áreas auditadas; motivação satisfatória dos avaliadores; cultura educativa e jamais punitiva; alta ênfase na eficácia das ações corretivas; rigorosa participação da alta gestão; resultados grandiosos e eficientes; perfil satisfatório/competentes dos auditores; facilidade de acesso aos setores e ampliação progressiva das auditorias (BOLEK et al., 2015).

Posto isto, é válido ressaltar que a auditoria em saúde é um apoio fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde, pois também pode ser considerada como uma metodologia eficiente para adquirir uma base de melhoria rápida, quantificável e transparente nos processos realizados (CADEDDU et al., 2017).

A classificação da auditoria em saúde possui diferentes modos, com enfoques diferenciados para o cumprimento dos objetivos, conforme o planejamento previamente definido e as etapas para a sua operacionalização. Dentre as especificações dos tipos de auditoria, destaca-se a auditoria retrospectiva, ou seja, realizada após o término da assistência prestada ao paciente, é executada para identificar possíveis falhas e acertos através de registros nos prontuários (FABRO et al., 2020).

Na perspectiva em promover melhorias na assistência prestada ao paciente, (FERREIRA et al., 2020), conceitua o prontuário como um recurso essencial para alcançar uma assistência de qualidade, visto que, é um documento legal onde centraliza todas as informações de saúde do paciente. Considerado como uma forma de comunicação contínua entre os profissionais, contemplando os registros diários de informações referentes aos atendimentos por toda a equipe saúde.

Os registros em prontuário do paciente são indispensáveis para auditoria, pois representam o principal meio de documentação e continuidade de informações sobre o paciente e ações entre os membros da equipe multiprofissional; constituem-se como elemento essencial para avaliação da qualidade dos serviços de saúde referente à adequação do cuidado e às normas da organização de saúde. Entretanto, um dos grandes entraves da

auditoria são as inconsistências e/ou ausência de informações e/ou de demonstração comprobatória no prontuário do paciente como garantia da assistência prestada, bem como, da continuidade do cuidado, constituindo-se em aspectos que fragilizam a confiabilidade quanto à assistência realizada; podem gerar prejuízos financeiros para a instituição e acarretar embaraços ético-legais, bem como, comprometer a qualificação do processo de assistência (FABRO, et al., 2020).

Posto isto, os registros e anotações inexistentes e/ou inadequados comprometem a verificação de aspectos legais, assim como, a análise da qualidade assistencial e segurança do paciente. Conseqüentemente, o processo de auditoria ainda é permeado por inúmeras fragilidades em virtude da inconsistência dos registros em prontuários pelos profissionais da saúde (FABRO et al., 2021).

Os registros de enfermagem são extremamente importantes em todo o contexto avaliativo da auditoria, pois é uma potente ferramenta para o levantamento de dados e informações acerca do atendimento prestado. Deste modo, a auditoria é capaz de evitar prejuízos na continuação do cuidado, intensificando sugestões de implantações de valores educacionais, através da educação continuada e promovendo a melhoria da qualidade na assistência ao paciente (PINTO et al., 2020).

Alguns autores Ferreira et al., (2020) afirmam que a incompletude e escassez de registros de enfermagem refletem a uma realidade lastimável. Aponta-se ainda, que os registros de enfermagem não devem ser vistos apenas como uma obrigatoriedade burocrática, pois é necessária a compreensão da significância destes registros para a realização de uma assistência segura ao paciente.

A implantação de ferramentas, ações, recursos, educação continuada dos profissionais e a adesão às melhores práticas são algumas das contribuições da auditoria para qualificar a assistência, promovendo um aumento significativo das conformidades às diretrizes, a credibilidade e o reconhecimento institucional pelos pacientes. Desta forma, a auditoria permite retratar a realidade da prática, onde fornece subsídios que apoiam a gestão no que concerne ao diagnóstico situacional, para embasar o planejamento de ações relacionadas à qualificação da assistência (FABRO et al., 2021).

Os relatórios da auditoria são altamente relevantes nos aspectos quantitativos e qualitativos à assistência. Pois os relatórios viabilizam uma análise qualitativa de informações, podendo ser utilizadas em processos de planejamento organizacional e da gestão do cuidado. Além de um importante desígnio nas melhorias dos processos

assistenciais, possibilitando serviços de saúde mais seguros e eficazes, incluindo a identificação de irregularidades inerentes à assistência (FABRO et al., 2020).

2.1.2 Auditoria Clínica

No final dos anos 80, a auditoria clínica foi inserida de forma sistemática como parte de programas de qualidade nos países desenvolvidos, tendo em pauta dois marcos fundamentais: focar nos indivíduos dos sistemas de atenção à saúde e criar um ambiente cultural de melhoria da eficácia clínica, com o propósito de otimizar os resultados clínicos. Neste sentido, a visão contemporânea de auditoria clínica distancia-se da equívoca definição voltada para o controle de recursos, unicamente nos aspectos contábeis e financeiros dos serviços de saúde (FONSECA et al., 2017).

A auditoria clínica é compreendida como uma forma de garantir a qualidade do cuidado prestado através de processo sistemático para avaliar o que está sendo realizado com o que foi estabelecido em termos de melhores práticas institucionais e levantar oportunidades de melhoria para atendimento aos pacientes. Ou seja, a auditoria clínica é um processo de melhoria da qualidade com foco no atendimento e resultados aos pacientes por meio de uma revisão sistemática do realizado na prática assistencial com os critérios explícitos estabelecidos (SANTOS et al., 2021).

Entretanto, a análise das evidências sobre a eficácia das auditorias não é consensual. Alguns autores afirmam que provavelmente o efeito da aplicabilidade de uma auditoria clínica sejam maiores em contextos nos quais a adesão à linha de base prática recomendada é baixa, por conseguinte, o *feedback* da auditoria é realizado de forma categórica e intensa (HARRIS et al., 2016).

Nesta relevância a auditoria clínica possui como finalidade principal a melhoria do cuidado ao paciente, assim como a melhoria dos resultados em saúde, sendo cruciais para a garantia da qualidade, ou seja, um avanço significativo no ramo da auditoria e na segurança do paciente. Os principais elementos da auditoria clínica são: a revisão sistemática de um procedimento em relação a um critério sólido, seguido de uma implementação de mudanças e posteriormente o monitoramento a fim de que se verifique que a melhoria implementada foi efetivamente realizada (GAMARRA, 2018).

Sabidamente, evidências indicam que existe uma lacuna entre os cuidados de saúde que os pacientes recebem na prática, com os cuidados realmente recomendados. Ocorrem-se intercorrências injustificadas na prática e principalmente nos resultados que não podem ser interpretados apenas pelas características dos pacientes. Neste seguimento, a auditoria clínica pode fornecer algumas medidas para a melhoria no desempenho da prática clínica dos profissionais (FLOTTORP et al., 2010).

Em comparativo com os outros tipos de auditoria, a auditoria clínica tem como vantagem a melhoria da qualidade dos serviços, a criação de conjunto de dados para permitir o processo de comparação, a promoção da prática esperada, as oportunidades para desenvolvimento da equipe assistencial, as melhorias na prestação da assistência e os desfechos para o paciente (SANTOS et al., 2021).

Conforme a literatura a realização de uma auditoria trata de um processo cíclico denominado de ciclo de auditoria clínica ou espiral, iniciando pelo levantamento dos tópicos que serão auditados e a viabilidade da auditoria. O foco do processo é sempre repercutir para melhoria da qualidade do serviço visando práticas a serem aprimoradas ou verificação de padrões de desempenho. E seguida são levantados os aspectos a serem incluídos na auditoria através de documentos ou parâmetros existentes (SANTOS et al., 2021).

Mediante ao relatório de uma auditoria clínica, as evidências de não conformidades e/ou irregularidades que envolvem a assistência, indicam aspectos com necessidades de correções, adequações e aperfeiçoamento. Seguindo neste contexto, o uso de protocolos clínicos auxilia a gestão a direcionar a conduta da prática e mensurar suas conformidades, potencializando um campo de análise da gestão para o serviço (FABRO et al., 2020).

Os protocolos clínicos possuem um papel fundamental no aprimoramento da assistência, visto que são baseados em dados e práticas científicas, além de intermediar na padronização administrativa e assistencial no tratamento do paciente e nas condutas dos profissionais envolvidos na assistência direta e indireta. Neste contexto, o processo de auditoria clínica é responsável por analisar a aplicabilidade assertiva dos protocolos estabelecidos nas instituições de saúde. Além disso, oportuniza mudanças em prol de uma melhoria contínua na segurança e qualidade do

atendimento ao paciente, tornando imprescindível a verificação das conformidades e não conformidades dos protocolos (SANTOS et al., 2021).

As principais etapas para o cumprimento de uma auditoria clínica são: seleção de tópicos; definição de padrões/critérios da auditoria; coleta e análise dos dados em relação aos padrões/critérios da auditoria; fornecimento de feedback dos resultados; discussão das possíveis alterações; implementação das mudanças acordadas; e a concordância de um tempo para que as alterações sejam incorporadas antes de um novo processo de auditoria clínica, possibilitando a verificação da efetividade das mudanças previamente acordadas (SANTOS et al., 2021).

Entretanto, a auditoria clínica detém de três enfoques principais, que são eles: a auditoria implícita que aplica a opinião de profissionais altamente qualificados para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita que analisa a atenção prestada partindo dos critérios previamente definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria de eventos-sentinela, ou seja, incidentes graves, são auditores denunciadores de falhas sistêmicas em um sistema de atenção à saúde, inserindo proposta de melhoria da qualidade de todo o sistema (FONSECA et al., 2017).

Os estudos evidenciam que a auditoria clínica não é apenas um exercício de coleta de dados, pois envolve a mensuração e análise do atendimento, assim como os resultados do paciente relacionados aos padrões previamente definidos pela auditoria clínica (SANTOS et al., 2021).

Um estudo ocorrido no ano de 2013, utilizando a auditoria clínica como ferramenta, evidenciou melhoria significativa nos setores assistenciais, como: alinhamento dos processos, busca ativa e constante para a correção dos itens não conformes e o refinamento dos itens em conformidade. Conseqüentemente, a auditoria clínica enriqueceu a interação entre a equipe assistencial e os auditores, com atuação de forma proativa e observação da evolução dos resultados pela equipe multiprofissional (LIMA et al., 2013).

2.2 ENFERMEIRO AUDITOR

A inglesa Florence Nightingale, conceituada como a primeira enfermeira profissional da história, já demonstrava a essencialidade da formalização dos relatos

observados de forma precisa e correta. Concretizando como uma das primeiras referências em relação ao registro de enfermagem em *Notes on Nursing* onde a principal finalidade é o registro de forma a identificar o estado geral do paciente (PINTO, et al., 2020).

Os registros de enfermagem configuram-se como um instrumento de enorme significância para a continuidade e finalização da assistência prestada ao paciente, pois serve como elemento de registro das ações do enfermeiro, bem como assegura o fornecimento de informações, sendo instrumentos essenciais para auditoria. Visto que a partir dos registros, anotações e evoluções são possíveis avaliar os cuidados prestados pela adoção de indicadores da qualidade, comumente desenvolvidos pelo enfermeiro auditor (PINTO et al., 2020).

É importante enfatizar que as atribuições do enfermeiro auditor não se restringe apenas na avaliação de prontuários, tornando diversas vezes este profissional como um mero tarefeiro, ou seja, um profissional sem análises críticas dos dados coletados. É fundamental que este profissional desenvolva habilidades técnicas, políticas e projetos estratégicos, por meio de trabalhos científicos e ensaios sobre o processo de trabalho nessa área (SILVA et al., 2012).

A auditoria em saúde desempenhada pelo profissional enfermeiro ainda é pouco difundida, discutida e aplicada em instituições de saúde e ensino. Para ocorrer o fortalecimento da auditoria em saúde realizada pelo enfermeiro é necessário que o papel do enfermeiro auditor seja bem fundamentado e que suas atribuições e direitos sejam defendidos por associações, para que outros profissionais do ramo da auditoria em saúde reconheçam a importância do enfermeiro auditor frente às instituições de saúde (OLIVEIRA JR; CARDOSO, 2017).

A Resolução COFEN Nº 720/2023, normatiza a atuação do Enfermeiro em Auditoria, onde o Enfermeiro Auditor deve possuir uma visão holística do processo assistencial, como qualidade de gestão clínica, qualidade de assistência por linha de cuidado e quântico-econômico-financeiro, tendo sempre em vista o bem-estar do ser humano enquanto paciente/cliente.

Diante deste contexto, o enfermeiro auditor é um profissional necessário dentro do ambiente hospitalar, mediante ao processo de análise dos registros e anotações no prontuário do paciente. Uma vez que não é incomum encontrar anotações incorretas ou escritas de forma incompreensível, causando erros na prática da

assistência ao paciente ou danos de cunho financeiro, gerando transtornos ao paciente e a toda a equipe de enfermagem, uma vez que as anotações garantem respaldo legal as atividades realizadas por estes profissionais (OLIVEIRA JR; CARDOSO, 2017).

A origem fiscalizatória do enfermeiro auditor mediante aos registros em prontuário teve início devido às necessidades administrativas das instituições de saúde. A presença do enfermeiro auditor na equipe de auditoria demonstra a importância de um profissional com conhecimento abrangente nas vertentes da qualidade assistencial e administrativa, assim como competência técnica científica (OLIVEIRA JR; CARDOSO, 2017).

O enfermeiro auditor desenvolve todas as atividades de sua qualificação na auditoria de acordo com aspectos técnicos, fundamentados nos princípios Constitucional, Legal, Técnico e Ético, considerando as Legislações vigentes do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Regional de Enfermagem, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e às Normas de Auditoria em Enfermagem (FERREIRA et al., 2017).

Nessa conjunção de conhecimento, compete ao enfermeiro auditor garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, proporcionando-lhe confiabilidade e segurança, mediante averiguação do que foi anotado no prontuário. Compete, ainda, efetuar levantamentos de custos assistenciais, elaborar provisão e adequação dos materiais utilizados, e conseqüentemente conferir a correta utilização/cobrança dos recursos técnicos, ou seja, todo o cuidado prestado à saúde financeira da instituição. Além disso, também compete ao enfermeiro auditor proporcionar educação permanente/continuada, interligando o conhecimento técnico científico, com as informações descritas no prontuário (PINTO et al., 2020).

No entanto, as instituições hospitalares têm prevalecido os interesses mercadológicos, institucionais e corporativos, resultando em espaços cerceadores da atuação virtuosa do enfermeiro. Pois a experiência de cuidar é considerada uma virtude do enfermeiro, haja vista que este profissional possui a capacidade de considerar as fragilidades e necessidades de saúde, integrando “indivíduo-sociedade-saúde-ambiente” (CARAM et al., 2019).

Sendo assim, faz-se necessário o aprimoramento de estratégias para aliar a sustentabilidade econômica à qualidade do serviço prestado, sendo importante alicerçar esse elo em bases sólidas de competência em prol da assistência de excelência, promovendo o protagonismo do enfermeiro, gerando qualidade e segurança no ambiente hospitalar (CARAM et al., 2019).

2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

O ambiente hospitalar apresenta inúmeros riscos à saúde dos pacientes, podendo agravar o estado geral de saúde. Consequente, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros são responsáveis pela identificação destes riscos, assim como, o restabelecimento de sua saúde. Todo o cuidado precisa ser realizado ao paciente sem causar dano, de modo a permear a integralidade da assistência e principalmente garantir a segurança do paciente (SILVA et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde dentro de uma aceitação mínima. Ademais, preceitos básicos são elencados para o atendimento qualificado, que são eles: eficácia, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade, equidade e, recentemente inserido o preceito segurança (OLIVEIRA et al., 2020).

A segurança do paciente é um compromisso ético do profissional de saúde, além de ser um direito do paciente, onde diversos autores definem como a redução de danos evitáveis durante o processo de cuidado à saúde. Pois o risco de consequências adversas ao paciente é inerente à complexidade dos cuidados à saúde (PERES et al., 2018).

Neste contexto, é importante recordar que no 2004 a Organização Mundial de Saúde criou o projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tendo como objetivo alertar para a melhoria da qualidade e segurança do paciente na assistência e o comprometimento político. O projeto também visa apoiar no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente (CALDANA et al., 2018).

Posteriormente, no ano de 2009 ocorreu outro marco importante para a segurança do paciente, a criação das seis metas internacionais de segurança do

paciente pela Organização Mundial de Saúde, que são elas: identificação correta do paciente; comunicação clara e efetiva; segurança na administração de medicamentos; maior segurança em cirurgias; diminuição dos riscos de infecção; e diminuição do risco de queda do paciente (SIMAN; BRITO, 2016).

Historicamente o Brasil assumiu o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente. Pois em abril de 2013, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, cujo objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente em todos os estabelecimentos de saúde em território nacional. Seguidamente, em julho de 2013 foi publicada a RDC nº 36/2013 que institui a obrigatoriedade para construção e implementação do Núcleo de Segurança do Paciente, com o objetivo de criar, envolver e implementar as práticas de segurança (MELLO et al., 2021).

É imprescindível que cada organização de saúde estruture seu Núcleo de Segurança do Paciente, como base de apoio aos profissionais de saúde, visando a consolidação de uma cultura de segurança, com proposta de remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a qualidade e a assistência à saúde (SILVA et al., 2018).

Neste tocante, a Organização Mundial de Saúde compreende a cultura de segurança do paciente como valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e coletivos, que demonstram o compromisso, o estilo e a proficiência da administração para o desenvolvimento de organização segura. Sendo fundamental o dimensionamento dos problemas das instituições como base para planejar e fortalecer ações direcionadas à promoção de atitudes proativas da equipe de saúde, com o objetivo em reduzir os erros evitáveis (LOPEZ et al., 2019).

Notoriamente o desenvolvimento de uma cultura de segurança é fundamental, e exige o engajamento de todos os profissionais envolvidos. O compromisso de melhoria deve ser contínuo e proveniente de todas as direções, promovendo estrutura física, humana e organizacional, garantindo a promoção da cultura de segurança do paciente (BARATTO et al., 2021).

É imprescindível a mensuração da cultura de segurança, que pode ser realizada através da ferramenta *Safety Attitudes Questionares* (SAQ), traduzido e

validado para a língua portuguesa. O SAQ detém de 41 questões dispostas em seis domínios, que focalizam as atitudes e percepções dos trabalhadores de diferentes serviços e equipes profissionais, viabilizando a possibilidade de comparações por meio de escore previamente definidos (BARATTO et al., 2021).

Embora a cultura de segurança seja um bem desejável onde envolve a cultura organizacional sistêmica, faz-se necessário a viabilização de práticas gerenciáveis, concisas, proativas, compartilhadas, sistêmicas e sistematizadas, como: planejamento, educação permanente, gerenciamento de riscos, implantação de protocolos assistenciais e principalmente, avaliação cíclica das estratégias implantadas, seguida de replanejamentos (OLIVEIRA et al., 2020).

Neste contexto, a segurança tornou-se componente essencial da qualidade do cuidado, dado que, a segurança do paciente depende da adoção de estratégias que visam evitar a ocorrência de eventos adversos. Pois a adoção de uma cultura de segurança, na qual os erros possam ser reconhecidos e evitados, incentivam uma prática assistencial mais segura (PERES et al., 2018).

2.3.1 Eventos Adversos

De acordo com a Teoria do Erro Humano, o erro é compreendido como um ato não intencional, de natureza humana, envolvendo todas as ocasiões em que as ações planejadas e executadas não atingem o resultado esperado. O erro é um fenômeno que se associa à realização de tarefas em sistemas complexos e pouco controlados (GAMA et al., 2022).

Para Peres et al., (2018) e de Mello et al., (2021) o erro é a falha na execução de uma ação planejada ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Incidente é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em um dano evitável ao paciente. Os incidentes são classificados em: circunstância notificável, quando há potencial significativo para o dano, porém o incidente não ocorre; *near miss*, que é o incidente que não atinge o paciente; incidente sem danos, sendo aquele que atinge o paciente, mas não causa prejuízo; evento adverso apresentado como aquele que resulta em danos ao paciente; e *never event*, segundo a Agência Nacional de

Vigilância Sanitária, é considerado um evento que nunca deveria ocorrer e deveria ser priorizado em serviços de saúde.

Os Eventos Adversos ainda são frequentes em organizações que prestam assistência à saúde. Frente a essa problematização, as instituições hospitalares estão investindo cada vez mais em iniciativas para promover a Segurança do Paciente e a qualidade na assistência. Após 15 anos da publicação do relatório Teoria do Erro Humano, o tema cultura de segurança persiste como fundamental ao sistema de saúde, por estar fortemente associado a melhores resultados da prática clínica (LOPEZ et al., 2020).

Na área da saúde, a ocorrência de erros repercute a imagem e confiabilidade da organização de saúde, aumenta os custos dos serviços de saúde e expõe ao risco a integridade física e emocional dos pacientes, podendo acarretar danos temporários, danos permanentes, e nos casos mais graves podendo ocorrer óbito ao paciente (GAMA et al., 2022).

Os erros representam uma triste realidade da assistência à saúde e com consequências para pacientes, profissionais e organização hospitalar, visto que ainda há uma elevada incidência de ocorrência de Eventos Adversos nos hospitais brasileiros (SIMAN; BRITO, 2016).

No Brasil, estudos relacionados aos impactos assistenciais e econômicos dos Eventos Adversos, evidenciaram que anualmente mais de um milhão de pacientes hospitalizados são acometidos por um incidente. Ademais, entre 100 mil e 450 mil óbitos estariam associados aos incidentes gerando um custo para a saúde entre R\$ 5 bilhões a R\$ 16 bilhões (MELLO et al., 2021).

Para os profissionais da saúde, o erro indica a vulnerabilidade no trabalho precarizado, a falta de preparo e depreciação profissional. No âmbito individual, a ocorrência de erros devido à inexperiência da equipe, formação recente e déficit no conhecimento. Já no âmbito sistêmico, a ocorrência de erros prevalece a precarização do trabalho, ausência de protocolos institucionais e baixa adesão, e a ausência de programas de educação continuada (GAMA et al., 2022).

Durante o período de internação no ambiente hospitalar, o paciente pode sofrer mais de um tipo de evento adverso evitável, ou seja, danos que podem ser evitados com ações voltadas para a prevenção. Desta forma, é extremamente importante o desenvolvimento de atividades de melhoria de qualidade nos hospitais, como por

exemplo a adoção de um plano de cuidado de enfermagem após a avaliação dos riscos e seus fatores predisponentes (SIMAN; BRITO, 2016).

A ausência de informações descritas em prontuário desencadeia o aumento de inconsistências entre o cuidado realizado e o processo de continuidade no cuidado ao paciente. A escassez de informações contribui progressivamente as notificações dos eventos adversos nas instituições de saúde (OLIVEIRA JR; CARDOSO, 2017).

Estudos apontam que os profissionais enfermeiros são os que mais notificam problemas relacionados com os produtos de saúde, medicamentos, protocolos assistenciais e processos administrativos. Os enfermeiros são mais propensos a relatar incidentes por conviverem mais tempo com os pacientes e estarem em maior número no hospital (SOUSA et al., 2017).

No que se refere as notificações direcionadas aos medicamentos, é válido enaltecer a avaliação da segurança aos medicamentos, pois não faltam exemplos de medicamentos retirados do mercado por problemas de segurança, depois de amplamente utilizados. Nenhum medicamento é isento de risco, por isso, é necessário prescrevê-los com critérios bem definidos e conhecer os seus efeitos (MARTINS et al., 2022).

A investigação das notificações dos eventos adversos nos serviços de saúde é considerada como uma atribuição do Núcleo de Segurança do Paciente, sendo esta, uma exigência a ser cumprida, considerando sua importância na identificação e rastreabilidade das falhas ocorridas, assim como a implantação de planos de ação para tratativa do evento adverso ocorrido e inserção de ações preventivas devido à possibilidade de uma possível recorrência (MELLO et al., 2021).

Para a realização do processo de investigação, estudos apontam a necessidade da formação de um time de investigação constituído de três a quatro profissionais. Estes profissionais deverão possuir habilidades complementares com vasto conhecimento relacionado à gestão da qualidade em saúde, além de conhecimento sobre os processos clínicos e ferramentas de investigação (MELLO et al., 2021).

De acordo com o manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 2017, o Protocolo de Londres é a ferramenta recomendada no processo de investigação de eventos adversos, viabilizando uma análise mais profunda e detalhada, podendo revelar uma série de condições latentes e oportunidades de melhorias nos processos.

O Protocolo de Londres detém de três importantes vertentes, que são elas: natureza e severidade das consequências para os pacientes e profissionais; consequências para a organização, e pelo potencial de aprendizado para os profissionais e para a organização (MELLO et al., 2021).

É importante ressaltar que a busca por culpados e a punição dos profissionais não têm impacto na redução dos erros e na implantação de estratégias para preveni-los. A cultura punitiva frente à ocorrência de erro é um tipo de abordagem que gera prejuízos na organização, gerando impacto negativo na cultura de notificação, ou seja, ocorrência de incidentes e eventos adversos não notificáveis por presença do sentimento de medo e culpa dos profissionais envolvidos (GAMA et al., 2022).

Acredita-se ainda, que esta visão altamente equivocada de que a notificação do evento adverso é uma prestação de contas, na qual resulta em subnotificação. A conscientização de que estes eventos devam ser informados, ou seja, notificados aos gestores do serviço de saúde afim de que medidas de gerenciamento de risco possam ser realizadas. Pois o ato de notificar contribui significativamente para a formação de uma cultura voltada para a segurança do paciente, uma vez que reforça a confiança da organização em seus colaboradores (SOUSA et al., 2017).

A atuação dos profissionais que investigam eventos adversos é uma forte estratégia da organização, fazendo parte do planejamento estratégico da instituição e fortalecendo a identidade organizacional. Neste contexto, o enfermeiro possui uma posição estratégica e extremamente relevante, com a missão de garantir a segurança do paciente através da identificação de fatores contribuintes, das falhas no cuidado, e, posteriormente, a implementação de melhorias no sistema de saúde (MELLO et al., 2021).

Desta forma, a cultura de segurança e a contínua promoção de um ambiente hospitalar seguro são regidos pelo departamento de gestão da qualidade, responsável pelo processo de capacitação da equipe multiprofissional e liderança, onde todos deverão adquirir o comprometimento com as políticas institucionais. Inteirando com a essencialidade da cultura de notificação de incidentes, eventos adversos e quase erros, permitindo a identificação e correção de problemas nos processos administrativos e assistenciais de uma Instituição de Saúde (FONSECA et al., 2017).

2.4 GESTÃO DA QUALIDADE

O conceito de qualidade em saúde não é simples e unívoco, e sim extremamente complexo e polivalente. Uma vez que a qualidade é um sistema de melhoria contínua, com ênfase nos processos e nas pessoas, definido por princípios, ideias e crenças que buscam a satisfação do cliente, dos trabalhadores, dos fornecedores e dos acionistas de uma instituição (ALVES; BENITO, 2013).

A definição da qualidade na saúde é um desafio em virtude de sua peculiaridade, uma vez que legitimada pelos consumidores/usuários, pela conceituação do que se entende por cuidado qualificado tende a ser social e historicamente mutável. No entanto, o uso otimizado de recursos, a satisfação dos clientes internos e externos e a redução de riscos associados ao cuidado, têm sido aceitos como a égide do entendimento de qualidade em saúde (OLIVEIRA et al., 2020).

A conceituação de qualidade em saúde é definida como uma relação direta entre os prestadores de serviços e pacientes, que permeia todos os processos da atividade das organizações, tornando um objetivo conjunto de todos os envolvidos. Desta maneira, a responsabilização dos profissionais de enfermagem ao prestarem o serviço assistencial com qualidade convalida a fidedignidade da qualidade em sua abrangência na instituição (CERVILHERI et al., 2020).

Na área da saúde, a qualidade é caracterizada por processos contínuos que envolvem tomadas de decisões, com práticas baseadas em evidências científicas para a execução de um trabalho, ancorado em contextos sólidos, fundamentados e de cunho científico, garantindo um resultado sistemático e organizado (OLIVEIRA JR; CARDOSO, 2017).

De acordo com Cervilheri et al., (2020) para melhor compreensão da qualidade em saúde, são necessários métodos avaliativos como ferramenta gerencial no controle e avanço de melhorias dos serviços.

No entanto, a ausência de estudos nacionais comprova o distanciamento presente dos gestores e de todas as categorias profissionais na área da saúde. Essa ausência pode estar relacionada à falta de consolidação de uma cultura de avaliação, sendo esta, incentivada nos modelos de gestão focados na qualidade dos serviços de saúde e em suas ferramentas (CALDANA et al., 2018).

Por outro lado, a ocorrência da busca incessante pela melhoria da qualidade nos serviços de saúde é o caminho para as instituições no enfretamento pela permanência no mercado competitivo e que valorizem o atendimento de excelência. Desta forma, os hospitais procuram novos modelos assistenciais e outras formas de gestão a fim de garantir a melhoria da qualidade do serviço oferecido (BRAGA et al., 2018).

Para estabelecer as oportunidades de expandir a criação de estratégias de monitoramento e avaliação pela gestão da qualidade, a utilização de recursos como capacitações, feedbacks e implementação de diretrizes/protocolos são fundamentais. Compete a gestão da qualidade a adoção de estratégias e instrumentos que direcionem os serviços para favorecer o alcance da qualidade na assistência prestada ao paciente e excelência desejáveis da alta gestão (FABRO et al., 2020).

O reconhecimento da qualidade da assistência permeia por três dimensões, primeiramente a segurança do paciente que está associada ao gerenciamento de riscos com mitigação das ameaças relacionadas ao cuidado. Posteriormente, a experiência do paciente que está relacionada ao atendimento recebido, e seguidamente a eficácia do atendimento, onde possibilita a avaliação se os profissionais estão realizando as condutas e práticas referenciadas em protocolos de maneira correta para alcançar os objetivos esperados (SANTOS et al., 2021).

Portanto, a gestão da qualidade na área da saúde atua na redução de incidentes e eventos adversos, na segurança e eficácia da assistência ao paciente. A área de concentração da qualidade em saúde abrange importantes dimensões, como: aceitabilidade, adequação, efetividade, eficácia, eficiência, equidade, integralidade e legitimidade. Todas essas dimensões são consideradas no processo de acreditação (FABRO et al., 2020).

2.5 ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

As organizações de saúde empenham-se cada vez mais pelo alcance de melhorias na qualidade, segurança e sustentabilidade. Nesta vertente, os serviços de saúde procuram estratégias gerenciais no intuito de viabilizar o aperfeiçoamento dos serviços prestados, outro fator contribuinte pelo empenho é a concorrência no

mercado financeiro, a alta competitividade na área da saúde. Neste contexto, as Certificações de Acreditação ganham espaço por serem processos com foco em avaliar, monitorar e certificar instituições que queiram qualificar-se (RHODEN et al., 2022).

O termo Acreditação Hospitalar originou-se na *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), nos Estados Unidos. No contexto hospitalar, a acreditação está presente desde os anos 50 nos Estados Unidos e Canadá, através da transferência do programa *Hospital Standardization* do *American College of Surgeons* (ACS) para a JCAHO. No ano de 1953, a ACS publicou um manual chamado *The Standards for Hospital Accreditation* com o propósito de difundir o conceito de qualidade hospitalar (CALDANA et al., 2018).

No Brasil, a cultura da qualidade foi instituída no ano de 1999, com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Contudo, para iniciar o processo de implantação da metodologia de acreditação nacional e/ou internacional são indispensáveis o planejamento estratégico, a atualização de documentos, normas e rotinas para melhoria contínua, dentre outras pontuações (CARAM et al., 2019).

A Metodologia de acreditação da ONA é voltada para estimular o aprimoramento contínuo dentro de um processo de aprendizagem com três níveis e suas características. Nível 1, denominado como Acreditado, tem como princípio a segurança do paciente em todas as áreas, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Nível 2, denominado como Acreditado Pleno, visa além dos critérios de segurança, pois apresenta o foco na gestão integrada. E, o nível 3, denominado com Acreditado com Excelência, configura-se a partir do princípio de excelência e gestão, atendendo aos requisitos dos níveis anteriores, contemplando cultura organizacional de melhoria contínua e indicadores para avaliação de resultados (CUNHA et al; 2021).

A acreditação é definida como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde prestados, sendo voluntário, periódico e reservado. Nas experiências brasileiras e internacionais é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e atualização da sua metodologia, sendo que seus princípios possuem caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade fiscalizatória, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e processos legais de Estado (ALVES; BENITO, 2013).

O processo de Acreditação é amplamente conhecido como um sistema de gestão da qualidade, onde alavanca a visão estratégica das instituições, incluindo aspectos de marketing e incremento gerencial em diversas esferas organizacionais. Entretanto, o processo de Acreditação não é simples, porém de grande significância para uma instituição de saúde, colaboradores e usuários do serviço, pois promove assertividade nas tomadas de decisões, no monitoramento e contribui na elaboração de estratégias para a implantação de melhorias nos serviços de saúde (BRAGA et al., 2018).

Conforme o Manual Brasileiro de Acreditação (2021), o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) é composto pela ONA, sendo definido como o conjunto de estruturas, processos e instituições que têm por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil. Portanto, possui como finalidade a normatização, a coordenação e a implementação do processo de acreditação nas organizações, serviços e programas de saúde, por meio das Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs), que por sua vez possui a função de executar as atividades do processo de acreditação e pelas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) públicas e privadas certificadas pelo SBA/ONA.

Na jornada da Acreditação, diversas estratégias devem ser adotadas para o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar, principalmente as lideranças, visto que são constantemente desafiadas por uma gestão mais complexa. Os profissionais líderes são considerados figuras multiplicadoras do processo de Acreditação (BRAGA et al., 2018).

A dedicação para o alcance de resultados positivos em um processo de Acreditação depende do empenho de todos os profissionais envolvidos. No entanto, os profissionais enfermeiros têm demonstrado melhor desenvoltura neste processo, sendo identificado como o autor principal em busca da Acreditação, atuando nas áreas assistenciais, administrativas e educativas (RHODEN et al., 2022).

A responsabilidade do enfermeiro em contextos de Acreditação é realizada com a finalidade de proporcionar a padronização das técnicas e maior segurança da equipe nos processos de trabalho. Sabidamente, esses profissionais assistem o paciente durante as 24 horas do dia, todos os dias, de maneira ininterrupta, além disso, possui ligação direta com as ações multiprofissionais, estratégias e modelos operacionais.

Porém, é válido enfatizar que toda a equipe multidisciplinar deve estar engajada na Acreditação Hospitalar (CUNHA et al., 2021).

Os gestores e profissionais da saúde reconhecem que a Acreditação acarreta mudanças positivas em todos os aspectos de uma instituição, como: padronização e mapeamento de processos assistenciais; incremento da estrutura física e da organização do trabalho; melhorias na gestão dos custos hospitalares; posicionamento de visão estratégica no mercado; inclusão de liderança participativa, além de outros processos que beneficiam a instituição, os colaboradores e os pacientes (BRAGA et al., 2018).

Ante o exposto, a acreditação favorece a cultura de segurança diante da menção de ações direcionadas aos processos de melhoria, conseqüentemente promove uma cultura de qualidade no cuidado seguro ao paciente, ademais, contribui com a diminuição dos índices de incidentes e eventos adversos. Os resultados assistenciais e organizacionais, ambos efetivos e relacionados ao processo de acreditação, propiciam um ambiente seguro e humanizado nas organizações de saúde (OLIVEIRA et al., 2020).

2.6 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NO ENSINO DE ENFERMAGEM

O processo de ensino representa o instante em que um indivíduo, intencionalmente, colabora para outro indivíduo aprender algo. Contudo, o conhecimento individual não é um objeto concreto, e sim um conjunto de representações mentais construídas a partir da dinâmica interpretativa que o indivíduo do saber estabelece com os objetos do mundo que percebe. Dessa forma, o ato de ensinar e de aprender é mediado por diferentes representações sobre um mesmo conhecimento: a do docente, a do discente e a do material de ensino (AGRA et al., 2019).

Partindo deste ponto, a aprendizagem é significativa quando os conhecimentos passam a dar sentido ao saber e à prática para quem aprende. A Teoria da Aprendizagem Significativa foi desenvolvida pelo psicólogo David Ausubel, que se sobrepôs nas áreas de psicologia do desenvolvimento, psicologia educacional, psicopatologia e desenvolvimento do ego. Ausubel nasceu no ano de 1918 na cidade

de Nova York, se aposentou no ano de 1994, no entanto, pensou e escreveu até o fim da vida, no ano de 2004 (SOUSA et al., 2015).

Para Ausubel, o conceito de Aprendizagem Significativa é como um processo de obtenção de novos conhecimentos, a partir do qual concebe o significado como resultado deste processo. E, o significado é um produto fenomenológico do processo de aprendizagem, onde se converte em conteúdo cognitivo, diferenciado para um determinado indivíduo. Desta forma, quando a aprendizagem é significativa, novos significados apresentam-se hierarquizados, visto que algumas subsunções são mais gerais, inclusivas e organizadas do que outras, porque o discente apresenta na sua estrutura cognitiva aspectos relevantes e específicos para a aprendizagem de uma nova informação (AGRA et al., 2019).

Nesta lógica, onde retrata a aprendizagem como uma estratégia promissora em situação formal de ensino, a qual consiste na interação não arbitrária e não literal de novos conhecimentos com conhecimentos prévios relevantes. Ausubel defende a ideia de que o ponto central da reflexão é que, dentre todos os fatores que influenciam a aprendizagem, o mais importante é o que o aluno previamente sabe, sendo considerado como ponto de partida (AGRA et al., 2019).

Este conhecimento já existente, Ausubel denomina como subsunçor ou ideia-âncora. O subsunçor pode ter maior ou menor estabilidade cognitiva, podendo estar diferenciado, ou seja, mais ou menos elaborado em termos de significados. Desta forma, o processo é interativo, quando este subsunçor serve para a aquisição de um novo conhecimento, modificando-se e adquirindo novos significados, e corroborando significados já existentes (MOREIRA, 2011).

Evidencia-se ainda que, no âmbito da teoria da aprendizagem significativa de Ausubel, os subsunçores podem se apresentar hierarquicamente subordinados a outros subsunçores. No entanto, essa ordem pode mudar, caso ocorra uma aprendizagem superordenada, na qual um novo subsunçor passa a incorporar outros (MOREIRA, 2011).

O fato de ensinar e investigar requer atenção à situação de ensino, aos elementos que a fundamentam e ao papel da Teoria da Aprendizagem Significativa como um referencial de suporte para os profissionais da conjuntura educativa, pois define o significado de aprendizagem, situa a aprendizagem significativa como

finalidade do processo educativo, indica as condições necessárias para a sua ocorrência e os princípios programáticos que a favorecem (LEMOS, 2011).

Estudos em Educação em Saúde, principalmente na área da enfermagem, evidenciam que a Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel vem sendo utilizada, em especial na condição de ciência do cuidado, a fim de elevar a qualidade do ensino, atribuindo novos significados na forma de pensar, agir e educar na dinâmica docente-discente no processo de aprender (AGRA et al., 2019).

Alguns autores, Sousa et al., (2015) afirmam que estudiosos da Teoria da Aprendizagem Significativa, propuseram um sistema para viabilizar este planejamento e a implementação desta teoria no ensino, como um processo facilitador. O primeiro passo é delimitar o tema específico que será abordado, com identificação dos conceitos e as relações hierárquicas entre eles.

O segundo passo é a criação de situações para o aprendiz, de modo que o docente consiga conduzir o discente a exteriorizar o seu conhecimento prévio com métodos que estimule a participação do aprendiz. Na enfermagem, esta fase é facilmente atingível, principalmente quando o conteúdo a ser abordado envolve o cuidado com o ser enfermo ou a prevenção de doenças, visto que o corpo discente já possui o conhecimento sobre a fisiopatologia (SOUSA et al., 2015).

O terceiro passo consiste na proposição de situações, problemas iniciais no nível introdutório. Pois, com base no conhecimento prévio do discente, as propostas de situações e problemas prepara o aprendiz para a introdução do conhecimento. Já o quarto passo é a apresentação do conhecimento que deve ser ensinado e aprendido, nesta fase, o material utilizado é considerado com um ancoradouro antes de o aprendiz ser confrontado com um novo material. A forma em aprendizagem significativa vai se configurando, novos conceitos são assimilados, elaborados, desenvolvidos e diferenciados como uma reconciliação integrativa (SOUSA et al., 2015).

Quanto o quinto passo, é representado pela continuidade à apresentação do conhecimento, porém em um nível mais complexo promovendo a reconciliação integrativa, destacando diversidade de exemplos e possíveis experiências práticas, lembrando que esta fase poderá repetir em diversos momentos, pois dependerá da extensão do conteúdo trabalhado. No que se refere ao sexto passo, é marcado pela conclusão da unidade, de modo que o discente possa desenvolver atividade

colaborativas através da continuidade do processo de diferenciação progressiva e da reconciliação integrativa (SOUSA et al., 2015).

No sétimo e último passo, é onde ocorre o processo de avaliação. De acordo com Ausubel, a avaliação baseada na aprendizagem significativa é propor ao aprendiz uma nova situação, onde exija a transformação do conhecimento adquirido. Na área da Enfermagem, a avaliação baseada em situações reais como casos clínicos e simulações, enriquecem o processo de ensino aprendizagem, pois possibilita uma situação mais próxima da realidade profissional (SOUSA et al., 2015).

Um aspecto relevante para Ausubel é a ênfase sobre a importância de o discente querer aprender, assim como, as metodologias ativas que favorecem o maior envolvimento com a aprendizagem. O alcance da aprendizagem significativa, considera o discente como o autor de seu próprio conhecimento, visto que a área da Enfermagem necessita de profissionais capacitados, que compreendam o saber de cuidar com conhecimento, ética, compromisso, amor e responsabilidade (SOUSA et al., 2015).

2.7 EBOOK COMO FERRAMENTA PARA O ENSINO

O *ebook* surgiu na década de 1970 como uma das primeiras manifestações da cultura livresca na *internet*, sua origem coincide com o surgimento do Projeto Gutenberg, criado no ano de 1971 por Michael Stern Hart (MIRANDA, 2013).

O Projeto Gutenberg é considerado como pioneiro na transição do impresso ao digital, onde Michael Stern Hart criou uma coleção eletrônica que abrangeu todos os tipos de livros e que atingiu um público imensamente diversificado, pois percebeu-se que “a maior valência criada pelos computadores não seria a computação e o armazenamento, a recuperação e a pesquisa daquilo que estava armazenado nas nossas bibliotecas”. Desta forma, o Projeto Gutenberg é considerado a biblioteca digital mais antiga do mundo (COUTINHO; PESTANA, 2015).

O termo *ebook* é simplesmente a abreviatura de *eletronic book* (livro eletrônico), definido pela Association of American Publishers como “uma Obra Literária sob a forma de objeto digital, consistindo em um ou mais *standards* de identificação,

mediata, e um corpo de conteúdo monográfico, destinado a ser publicado ou acessado eletronicamente” (MIRANDA, 2013).

Com a crescente utilização da internet no Brasil, assim como a inserção de livros eletrônicos, alguns estudos apontam que a leitura de livros eletrônicos é abrangente, não sendo uma atividade exercida apenas por pessoas jovens, pois os livros eletrônicos também são utilizados pela classe de pessoas idosas, entretanto com uma proporção menor (DADICO, 2017).

Os *ebooks* podem ser elaborados sem um correspondente impresso, ou seja, pode ser produzido totalmente por meio digital. Por se tratar de conteúdos disponíveis apenas por meio digital, também podem conter recursos hipertextuais ou multimídias. Uma vez que, o *ebook* é caracterizado por um conjunto de dados, onde necessita de uma interface gráfica, um *software* e um *hardware*, quanto de uma fonte de energia para que possa ser acessado pelo leitor (MIRANDA, 2013).

Autores afirmam que, com o surgimento desta nova geração de livros eletrônicos, propicia a experiências de aprendizagem mais interativas. Os “*ebooks*” em sua terminologia anglo-saxônica podem também transformar a leitura passiva em uma aprendizagem satisfatória e dinâmica (BIDARRA; LIMA, 2019).

O processo de aprendizagem com *ebooks* interativos alocados em plataformas móveis é uma possibilidade cada vez mais atraente em comparabilidade com a educação tradicional baseada em livros físicos didáticos. Pois a utilização de dispositivos de leitura digital promove novas práticas de literacia e principalmente amplia as conexões entre texto e outros recursos didáticos (BIDARRA; LIMA, 2019).

É importante enfatizar que a definição de um *ebook* não possui semelhança com o livro impresso, pois o *ebook* pode ser visto como uma variação do suporte do livro impresso. Fundamentalmente, o *ebook* não se apresenta como um concorrente do livro impresso, e sim como uma oportunidade de aproximação da cultura livresca, visto que as necessidades de acesso rápido à informação e de interação com o conteúdo se fazem cada vez mais presentes nos dias de hoje (MIRANDA, 2013).

Um benefício pontuado sobre a utilização de *ebooks* como ferramenta no processo de aprendizagem é a ausência de limitação geográfica. Dado que, o acesso aos *ebooks* são realizados através de dispositivos móveis, por exemplo: *smartphones*, *tablets*, *notebooks*. Estes dispositivos móveis incentivam a aprendizagem por meio da

sua facilidade de acesso à informação, e essencialmente a capacidade em transportar e gerir conteúdos diversificados (BIDARRA; LIMA, 2019).

Simultaneamente com o aumento pelo consumo de *tablets* também se registra um aumento de consumo pelos *ebooks*, lembrando que o computador começou a perder o protagonismo no mercado, pois o *tablet* e os *smartphones* assumiram tal representatividade no mercado. No Brasil, estima-se que no ano de 2013, havia aproximadamente 9,5 milhões de leitores de *ebooks* (COUTINHO; PESTANA, 2015).

Este aumento significativo é resultante das diversas vantagens que os *ebooks* apresentam em comparação com livro físico, visto que podem ser atualizados frequentemente. Por intermédio de um *ebook*, o docente poderá elaborar seu próprio *ebook* em conformidade com as suas necessidades individuais, delimitando suas especificidades. Diversas ferramentas podem ser incorporadas no *ebook*, como: efeitos sonoros, imagens, vídeos, ligações de hipertexto, dentre outros recursos, criando oportunidades de aprendizagens enriquecedoras e diversificadas (BIDARRA; LIMA, 2019).

Os *ebooks* representam uma importante estratégia na área da saúde, dado que propõe melhoria no quesito aprendizagem. Desta forma, têm sido utilizados como ferramenta para influir no aprimoramento ao conhecimento em diversos conteúdos direcionados a área da saúde. A elaboração de *ebooks* produzidos por profissionais da saúde, possuem orientações e ensinamentos altamente eficazes na linha de autocuidado com a saúde, adesão e tratamento a patologia, promoção em saúde, prevenção de doenças e principalmente a proposição de análises críticas voltadas as políticas institucionais, protocolos administrativos e assistências, assim como, resultados mensurados da qualidade assistencial ao paciente (MELO et al., 2022).

2.8 USO DE TECNOLOGIAS DIGITAIS, COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NO ENSINO

A evolução da internet tem provocado inúmeras alterações significativas, dentre elas encontra-se a Educação, modificando a maneira de educar e de aprender. As Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDICs) estão sendo responsáveis pela reconfiguração deste processo, no qual os indivíduos encontram-

se integrados e interagindo no ciberespaço, uma comunicação aberta pela interconexão dos computadores, *notebooks*, *tablets* e *smartphones* (GROSSI et al., 2018).

Para Bidarra; Lima, (2019) o processo de aceleração de novas tecnologias e a convergência de vários meios digitais, novas formas de comunicação e informação são acrescidas do âmbito da educação, e possíveis receios e expectativas são refletidos, devido a imersão do uso de inúmeras tecnologias.

Diversos conceitos estão relacionados com o avanço da internet e das novas tecnologias digitais, estes conceitos são considerados características fundamentais na construção do conhecimento, que são eles: interatividade, dinamismo, integração, recursos extensivos, propriedade intelectual livre, compartilhamento e colaboração. Os conceitos dessas características são os responsáveis por tornar a Internet mais participativa, permitindo a construção coletiva do conhecimento (GROSSI et al., 2018).

Percebe-se que as próprias características da tecnologia, como: velocidade, armazenamento, duplicação, pesquisa e acesso, facilitam o processo de ensino aprendizagem, onde o corpo docente e discente deve estar em constante processo de capacitação teórico-prática, aprimorando o conhecimento base quanto às inovações tecnológicas digitais (SILVA; TAVARES; TAVARES, 2019).

As mudanças ocorridas a partir desses avanços tecnológicos reflete para os docentes a necessidade de adquirir novos conhecimentos, tornando possível o acompanhamento desta crescente mudança. Neste ângulo o docente torna-se um animador da inteligência coletiva dos grupos, seu trabalho é focado no acompanhamento e na gestão do aprendizado, na troca de saberes, na mediação das relações e no âmbito de enfoque do conteúdo (GROSSI et al., 2018).

Alguns docentes têm visto como um desafio a inserção de novas tecnologias digitais na área do ensino, pois não basta apenas saber manusear, mas sim propor uma finalidade a prática do docente de forma a envolver o aluno. Entretanto, as tecnologias digitais devem ser consideradas como ferramentas facilitadoras no processo de ensino (SANTOS et al., 2020).

A diversidade das novas tecnologias digitais é surpreendente, uma determinada pesquisa demonstrou 50 ferramentas digitais e gratuitas voltadas para o corpo docente, como *softwares*, soluções disponíveis *on-line*, *websites* e aplicativos

para *smartphones* que podem ser utilizadas nas práticas educacionais (GROSSI et al., 2018).

Mediante a imersão das TDICs, o docente não é apenas um transmissor de conhecimento, mas sim um provocador em uma sociedade que tem demandado sujeitos críticos, competentes, criativos e flexíveis. Neste contexto, as práticas pedagógicas enrijecidas devem ser flexibilizadas, inserindo as novas tecnologias como provocadoras, posicionando os discentes como produtores do conhecimento (SCHUARTZ; SARMENTO, 2020).

Dado que, atualmente vivencia-se a era da informação, da comunicação, onde a cada dia mais fontes de informação estão ao alcance do corpo docente e discente. Os conteúdos se renovam constantemente, pois os usuários não são mais simples espectadores e sim produtores de conteúdo. Essa nova forma de acesso à informação e comunicação pode ser uma aliada a educação, aprimorando cada vez mais o processo de ensino-aprendizagem (GROSSI et al., 2018).

Contudo é importante que o docente esteja preparado para a utilização dessas novas tecnologias educacionais, ampliando a gestão da comunicação e informação. No entanto, elas não substituem o docente, e sim contribui positivamente para a autonomia do discente e para uma prática motivadora, promovendo uma aprendizagem significativa (SANTOS et al., 2020).

Neste cenário, a prática interdisciplinar torna-se fundamental, uma vez que a soma das colaborações entre docentes, pedagogos e profissionais da área da tecnologia, podem contribuir para uma efetivação no manuseio dos artefatos tecnológicos pelos docentes. A criação de equipes responsáveis pela capacitação e do uso das TDICs nos processos de ensino e aprendizagem é uma excelente sugestão para a evolução neste processo (SCHUARTZ; SARMENTO, 2020).

Para a realização e a amplitude dos principais pontos da auditoria clínica, diversas tecnologias estão disponíveis na internet, sendo as mais utilizadas: as tecnologias de revisão da utilização, a periferização clínica, as apresentações de caso, os eventos adversos ou sentinelas e os *surveys*. No entanto, ainda se evidencia precariedade na elaboração de tecnologias voltadas ao tratamento das fragilidades a partir da execução de uma auditoria clínica (FONSECA et al., 2017).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 PERFIL DO ESTUDO

O presente estudo refere-se a uma pesquisa-ação, orientada pelas premissas da Teoria de Aprendizagem Significativa de David Ausubel. De acordo com Picheth et al (2016), a pesquisa-ação pode ser compreendida como uma estratégia de conhecimento e metodologia de investigação, que é associada a uma ação e/ou resolução dos problemas, podendo inserir a utilização de técnicas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática.

A abordagem utilizada no estudo é mista, quantitativa e qualitativa. Conforme Souza e Kerbauy (2017), a combinação de duas abordagens viabiliza dois olhares distintos, propiciando uma visualização ampla do problema investigado. A consonância dos métodos quantitativos e qualitativos oportunizam mais credibilidade e legitimidade aos resultados encontrados.

A natureza do estudo é de cunho investigativo e exploratório, objetivando estabelecer proximidade com as análises críticas de casos clínicos mediada pela aplicabilidade da auditoria clínica em prontuários. E, contextualizada por meio de uma revisão narrativa de literatura, a fim de alcançar artigos que corroborem o embasamento técnico científico desta pesquisa.

A pesquisa exploratória procura de certa forma, proporcionar maior familiaridade com o pesquisador e o objeto pesquisado, de maneira a torná-la mais explícita, cujo objetivo é o aprimoramento de ideias, contribuindo para uma melhor compreensão do problema investigado e formulação de hipóteses (GIL, 2011).

O presente estudo também é baseado na técnica de pesquisa documental, por meio da análise de prontuários. Segundo Setz; D'innocenzo (2009), pesquisa documental é o exame de matérias de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, podendo ser reexaminados, buscando novas formas de interpretações complementares.

3.2 PÚBLICO-ALVO

Na intenção de incentivar a cultura de segurança do paciente aos profissionais enfermeiros, o estudo apresenta um ebook interativo como produto educacional, intitulado “Auditoria Clínica: Intervenções na Segurança do Paciente”. Para desenvolver o ebook foi realizada uma Auditoria Clínica a partir dos registros em prontuários dos pacientes que estiveram internados em um Hospital Filantrópico no Estado do Rio de Janeiro.

Portanto, a direção do Hospital Filantrópico assinou o Termo de Anuência (ANEXO A), autorizando a realização da pesquisa.

3.3 ELABORAÇÃO DO PRODUTO EDUCACIONAL

3.3.1 Os Casos Clínicos

O início da pesquisa procedeu com o planejamento de uma Auditoria Clínica do tipo retrospectiva, por meio de prontuários de um Hospital Filantrópico desprovido da Acreditação. Portanto, para viabilizar a pesquisa, primeiramente foi realizado o processo de seleção dos prontuários, no qual cinco etapas foram elaboradas, sendo elas:

- 1) Definição da periodicidade: janeiro a maio do ano de 2022, totalizando 2.998 prontuários.
- 2) Elaboração do tempo de permanência hospitalar: exclusão dos prontuários com internações inferiores a 07 dias, resultando em 180 prontuários.
- 3) Limitação da faixa etária: exclusão dos prontuários de pacientes com idade inferior a 65 anos, finalizando em 106 prontuários.
- 4) Determinação da origem: exclusão dos prontuários de pacientes provenientes de internações eletivas. Prosseguido apenas com prontuários de pacientes provenientes do setor Pronto Socorro, fechando em 54 prontuários.

- 5) Triagem por diagnóstico: exclusão de prontuários com histórias clínicas similares, e/ou comorbidades e diagnósticos repetitivos, concluindo em 10 prontuários.

Após o processo de definição dos prontuários, iniciou-se a fase de coleta dos dados clínicos, por meio da leitura atenta no prontuário, boletim de atendimento de urgência, prescrições médicas, evoluções médicas, sistematização da assistência de enfermagem, evoluções dos enfermeiros, evoluções dos técnicos de enfermagem, evoluções dos profissionais fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, evoluções de alta hospitalar, enfim todos os documentos pertencentes aos dez prontuários selecionados.

A partir da leitura dos prontuários, tornou-se possível a elaboração de dez casos clínicos, ou seja, cada prontuário resultou em um caso clínico. Os casos clínicos retratam um breve resumo da história clínica do paciente, contemplando informações sobre diagnóstico, tratamento e intervenções realizadas no decorrer do período de internação.

Os dez casos clínicos apresentaram inconsistências no processo da assistência prestada ao paciente, entretanto cada caso com a sua peculiaridade. Supostamente, essas inconsistências provêm da inexistência de protocolos, normas, padrões, enfim toda fundamentação de uma Acreditação.

3.3.2 Confeção do Ebook

A partir da formulação dos dez casos clínicos, iniciou-se o processo de imersão à Auditoria Clínica para a construção do ebook. Portanto, seguindo com as fases estabelecidas de uma Auditoria Clínica, prioritariamente foi realizado a definição dos critérios e padrões.

Por se tratar de um Hospital sem Acreditação, os critérios e padrões estabelecidos foram referenciados pela metodologia da ONA, que visa promover a segurança do paciente e melhoria contínua na gestão em saúde. Desta forma, os critérios foram delineados com o princípio em identificar possíveis fragilidades na assistência prestada ao paciente durante o período de internação, por meio da análise dos casos clínicos advindos dos prontuários.

Consequente, todos os casos clínicos foram analisados minuciosamente a fim de identificar essas possíveis fragilidades. No decorrer da análise crítica, diversos questionamentos foram levantados, interpondo dúvidas sobre a existência da formalização e disseminação de protocolos institucionais, protocolos assistenciais pelo Ministério da Saúde, assim como, ferramentas clínicas e condutas da equipe multiprofissional, destacando possíveis riscos na segurança e na qualidade do atendimento ao paciente.

Com o propósito de tornar os questionamentos ainda mais pragmáticos, em determinados casos clínicos algumas observações também foram elaboradas, explicando diversas circunstâncias quanto à essencialidade das hipóteses levantadas.

Após a formalização das fragilidades identificadas, demonstradas por diversos questionamentos elaborados em caráter individual para cada caso clínico, a Auditoria Clínica procedeu com a fase de orientação corretiva dessas fragilidades. O processo de orientação se deu pela implantação de normas/legislações obrigatórias e manuais/protocolos/ferramentas de boas práticas, ambos referenciados por requisitos da metodologia da ONA.

A aplicabilidade dos requisitos da ONA foi implementada na intenção de nortear a resolutividade aos questionamentos levantados, ou seja, caso o hospital atendesse determinado requisito da ONA, possivelmente a fragilidade apontada seria inexistente.

É importante ressaltar que o Manual da ONA é composto por quatro sessões, e cada sessão possui diversas subseções, e todas as subseções detêm de muitos requisitos. Todos os requisitos apresentados no Manual devem ser cumpridos a fim de garantir a segurança do paciente e a excelência na qualidade prestada.

Os requisitos extraídos do Manual da ONA e atribuídos aos questionamentos de cada caso clínico, foram analisados cuidadosamente com o objetivo de solucionar as fragilidades. A partir de então, para cada questionamento interligado ao requisito estabelecido foi possível desenvolver o delineamento dos temas a serem tratados em cada caso clínico.

Posteriormente a organização dos temas, iniciou-se o processo de preparação de textos explicativos para cada tema proposto, com a finalidade em tornar compreensível a execução dos requisitos e aprimorar o processo de aprendizagem. Buscou-se elaborar conteúdos que explanassem boas práticas voltadas para a segurança do paciente, com base em evidências científicas e literatura existente,

como: legislações dos profissionais de enfermagem; resoluções do conselho federal de medicina; comissões hospitalares; programas de prevenção; manuais, protocolos e ferramentas assistenciais.

Os textos foram escritos de forma clara, objetiva e concisa, todos com ênfase no processo educativo, e aplicabilidade de uma ferramenta e/ou protocolo tornando evidente a correção das fragilidades na assistência ao paciente. De acordo com necessidade do tema, alguns exemplos também foram elaborados, tornando o processo dinâmico e de fácil entendimento para os leitores.

Entretanto, com a finalidade em confeccionar um ebook interativo, os textos explicativos foram apenas um base de apoio, que possibilitou a transformação dos textos para conteúdos audiovisuais. Desta forma, todas as orientações para atender os requisitos com a resolutividade aos questionamentos encontram-se em formato de vídeos explicativos.

A plataforma utilizada para a gravação do conteúdo audiovisual ocorreu por meio do StreamYard, este software é um estúdio virtual que permite a transmissão ao vivo dos vídeos nas principais redes sociais, assim como, gravações de vídeos para posteriores edições.

O StreamYard também possui diversos outros recursos, dentre eles encontra-se a função de compartilhamento de tela, que permite exibir apresentações de Power Point. No caso clínico 3, aplicou-se o recurso de compartilhamento de tela pelo Power Point, com exibição de uma imagem para viabilizar a demonstração de uma tabela de pontuação.

As gravações procederam por meio de um notebook com câmera e microfone embutidos. No aspecto luminosidade, acrescentado um ring light com tripé proporcionando clareza ao ambiente. Quanto à edição dos vídeos, optou-se apenas pelo corte de início e fim, promovendo originalidade dos conteúdos audiovisuais.

Notoriamente a finalidade da projeção de um ebook interativo é disponibilizar a ferramenta digital em formato de link, relativamente leve, sem necessidade de instalação de aplicativo para leitura, porém é imprescindível a disponibilização da internet para acesso ao ebook interativo <https://my.visme.co/view/dmzk4kjk-auditoria-clinica-intervencoes-na-seguranca-do-paciente-2>.

Desta forma, todo o conteúdo elaborado no recurso Word (casos clínicos, questionamentos e requisitos da ONA) e todos os vídeos produzidos pelo

StreamYear foram importados para o software Visme. O Visme é uma ferramenta que possibilita a criação de apresentações interativas com recursos avançados para personalização de um produto.

Por conseguinte, após a importação dos conteúdos iniciou-se a definição de layout das páginas e animações, na qual foi fundamentada em representações de profissionais da saúde, cuja características consistem em serenidade, modernismo e profissionalismo.

Dentre as animações contempladas no ebook, encontram-se os verbetes, é um recurso muito utilizado tornando visíveis as informações sobre um determinado assunto. Ao discorrer os casos clínicos, diversos termos técnicos foram descritos e encontram-se destacados em negrito, inserindo os verbetes. Assim, ao clicar nos termos técnicos, uma pequena caixa de texto manifesta-se com a definição destes termos, tornando a leitura mais compreensível para o leitor. No entanto, os verbetes foram projetados cuidadosamente sem interferência na leitura, tornando opcional a abertura da definição dos termos técnicos.

No intuito em tornar o ebook um produto de ensino robusto como fonte de pesquisa, todo embasamento teórico para produção dos conteúdos audiovisuais encontra-se disponibilizados como hiperlink, posicionados abaixo de cada conteúdo audiovisual. O recurso hiperlink é um link de um documento para outro, que promove a segunda página ou arquivo ao clicar. A disponibilização do hiperlink no ebook proporciona acesso ao conteúdo pesquisado em formato PDF, viabilizando uma leitura complementar e promovendo o aprofundamento dos temas propostos.

Mediante as ferramentas utilizadas, foram elaboradas instruções de navegação do ebook (Figura 1), a fim de facilitar o processo de manuseio do leitor, em virtude das ferramentas utilizadas. As instruções também contemplam informações de retorno ao sumário.

Figura 1 – Instruções para navegar



Fonte: A autora

Destaca-se ainda, o sumário elaborado (Figura 2) oportuniza ao leitor o direcionamento direto para o caso clínico, ou seja, ao clicar no caso clínico desejado, o ebook apresentará imediatamente a página, contribuindo ainda mais o processo de leitura.



E-BOOK INTERATIVO

Sumário

1. Teoria da Aprendizagem Significativa para o ensino de auditoria clínica por intermédio de um ebook interativo.	07
2. Introdução	09
3. Caso Clínico 1: Prescrição à Distância; Transferência da Informação - SBAR; Plano de Alta Multidisciplinar.	10
4. Caso Clínico 2: Avaliação das Prescrições pela Assistência Farmacêutica; Registro em Prontuário; Comissão de Revisão de Prontuários; Protocolo de Gerenciamento da Dor; Protocolo de Cuidados Paliativos.	15
5. Caso Clínico 3: Deterioração Clínica - NEWS; PEWS e MEOWS; Classificação da gravidade - qSOFA.	24
6. Caso Clínico 4: Suporte do Profissional Psicólogo; Identificação de Pacientes Críticos.	30
7. Caso Clínico 5: Reconciliação Medicamentosa; Identificação das Necessidades de Treinamentos; EMTN - Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.	34
8. Caso Clínico 6: Plano Terapêutico.	40
9. Caso Clínico 7: CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Atuação da Equipe de Enfermagem	43
10. Caso Clínico 8: Evolução do Profissional Enfermeiro; Comissão de Revisão de Óbito.	47
11. Caso Clínico 9: Protocolos de Segurança do Paciente; Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão; Transporte intra e extra hospitalar.	51
12. Caso Clínico 10: Critérios para admissão e alta do paciente em Unidades de Terapia Intensiva	57
13. Referências bibliográficas	60

6

Figura 2: Sumário

A última etapa no processo de construção do ebook foi a escolha do título, pois no decorrer da prototipagem o título foi elaborado como “Relevância da Metodologia ONA nas Instituições de Saúde”, no entanto destoou da essencialidade do estudo. Deste modo, após toda a confecção do ebook, o título foi substituído para “Auditoria Clínica: Intervenções na Segurança do Paciente” (Figura 3), sendo este pensado e formalizado como forma de estimular o leitor no processo de condução da leitura.

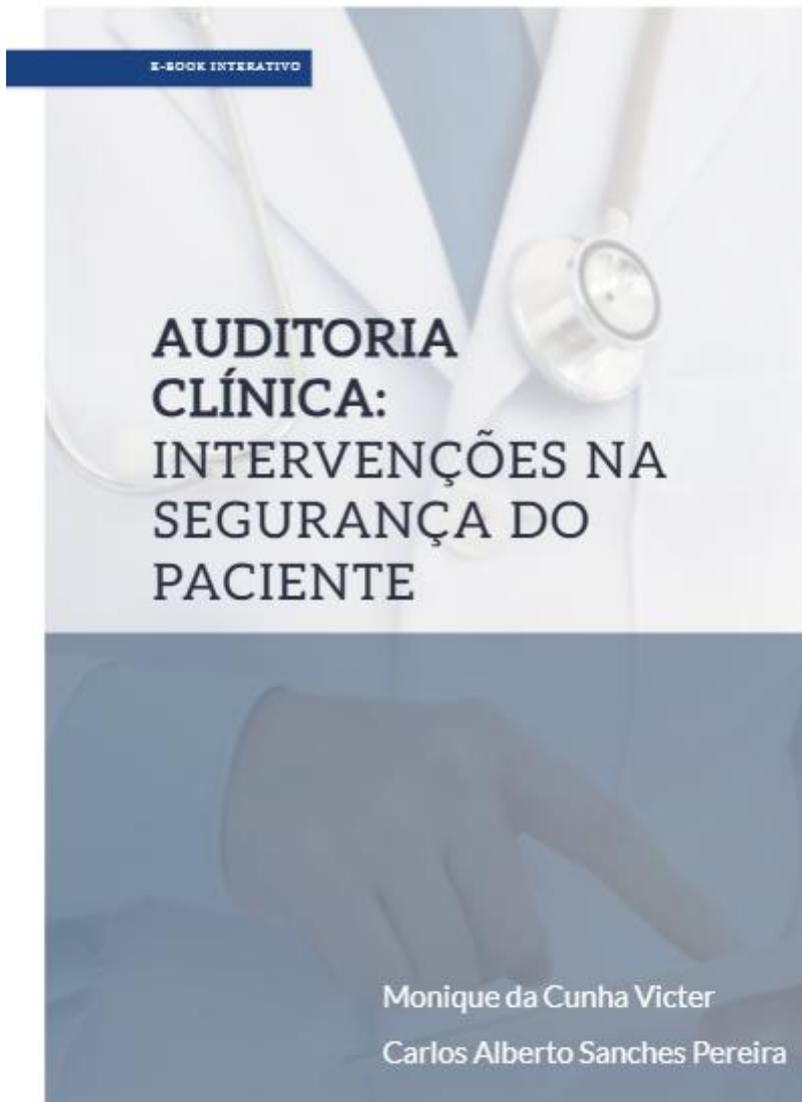


Figura 3: Capa do e-book

3.4 CONTRIBUIÇÕES DO PRODUTO PARA A ÁREA DO ENSINO

Dentre todos os profissionais da saúde, compete exclusivamente aos enfermeiros assegurar que a prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Reitera-se e que o processo do trabalho do enfermeiro é interligado entre as ações de gerência e assistência, o enfermeiro é o único profissional que assiste gerenciando e gerencia assistindo (SILVA et al., 2018).

Portanto, o produto contribui essencialmente ao profissional enfermeiro, pois a maior classe dos profissionais da saúde dentro de uma unidade hospitalar é a classe da enfermagem, são eles que permanecem 24 horas ao lado do paciente e conduzem a equipe multiprofissional, podendo atuar como multiplicadores de boas práticas para melhoria da qualidade na assistência ao paciente, pois dominam integralmente a arte do cuidar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O resultado obtido está relacionado a criação de um ebook interativo, direcionado aos profissionais enfermeiros atuantes em instituições de saúde. Segundo Dalgallo et al., (2022) o ebook como didática metodológica promove potencialidades no processo de ensino-aprendizagem, pois os profissionais enfermeiros atuantes no mercado de trabalho, são responsáveis pelo monitoramento e educação continuada e permanente da equipe, na qual demandará aptidão com formatos pedagógicos interconectados com ferramentas tecnológicas de ensino.

O ebook elaborado demonstrou a importância da Auditoria Clínica frente a segurança do paciente, visto que sua aplicabilidade nos casos clínicos apresentados, foi possível identificar inúmeras fragilidades na assistência, colocando em risco a segurança do paciente. Ainda por intermédio da Auditoria Clínica foi possível sugerir propostas para a resolutividade das fragilidades, baseadas na metodologia da ONA.

A Auditoria Clínica realizada nos dez casos clínicos apresentados no ebook, apontaram inúmeras fragilidades comprometendo a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada. Nas figuras 4, 5 e 6, é possível observar o Caso Clínico 1, sendo claramente demonstrado a ausência de registros em prontuário e ausência do processo de elaboração de alta hospitalar.

CASO CLÍNICO W M D M P

01

Paciente atendida no Pronto Socorro às 02h29min, com o diagnóstico de câncer de intestino, sinais de **abdome agudo**. Além dos sinais de abdome agudo, o paciente apresentava sintomas de febre, piora do estado geral, dor de forte intensidade em fossa ilíaca esquerda, com defesa à palpação superficial difusa, piora à esquerda. Solicitação de internação em Unidade de Terapia Intensiva e rotina de abdome agudo.

Admissão na Unidade de Terapia Intensiva às 06h24min.

Avaliação pela equipe de cirurgia às 18h39min.

Segundo a evolução da equipe de enfermagem, a paciente foi encaminhada para o Centro Cirúrgico às 16h30min.

Descrição da cirurgia de **laparotomia exploradora** realizada às 18h45min.



VOLTAR AO SUMÁRIO

10

QUESTIONAMENTOS

- Não há registros em prontuário sobre a avaliação e preparo para a realização da cirurgia no pré-operatório. Como a equipe de enfermagem acatou o preparo para transferência ao setor Centro Cirúrgico?
- Por que a equipe de enfermagem não descreveu o ocorrido?

METODOLOGIA ONA

Conforme a metodologia da Organização Nacional de Acreditação - ONA, para assegurar e garantir a segurança do paciente, é necessário que a Instituição de Saúde atenda a diversos requisitos dispostos no Manual da ONA.

A fim de mitigar a intercorrência sobre a ausência de comunicação entre setores e profissionais de saúde, é necessária a execução de requisitos, seguindo a metodologia da ONA, como a disponibilidade de prontuários com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do paciente/cliente, os quais promovam a continuidade da assistência. Assim como o cumprimento de diretrizes de transmissão de informação na transição do cuidado, bem como nas transferências internas e externas.

VOLTAR AO SUMÁRIO

11

Figura 4: Caso Clínico 1



LEGISLAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM



FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO SBAR

VOLTAR AO SUMÁRIO

12

Seguindo a auditoria realizada em prontuário. De acordo com as evoluções médicas e enfermagem, devido à cirurgia realizada, além da ferida operatória, a paciente detinha de **dreno de Blake**. Drenos de Blake foram colocados em flanco direito e esquerdo. A paciente foi também submetida à **colostomia** e a acesso venoso profundo. No oitavo dia de internação, a paciente foi submetida ao procedimento de retirada do acesso venoso profundo, mantida com os drenos e colostomia. Seguidamente, cedida à alta hospitalar.

QUESTIONAMENTOS

- Ocorreu alguma orientação referente aos cuidados na realização do curativo em domicílio?
- O paciente e/ou familiar/acompanhante obteve instruções quanto ao manuseio dos drenos de Blake e colostomia?

VOLTAR AO SUMÁRIO

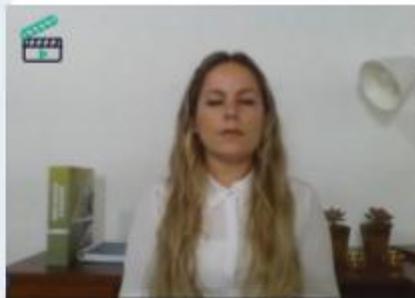
13

Figura 5: Continuação - Caso Clínico 1

E-BOOK INTERATIVO

METODOLOGIA ONA

Em concordância com a metodologia da ONA é necessário que a Instituição de Saúde detenha de plano de alta multidisciplinar de conhecimento do paciente/cliente e/ou acompanhantes, para a continuidade do cuidado extra-hospitalar considerando diagnósticos, procedimentos e morbidades.



**ALTA QUALIFICADA ORIENTAÇÃO
MULTIDISCIPLINAR PARA
CUIDADORES FAMILIARES DOS
PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS**

[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)

14

Figura 6: Continuação - Caso Clínico 1

No Caso Clínico 2 (Figura 7, 8, 9, 10 e 11) evidenciou a ausência do farmacêutico, profissional considerado membro atuante da equipe multiprofissional. Além disso, novamente é perceptível a falta de registro, atentando-se para a ausência da atuação da Comissão de Prontuários. Também foi identificada a inexistência de protocolos assistências, como: o protocolo de gerenciamento da dor e o protocolo de cuidados paliativos.

E-BOOK INTERATIVO

CASO CLÍNICO W M D M P

02

Paciente atendida no Pronto Socorro, diagnóstico de câncer de intestino, **colostomizada** , com sinais e sintomas de distensão abdominal severa, dor abdominal intensa e constipação há 04 dias. Solicitada internação clínica.

Admissão no leito clínico com acesso venoso periférico. Entretanto, as medicações foram administradas apenas por via oral.

[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)

15

Figura 7: Caso Clínico 2

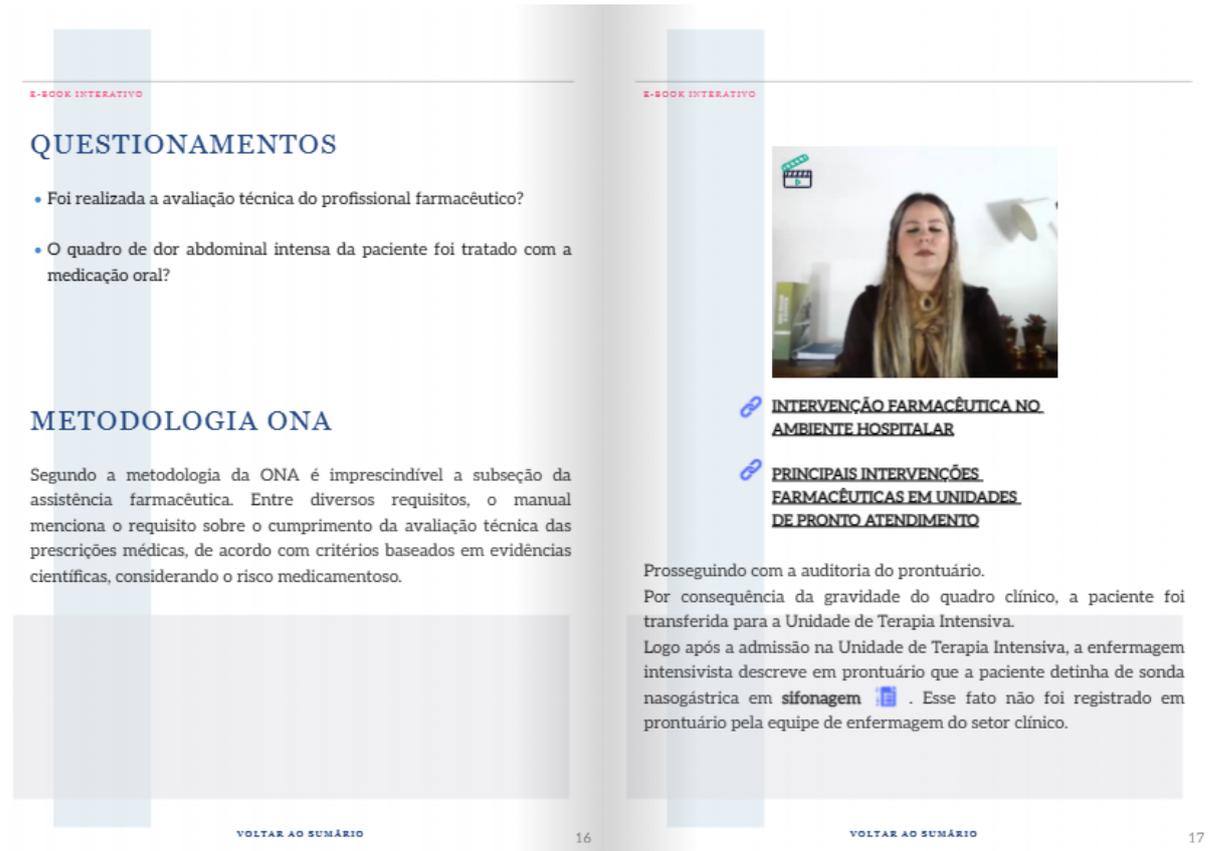


Figura 8: Continuação: Caso Clínico 2



Figura 9: Continuação - Caso Clínico 2



Figura 10: Continuação - Caso Clínico 2



Figura 11: Continuação - Caso Clínico 2

No que se refere ao Caso Clínico 3 (Figura 12, 13 e 14), a fragilidade retratada é a inexistência de um método e/ou ferramenta voltada para a classificação da gravidade do quadro clínico do paciente, tanto no processo de deterioração clínica, quanto na evolução de choque séptico.

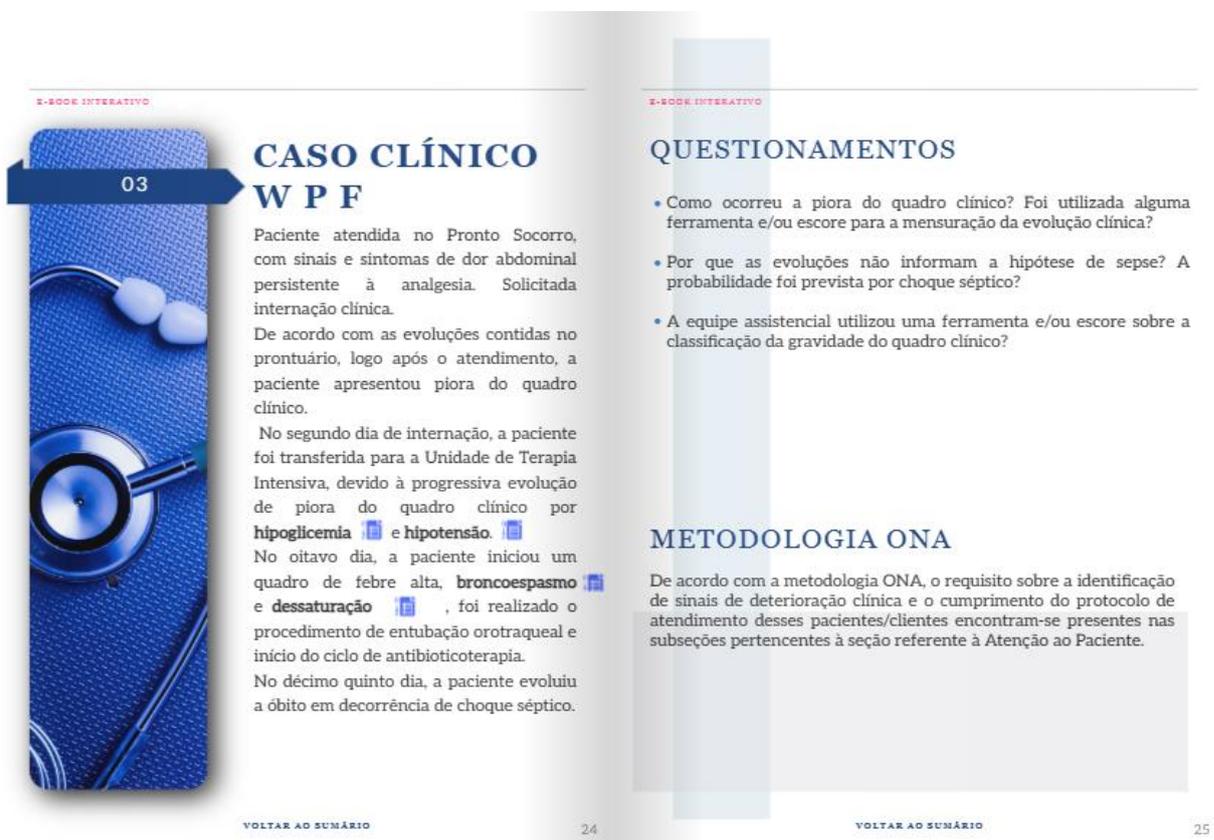


Figura 12: Caso Clínico 3

E-BOOK INTERATIVO
E-BOOK INTERATIVO



IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE ALERTA PRECOZE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

VOLTAR AO SUMÁRIO

Parâmetro fisiológico	3	2	1	0	1	2	3
FR	≥8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturação O2	≥91	92 - 93	94 - 95	≥96			
O2 Suplementar		sim		não			
Temperatura	≤36,0		36,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
PA Sistólica	≥90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
FC	≥60		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Nível de Consciência				A			V, D ou I

PENS - PEDIATRIC EARLY WARNING SCORE								
ESCALA DE ALERTA PRECOZ								
Parâmetros	idade	3	2	1	0	1	2	3
Desconsciente	4 meses	0	0	0	0	0	0	0
	6 meses a 2 anos	0	0	0	0	0	0	0
	3 - 5 anos	0	0	0	0	0	0	0
	6 - 11 anos	0	0	0	0	0	0	0
Frequência Cardíaca (bpm)	4 meses	0	0	0	0	0	0	0
	6 meses a 2 anos	0	0	0	0	0	0	0
	3 - 5 anos	0	0	0	0	0	0	0
	6 - 11 anos	0	0	0	0	0	0	0
Frequência Respiratória (bpm)	4 meses	0	0	0	0	0	0	0
	6 meses a 2 anos	0	0	0	0	0	0	0
	3 - 5 anos	0	0	0	0	0	0	0
	6 - 11 anos	0	0	0	0	0	0	0
Consumo de oxigênio / Resposta ao estímulo	4 meses	0	0	0	0	0	0	0
	6 meses a 2 anos	0	0	0	0	0	0	0
	3 - 5 anos	0	0	0	0	0	0	0
	6 - 11 anos	0	0	0	0	0	0	0
Pico - Colapso (Pneumão)	4 meses	0	0	0	0	0	0	0
	6 meses a 2 anos	0	0	0	0	0	0	0
	3 - 5 anos	0	0	0	0	0	0	0
	6 - 11 anos	0	0	0	0	0	0	0
Saco de ar / Intubação / Espontâneo	4 meses	0	0	0	0	0	0	0
	6 meses a 2 anos	0	0	0	0	0	0	0
	3 - 5 anos	0	0	0	0	0	0	0
	6 - 11 anos	0	0	0	0	0	0	0

VOLTAR AO SUMÁRIO

Figura 13: Continuação - Caso Clínico 3

E-BOOK INTERATIVO
E-BOOK INTERATIVO

MODIFIED EARLY OBSTETRIC WARNING SCORE (MEOWS)						
Parâmetro	3	2	1	0	1	2
Temperatura	38,0	38,1-38,5	38,6-39,0	39,1-40,0		40,1
Ta sistólica	mmHg	90-100	101-140	141-160	161-180	181
Ta diastólica	mmHg	60	61-90	91-100	101-120	121
Pulso	bpm	50-60	61-90	91-100	101-120	121
Frequência Respiratória	rpm	10	11-20	21-29	30-39	40
Saturação O2	%	90	91-95	96-98		
Delir	Score*	0	1	2		
Consciência	Resposta**	3	2	1	0	

* Score de Delir: 0 - Sem delir; 1 - Delir leve com movimentos; 2 - Delir moderado em repouso ou delir moderado com movimentos

** A - alerta; V - resposta ao estímulo verbal; P - resposta ao estímulo doloroso; U - inconsciente

VOLTAR AO SUMÁRIO

METODOLOGIA ONA

Segundo a metodologia ONA, na subseção de Cuidados Intensivos, é mencionado um requisito referente a utilização de metodologia para a classificação da gravidade do paciente relacionando a taxa de mortalidade predita e ocorrida.



A APLICAÇÃO DA PONTUAÇÃO RÁPIDA DE AVALIAÇÃO DE FALHA DE ÓRGÃOS SEQUENCIAIS (IQSOFA) COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO NA SEPSE - REVISÃO INTEGRATIVA

VOLTAR AO SUMÁRIO

Figura 14: Continuação - Caso Clínico 3

Destarte o Caso Clínico 4, foi observado a ausência do psicólogo, este profissional também é considerado membro importante na equipe multiprofissional de uma Instituição de Saúde. Além disso, não foi reconhecido a aplicabilidade de critérios previamente definido na identificação e conduta clínico em pacientes críticos.



Figura 15: Caso Clínico 4



Figura 16: Continuação - Caso Clínico 4

O Caso Clínico 5 (Figura 17, 18 e 19), demonstrou novamente a ausência do profissional farmacêutico, especificamente na atuação clínica, ou seja, no processo analítico das prescrições médicas. Também identificado a ineficiência de uma Política de Gestão de Pessoas, principalmente no quesito sobre a avaliação de desempenho dos colaboradores. Ainda neste Caso Clínico, foi observado a ausência do profissional nutricionista, notoriamente conclui a ineficiência na atuação da equipe multiprofissional.

CASO CLÍNICO L A G B N

05

Paciente atendido no Pronto Socorro, com sinais e sintomas de inapetência, vômitos, desorientação e diminuição da força em dimídio esquerdo. Solicitada internação em Unidade de Terapia Intensiva.

Segundo a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, não foi possível realizar a avaliação neurológica, devido à administração oral da medicação **clonazepam** no setor Pronto Socorro. Logo após a internação, iniciou-se o ciclo de antibioticoterapia, com programação para 07 dias.

Conforme as evoluções da equipe de enfermagem, o paciente apresentou extrema fragilidade capilar. Relatam-se, também, dificuldades no decorrer do procedimento de punção venosa periférica.

No quarto dia de internação, o paciente foi submetido, sem sucesso, a diversas tentativas de punção venosa periférica. Após as tentativas, foi realizado o procedimento de punção venosa profunda.



VOLTAR AO SUMÁRIO

34

Alta da Unidade de Terapia Intensiva para a internação clínica em leito comum cedida no quinto dia de internação. No decorrer da admissão no setor clínico, a enfermagem descreve na evolução as seguintes informações:

"Paciente proveniente da Unidade de Terapia Intensiva, algo orientado, eupneico em ar ambiente, com auxílio de cateter de oxigênio"

QUESTIONAMENTOS

- A medicação clonazepam era de uso domiciliar do paciente? A Reconciliação Medicamentosa foi realizada?
- Por que houve insistência da equipe de enfermagem em realizar o procedimento de punção venosa periférica?
- Por que o enfermeiro não sugeriu a punção profunda no início da internação?
- O paciente encontra-se em ar ambiente ou com cateter de oxigênio?

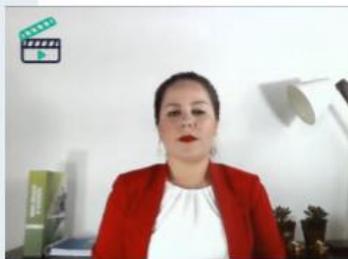
VOLTAR AO SUMÁRIO

35

Figura 17: Caso Clínico 5

METODOLOGIA ONA

Conforme a metodologia da ONA, a subseção pertinente à Assistência Farmacêutica, estabelece o seguinte requisito: dispõe de ações interdisciplinares para as práticas de conciliação e reconciliação medicamentosa.



IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL DE ENSINO

VOLTAR AO SUMÁRIO

36

METODOLOGIA ONA

Segundo a metodologia ONA, a educação continuada é um processo extremamente relevante para todos os profissionais pertencentes às Instituições de Saúde. Entre os requisitos estabelecidos no Manual ONA, encontra-se o requisito sobre a identificação das necessidades de treinamentos e capacitações frente às demandas assistenciais.



POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS - GESTÃO DE DESEMPENHO

VOLTAR AO SUMÁRIO

37

Figura 18: Continuação - Caso Clínico 5

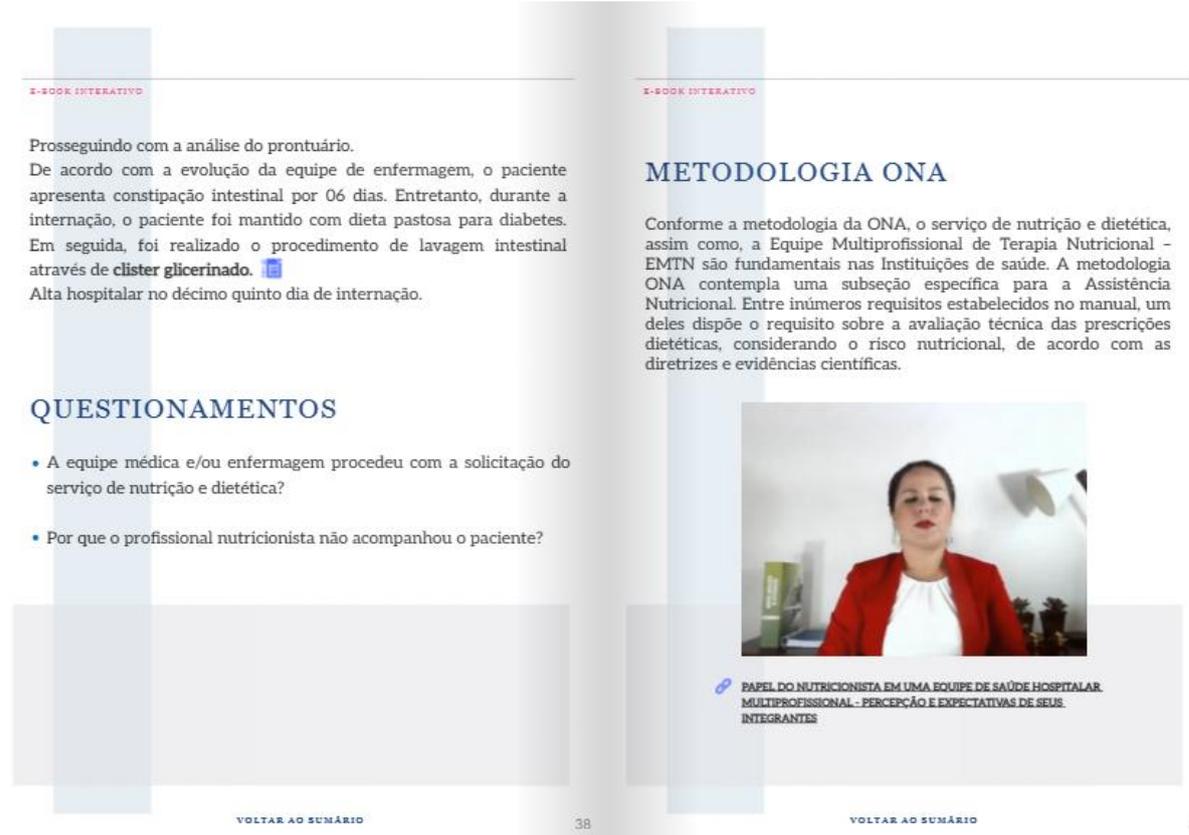


Figura 19: Continuação - Caso Clínico 5

No Caso Clínico 6 (Figura 20), repetidamente identificado a ausência na interação entre os profissionais, desta vez a inadequação do profissional médico, devido à falta na elaboração de um plano terapêutico, e conseqüentemente os projetos terapêuticos dos demais membros da equipe multiprofissional.

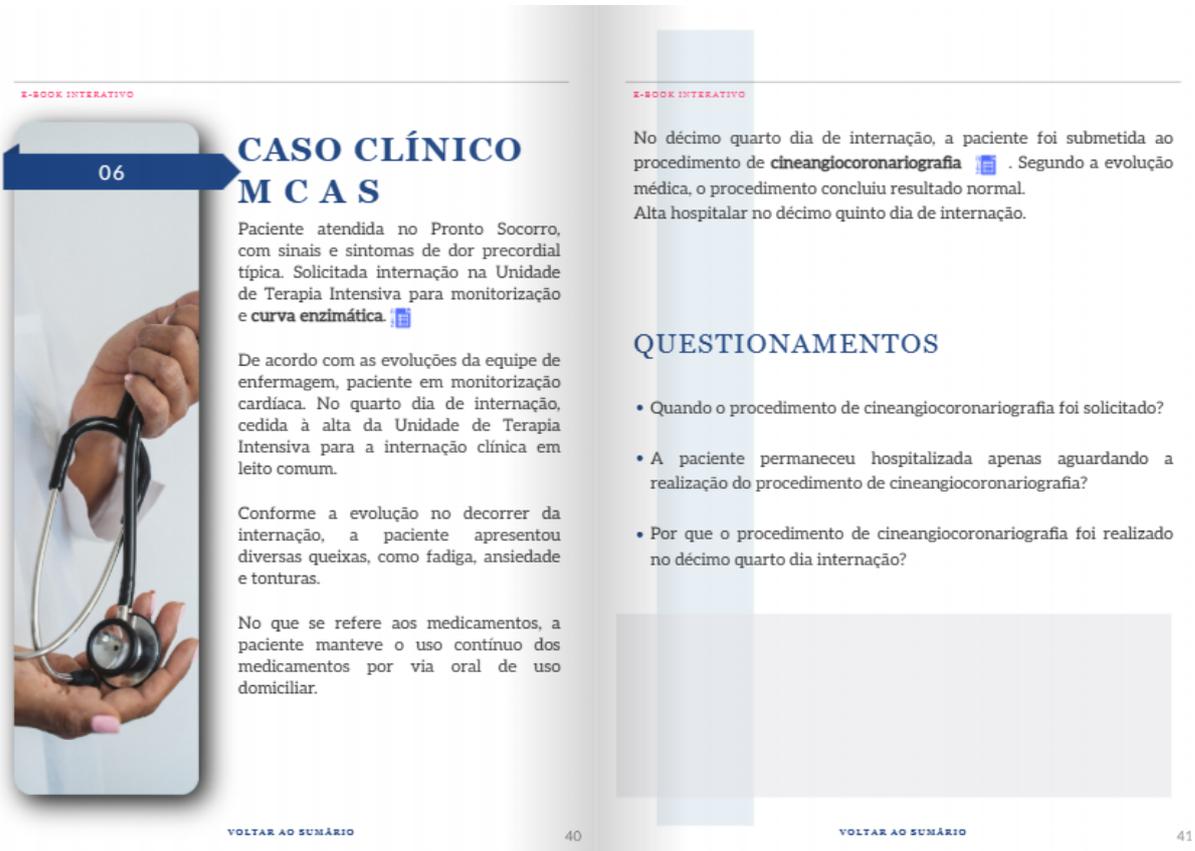
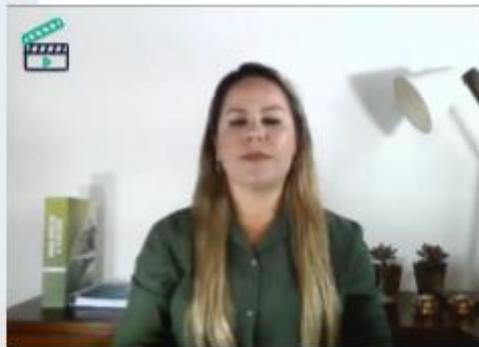


Figura 20: Caso Clínico 6

METODOLOGIA ONA

A metodologia ONA, especificamente na seção Atenção ao Paciente, dispõe de requisitos de extrema relevância sobre o plano terapêutico: estabelecimento, acompanhamento, avaliação e adequação, se necessário, o plano terapêutico individualizado considerando diagnósticos, procedimentos e morbidades; estabelecimento de plano interdisciplinar da assistência, com base no plano terapêutico definido, considerando o grau de complexidade e dependência.



[IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO PARA REDUÇÃO DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO](#)

[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)

42

Figura 21: Continuação - Caso Clínico 6

No que diz respeito ao Caso Clínico 7 (Figura 22, 23 e 24), constatou o desprovimento na formalização e atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e da Comissão de Curativo. Ambas as comissões são essenciais na estruturação de uma Instituição de Saúde, não apenas no controle de infecções, mas também na aplicabilidade de boas práticas.

E-BOOK INTERATIVO

CASO CLÍNICO E T S

07

Paciente atendido no Pronto Socorro, portador de diabetes mellitus, com o quadro de ferida infectada no membro inferior esquerdo. Solicitada internação clínica, antibioticoterapia e protocolo de precaução por contato.

De acordo com as evoluções da equipe de enfermagem, o curativo na ferida infectada localizada no membro inferior esquerdo foi realizado diariamente.

No sexto dia de internação, o paciente foi transferido para o setor Centro Cirúrgico e submetido ao procedimento de **desbridamento** com retirada de tecidos desvitalizados.

Após a realização do procedimento, o cirurgião vascular solicitou a troca diária do curativo com evolução das características da ferida, assim como, a medicação tópica utilizada e a manutenção do curativo oclusivo.

Alta hospitalar no oitavo dia de internação.

[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)

43



Figura 22: Caso Clínico 7

OBSERVAÇÃO: apesar da solicitação quanto à evolução das características da ferida, a equipe de enfermagem não relatou essas informações no decorrer das evoluções.

QUESTIONAMENTOS

- Por que não houve avaliação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH?
- Por que a equipe de enfermagem e a CCIH não descreveram as características da ferida infectada na evolução de troca do curativo?
- Como o médico poderia avaliar a evolução da ferida sem a descrição das características?

[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)

44

METODOLOGIA ONA

Segundo a metodologia da ONA, a subseção Prevenção e Controle de Infecções e Biossegurança é de extrema relevância para assegurar a qualidade na assistência prestada ao paciente. Entre os diversos requisitos disponíveis no Manual ONA direcionados a essa subseção, encontram-se: dimensionamento de recursos humanos, tecnológicos e infraestrutura de acordo com a necessidade do serviço; planejamento das atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura; disposição de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.



[PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES, RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE](#)

[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)

45

Figura 23: Continuação - Caso Clínico 7

E-BOOK INTERATIVO



[RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567 - 2018](#)
[ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567 - 2018](#)

VOLTAR AO SUMÁRIO

46

Figura 24: Continuação - Caso Clínico 7

Já no Caso Clínico 8 (Figura 25, 26 e 27) constatou novamente a ausência de registro em prontuário, assim como a veracidade da escrita, tornando evidente a ineficiência dos profissionais no quesito registro, e conseqüentemente na continuidade na assistência ao paciente. Também foi evidenciado o desprovimento de formalização e atuação da Comissão de Revisão de Óbitos. Ressalta-se, tanto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (citada no Caso Clínico 7), quanto a Comissão de Revisão de Óbitos são comissões consideradas obrigatórias nas Instituições de Saúde.



E-BOOK INTERATIVO

08

CASO CLÍNICO C A G

Paciente atendido no Pronto do Socorro, com sinais e sintomas de prostração, dispneia e hiperglicemia, hipótese diagnóstica de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica **exacerbada**. Solicitada internação em Unidade de Terapia Intensiva.

Logo após a internação, o paciente evoluiu com insuficiência respiratória, sendo realizado o procedimento de intubação orotraqueal e punção venosa profunda. Foi mantido em ventilação mecânica e sedação contínua.

Durante a leitura do prontuário, identificado o preenchimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE de forma repetitiva, ou seja, não apresentando mudanças de informações no decorrer da internação.

No décimo terceiro dia, o paciente evoluiu a óbito.

Não há relatos sobre o óbito no prontuário. Apenas a interrupção de preenchimento do balanço hídrico.

A informação do óbito foi cedida pela equipe de faturamento por meio da numeração da declaração de óbito.

VOLTAR AO SUMÁRIO

47

Figura 25: Caso Clínico 8

QUESTIONAMENTOS

- Por que as informações contidas no SAE foram repetitivas?
- Por que as equipes assistenciais não relataram a ocorrência do óbito?
- Qual a conduta da Comissão de Óbito?

METODOLOGIA ONA

De acordo com a metodologia da ONA, a subseção da Gestão da Qualidade e Segurança dispõe de inúmeros requisitos contribuindo na cultura de segurança do paciente. No padrão de nível 2, propõe o seguinte requisito: estabelece sistemática para realização e gerenciamento de auditorias clínicas periódicas avaliando os cuidados de saúde prestados e apoiando a implantação de ações de melhoria.

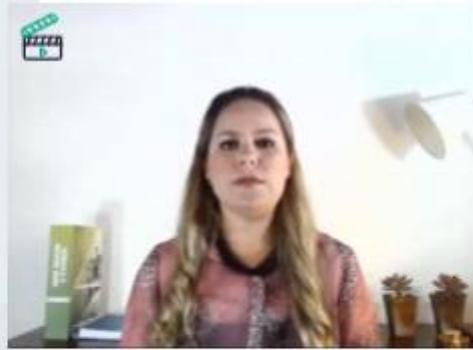


- [RESOLUÇÃO COFEN Nº 0564 - 2017](#)
- [PARECER COREN - SC - Nº 01 - CT - 2017](#)
- [AUDITORIA CLÍNICA COMO FERRAMENTA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL - RELATO DE EXPERIÊNCIA* 0564 - 2017](#)

Figura 26: Continuação - Caso Clínico 8

METODOLOGIA ONA

Seguindo o disposto pela metodologia da ONA, na subseção da Liderança Organizacional, que estabelece o seguinte requisito: constitui e acompanha as comissões obrigatórias e as de apoio à gestão. Além da subseção da Liderança Organizacional, a subseção da Gestão da Qualidade e Segurança, dispõe o seguinte requisito: estabelece, implementa e mantém sistemática para constituição e acompanhamento dos comitês e comissões institucionais.



[RESOLUÇÃO CFM Nº 2171 - 2017](#)

[VOLTAR AO SUMÁRIO](#)

50

Figura 27: Continuação - Caso Clínico 8

Em relação ao Caso Clínico 9 (Figura 28, 29, 30 e 31), identificado a ausência do protocolo de úlcera por pressão pertencente as metas internacionais de segurança

do paciente. Desta forma, destaque-se a ineficiência da formalização e atuação do Núcleo de Segurança do Paciente. O Caso Clínico 9 ainda evidencia a ausência de protocolos quanto ao processo de transferência inter- hospitalar e intra-hospitalar.



E-BOOK INTERATIVO

09

CASO CLÍNICO L C M

Paciente atendido no Pronto Socorro, com sinais e sintomas de fraqueza e crise convulsiva, hipótese diagnóstica de **Acidente Vascular Cerebral - AVC**. Solicitada internação em Unidade de Terapia Intensiva.

Após a admissão na Unidade de Terapia Intensiva, o paciente foi submetido ao procedimento de cateterismo vesical de alívio. Posteriormente, foi submetido ao procedimento de cateterismo vesical de demora com irrigação contínua.

Conforme a evolução da equipe de enfermagem, no terceiro dia de internação, o paciente evoluiu com hiperemia na **região sacrococcígea**, sendo aplicada placa de **hidrocoloide**. No quinto dia de internação, foram aplicadas placas de hidrocoloides na região do **trocarter** direito e esquerdo.

VOLTAR AO SUMÁRIO

51

Figura 28: Caso Clínico 9

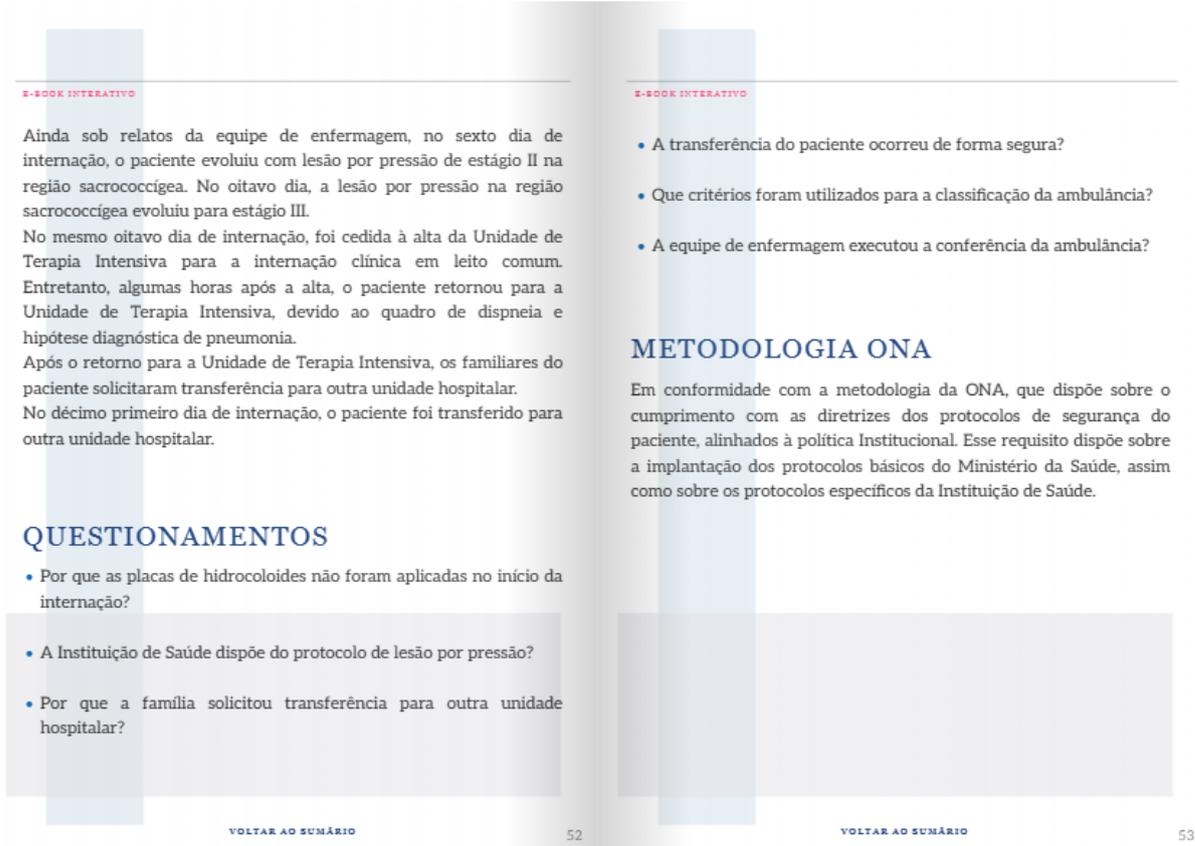


Figura 29: Continuação - Caso Clínico 9



Figura 30: Continuação - Caso Clínico 9

E-BOOK INTERATIVO



PORTARIA N° 2048 - GM - EM 5 DE NOVEMBRO E 2002

VOLTAR AO SUMÁRIO

56

Figura 31: Continuação - Caso Clínico 9

No que diz respeito ao Caso Clínico 10 (Figura 32 e 33), enfatiza a ausência de protocolos destinado aos critérios de admissão e alta no setor de Unidade de Terapia de Intensiva, sendo este fundamental no cuidado centrado ao paciente.

E-BOOK INTERATIVO

CASO CLÍNICO A L S M

Paciente atendido no Pronto Socorro, diagnóstico de **neoplasia** da próstata com **metástase**. Tratava-se de metástase óssea, sintomas de taquidispneia. Solicitada internação na Unidade de Terapia Intensiva.

Segundo as evoluções da equipe de enfermagem o paciente foi mantido em oxigênio contínuo durante a internação.

No sétimo dia de internação, cedida à alta da Unidade de Terapia Intensiva para a internação clínica em leito comum. Entretanto, poucas horas depois, o paciente retorna para a Unidade de Terapia Intensiva por piora do quadro respiratório.

Alta hospitalar no décimo primeiro dia de internação.

10



VOLTAR AO SUMÁRIO

57

Figura 32: Caso Clínico 10



Figura 33: Continuação - Caso Clínico 10

Perceptivelmente, diversas fragilidades foram apontadas no ebook por meio de ausência e ineficiência de protocolos, ferramentas, comissões, capacitação dos profissionais, enfim, essas fragilidades possibilitam a ocorrência de erros dentro de uma Instituição de Saúde, podendo gerar incidentes e eventos adversos, causando danos ao paciente. De acordo com Peres et al., (2018) e de Mello et al., (2021) os erros na área da saúde ocasionam impactos negativos na segurança do paciente, em diversas categorias de gravidade, incluindo o óbito evitável.

Incontestavelmente, os erros são evitáveis através do processo de implantação da cultura de segurança do paciente, geralmente mediado pela gestão da qualidade, sendo este processo primordial no ambiente hospitalar. Tanto que, Peres et al., (2018) defende a segurança do paciente como um compromisso ético do profissional de saúde e um direito do paciente, ainda afirma que a redução significativa dos erros promove a redução de danos ao paciente durante o processo de cuidado à saúde.

Portanto, a atuação da gestão de qualidade na área da saúde é norteada pelo gerenciamento de risco e segurança do paciente, promovendo padrões e práticas para a redução de incidentes e eventos adversos. Fabro et al., (2020) definem que a área de concentração da qualidade abrange todas as dimensões contempladas no processo de Acreditação.

De acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação, a metodologia da ONA busca promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde, através de padrões e requisitos previamente definidos, consolidados em um conjunto de fundamentos de gestão em saúde.

Perceptivelmente, os dez casos clínicos contemplados no ebook, demonstram a história clínica do paciente, assim como questionamentos permeados por dúvidas na assistência ao paciente, seguido de requisitos da metodologia da ONA.

Posteriormente, são apresentados vídeos produzidos pela própria autora, tornando o ebook interativo para os leitores. Através dos vídeos inseridos no ebook, diversas contribuições foram explanadas, tornando possível a correção das fragilidades identificadas nos casos clínicos.

A Teoria de Aprendizagem Significativa de Ausubel, o ebook se adequa perfeitamente com seus princípios. Moreira (2011) destaca que a aprendizagem significativa é caracterizada pela interação de entre conhecimentos prévios e conhecimentos novos, onde essa interação é não-literal e não-arbitrária. Pois nesse processo, os novos conhecimentos prévios adquirem significado para o sujeito e os conhecimentos prévios adquirem novos significados.

Neste contexto, o enfermeiro considerado como o leitor principal do ebook, possui um conhecimento prévio existente obtido em seu processo de formação profissional. Desta forma, os casos clínicos discorridos com apontamentos na segurança do paciente por meio de uma auditoria clínica, são conhecimentos já presentes por este profissional, que poderá adquirir novos conhecimentos por meio dos conteúdos audiovisuais e hiperlinks de leituras complementares, devido ao seu conhecimento pré-existente.

Diante do exposto, a discussão e os resultados na literatura existente asseguram a importância do ebook interativo sobre as intervenções na segurança do paciente por meio da auditoria clínica como uma ferramenta de ensino para os profissionais enfermeiros. Relacionada a Teoria de Aprendizagem Significativa de

Ausubel, o ebook detém da potencialidade em promover uma aprendizagem mais profunda, despertar para novos conhecimentos interligados a segurança do paciente, bem como preparar os enfermeiros para garantir maior qualidade assistencial.

Os resultados relacionados ao ebook interativo se resumem na relevância desta proposta, pois espera-se que esse ebook consista como uma ferramenta eficaz para promover a aprendizagem significativa com base em Ausubel e para o aperfeiçoamento na prática dos profissionais enfermeiros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo resultou em um produto educacional, mediante a um ebook interativo, denominado em Auditoria Clínica: Intervenções na Segurança do Paciente, caracteriza-se como instrumento de ensino didático baseado nas fragilidades a assistência ao paciente. É um recurso digital simples, atingível a todos os profissionais enfermeiros por meio de recursos tecnológicos, como tablets, smartphones e similares. O acesso ao ebook é simples, permitindo a consulta de qualquer localidade, com conteúdo relevantes baseados em casos clínicos verídicos, além de vídeos factíveis e disponibilização de links para o aprimoramento dos conteúdos.

No que tange a estruturação do ebook interativo, 3 elementos essenciais foram firmados em sua base de fundamentação, sendo eles: integração de tecnologia digitais de informação e comunicação (TDICs), que aumenta e facilita seu alcance como instrumento pedagógico; o conteúdo se baseia na teoria da aprendizagem significativa (TAS), do conhecimento prévio sobre as linhas de cuidados aos pacientes hospitalizados adquirida ao longo da graduação de enfermagem; e uma proposta mais abrangente e acolhedora ao paciente, por meio de estímulos a adesão dos protocolos e ferramentas de boas práticas da metodologia da ONA pelas intervenções de uma Auditoria Clínica.

Considerando a Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel, através dos casos clínicos e sua complementação por vídeos e links, o leitor será estimulado e conduzido a atingir uma continuidade natural da aprendizagem, baseada em conhecimentos prévios existentes.

O ebook interativo foi desenvolvido enquanto Recurso Didático, demonstrando a dimensão da aplicabilidade de uma Auditoria Clínica nas Instituições de Saúde, preenchendo uma lacuna existente entre as fragilidades ocorridas no decorrer da assistência ao paciente podendo ocasionar possíveis incidentes e eventos adversos, com a resolutividade por meio de boas práticas e intermédio da metodologia da ONA.

Atentando todo o processo deste estudo, é perceptível a importância da aplicabilidade de uma metodologia voltada para a Acreditação nas instituições de saúde, pois todos os padrões e requisitos são norteados em promover a segurança do paciente, favorecendo eficiência e eficácia nos cuidados à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRA, Glenda et al. Análise do conceito de Aprendizagem Significativa à luz da Teoria de Ausubel. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 72(1), 2019.

ALVES, Viviane Vilela; BENITO, Linconi Agudo Oliveira. Instituições de saúde certificadas pela Organização Nacional de Acreditação. **Acta de Ciências e Saúde**, v. 01, n. 02, 2013.

BARATTO, Mari Angela Meneghetti et al. Cultura de segurança do paciente: perspectiva de trabalhadores da saúde e apoio. **Acta Paulista de Enfermagem**, 34, 2021.

BOLEK, Vladimir et al. Process modeling of internal audit in healthcare center. **Kontakt**, 17(3), 2015.

BRAGA, Aline Togni; PENA, Mileide Moraes; PINHEL, Inahia. O que significa trabalhar em hospital acreditado? Percepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, 12(6), 2018.

CADEDDU, Chiara et al. Using health care audit to improve quality of clinical records: the preliminary experience of an Italian Cancer Institute. **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità**, 53(4), 2017.

CALDANA, Graziela et al. Instrumentos para avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, 32, 2018.

CARAM, Caroline da Silva; BRITO, Maria José Menezes; PETER, Elizabeth. Acreditação hospitalar: a excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, 1(1), 2019.

CERVILHERI, Andressa Hirata et al. Qualidade em hospital acreditado na percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, 25, 2020.

COFEN – Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. – Disponível em <http://www.portalcofen.gov>. Acesso em 14 abr 2024.

COFEN – Resolução COFEN nº 720/2023. Normatiza a atuação do Enfermeiro em Auditoria. – Disponível em <http://www.portalcofen.gov>. Acesso em 28 jun 2023.

COUTINHO, Pedro; PESTANA, Olívia. Ebooks: evolução, características e novas problemáticas para o mercado editorial. **Páginas a&b: Arquivos e Bibliotecas**, 169 – 195, 2015.

CUNHA, Simone Grazielle Silva et al. El desempeño del enfermeiro em el contexto de acreditación hospitalaria: una revisión integrativa. **Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 40, 2021.

DADICO, Luciana. Modos de Ler Livros em Meios Digitais: Transformações da Experiência. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, 2017.

DALGALLO, Lídia; DUTRA, Alessandra; SILVEIRA, Rosemari Monteiro Foggiatto. Construção de e-book como ferramenta de ensino-aprendizagem no curso superior de enfermagem: aplicação na disciplina de prática integradora IV. **Revista Educação Online**, n. 40, 2022.

DIAS, Teresa Cristina Lyporage et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64(5), 2011.

FABRO, Gisele Caroline Richi et al. Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. **Revista CuidArte Enfermagem**, 14(2), 2020.

FABRO, Gisele Caroline Richi et al. Contribuições da auditoria para a gestão na atenção hospitalar: revisão integrativa. **Revista CuidArte Enfermagem**, 15(2), 2021.

FERREIRA, Larissa de Lima et al. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73(2), 2020.

FLOTTORP, Signe Agnes et al. Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. **Policy Summary 3 European Observatory on Health Systems and Policies**, 19, 2010.

FONSECA, Cláudia de Alvarenga Diniz et al. Auditoria clínica como ferramenta da qualidade assistencial: relato de experiência. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, 6(2), 2017.

GAMA, Daniely Oliveira Nunes et al. Caracterização da produção científica sobre erro no trabalho em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, 35, 2022.

GAMARRA, Tatiana Pereira das Neves. Auditoria na saúde suplementar: uma revisão integrativa. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 7, n. 2, 2018.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. **Editora Atlas**, 6ª edição, 2011.

GOMES, Elaine Dias; ARAÚJO, Ademilson Ferreira de; BARBOZA, Reginaldo José. Auditoria: alguns aspectos a respeito de sua origem. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Contábeis**, n. 13, 2009.

GROSSI, Marcia Gorett Ribeiro; MURTA, Flávio Cançado; SILVA, Mislene Dalida. A Aplicabilidade das Ferramentas Digitais da Web 2.0 no Processo de Ensino e Aprendizagem. **Contexto & Educação**, n. 104, 2018.

HARRIS, Michelle A et al. Audit and feedback to improve the management of dyslipidemia in primary care in Jamaica: A randomized controlled Trial. **Global Journal of Medicine and Public Health**, 5(1), 2016.

LEMOS, Evelyse dos Santos. A teoria da aprendizagem significativa e sua relação com o ensino e com a pesquisa sobre o ensino. **Aprendizagem Significativa em Revista**, v1(3), pp. 47-52, 2011.

LIMA, Eduardo; BIDARRA, José. A produção e a utilização de ebooks interativos e multimídia em EaD. In CBIE 2015. **Congresso Brasileiro de Informática na Educação**, 4, Brasil, 2015.

LIMA, Eliana Claudino de et al. Auditoria de qualidade: melhoria dos processos em um hospital público. **Revista Administração em Saúde**, 15(58), 2013.

LOPEZ, Evelyn da Costa Martins Silva et al. Cultura de Segurança do Paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020.

MANUAL PARA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE. **OPSS**. Versão 2022-2026. São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2021.

MARTINS, Ana Cristina Marques et al. Óbitos por eventos adversos a medicamentos no Brasil: Sistema de Informação sobre Mortalidade como fonte de informação. **Cadernos de Saúde Pública**, 38(8), 2022.

MELO, Elizabeth Santos et al. Validação de livro eletrônico interativo para redução do risco cardiovascular em pessoas vivendo com HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 30, 2022.

MELLO, Lucas Rodrigo Garcia de et al. Núcleo segurança do paciente: perfil dos recursos humanos no cenário brasileiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, 34, 2021.

MIRANDA, Márcio Batista de. Ebook como mídia do conhecimento. **VI Seminário Leitura de Imagens para a Educação: Múltiplas Mídias**, Florianópolis, 2013.

MOREIRA, Marcos Antônio. Aprendizagem significativa: a teoria e textos complementares. **Livraria da Física**, 1ª edição, capítulos 1 e 5, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de et al. Interface entre acreditação e segurança do paciente: perspectivas da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 54, 2020.

OLIVEIRA JR, Nery José de; CARDOSO, Kássia Eliza. O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 68, 2017.

PERES, Merianny de Avila et al. Percepção de familiares e cuidadores quanto à Segurança do Paciente em unidades de internação pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

PICHETT, Sara Fernandes; CASSANDRE, Marcio Pascoal; THIOLENT, Michel Jean Marie. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação Revista Quadrimestral**, v. 39, 2016.

PINTO, Karina Araújo; DE MELO, Cristina Maria Meira. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 44(3), 2010.

PINTO, Marcélia Chagas; DA SILVA, Lázaro Souza; SOUZA, Ester de Almeida. A importância dos registros de enfermagem no contexto avaliativo da auditoria. **Revistas Científicas da UNIPAR**, v. 24, n. 3, 2020.

RHODEN, Deise Juliana et al. Estresse e resiliência de enfermeiros antes e depois da avaliação para acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 75(3), 2022.

SANTOS, Vanide Alves dos et al. O uso das ferramentas digitais no ensino remoto acadêmico: desafios e oportunidades na perspectiva docentes. **Anais VII Congresso Nacional de Educação**, 2020.

SANTOS, Vitória Régia Dias dos et al. Instrumento norteador para auditoria clínica de protocolos. **Revista de Administração em Saúde**, v. 21, n. 82, 2021.

SCHUARTZ, Antonio Sandro; SARMENTO, Helder Boska de Moraes. Tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) e processo de ensino. **Revista Katálisis**, v. 23, n. 3, p. 429-438, 2020.

SETZ; Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2015.

SILVA, Aline Teixeira et al. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro e hospital. **Revista de Enfermagem UPE**, 12(6), 2018.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 37(esp), 2016.

SILVA, Luciano Barbosa da; TAVARES, Cláudia Mara de Melo; TAVARES, Marilei de Melo. Tecnologia digital de informação e comunicação como agente otimizador na relação ensino-aprendizagem na saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, 10(2), 2019.

SILVA, Maria Verônica Sales da et al. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, 2012.

SOUSA, Renata Sodré et al. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: análises das notificações em um hospital sentinela. **Revista de Enfermagem UERJ**, 25, 2017).

SOUZA, Alana Tamar Oliveira de et al. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 68(4), 2015.

SOUZA, Kellcia Rezende; KERBAUY, Maria Teresa Miceli. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Revista Educação e Filosofia**, v. 31, p. 21-44, 2017.

SOUZA, Luziane Agostine Alves de; DYNIEWICZ, Ana Maria; KALINOWSKI, Luísa Canestraro. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. **Revista Administração em Saúde**, 12(47), 2010.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a pesquisadora Monique da Cunha Viter pertencente ao Hospital Filantrópico Santa Izabel, aluna do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA a desenvolver sua pesquisa intitulada **AUDITORIA CLÍNICA RETROSPECTIVA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Segurança do Paciente em Destaque**, sob a orientação da Professora Doutora Ilda Cecília Moreira da Silva. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Hélcio Simas de Azevedo
(Provedor)


Dr. Hélcio Simas de Azevedo
Provedor
CRM: 52.44897-5

Cabo Frio, 26 de outubro de 2021