

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Láís Braga Paulon

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA ODONTOLOGIA:
*UM INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO E CONTROLE
A EVENTOS ADVERSOS NO AMBIENTE ACADÊMICO***

Belo Horizonte
2024

Laís Braga Paulon

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA ODONTOLOGIA:
UM INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO E CONTROLE
A EVENTOS ADVERSOS NO AMBIENTE ACADÊMICO**

Dissertação apresentado ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à Obtenção do grau de Mestre em Odontologia – área de concentração Odontologia em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Denise Vieira Travassos
Coorientador: Prof. Carlos José de Paula

Belo Horizonte
2024

Ficha Catalográfica

P331s Paulon, Laís Braga.
2024 Segurança do paciente na odontologia: um instrumento de
T prevenção e controle a eventos adversos no ambiente
acadêmico / Laís Braga Paulon. -- 2024.

67 f. : il.

Orientadora: Denise Vieira Travassos.

Coorientador: Carlos José de Paula.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Segurança do paciente. 2. Odontologia. 3. Lista de checagem. I. Travassos, Denise Vieira. II. Paula, Carlos José de. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA LAIS BRAGA PAULON

Realizou-se, no dia 31 de julho de 2024, às 14:00 horas, por meio da plataforma virtual zoom, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *SEGURANÇA DO PACIENTE NA ODONTOLOGIA: UM INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO E CONTROLE A EVENTOS ADVERSOS NO AMBIENTE ACADÊMICO*, apresentada por LAIS BRAGA PAULON, número de registro 2022690510, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Profa. Denise Vieira Travassos - Orientadora (Faculdade de Odontologia da UFMG), Prof. Carlos José de Paula Silva (Faculdade de Odontologia da UFMG), Prof. Danilo Rocha Dias (Faculdade de Odontologia da UFMG), Profa. Thalita Thyrsa de Almeida Santa Rosa (UNIMONTES).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 31 de julho de 2024.

Profa. Denise Vieira Travassos (Doutora)

Prof. Carlos Jose de Paula Silva (Doutor)

Prof. Danilo Rocha Dias (Doutor)

Profa. Thalita Thyrsa de Almeida Santa Rosa (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Daniilo Rocha Dias, Professor do Magistério Superior**, em 31/07/2024, às 16:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Denise Vieira Travassos, Coordenador(a) de coordenadoria**, em 31/07/2024, às 16:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Jose de Paula Silva, Professor do Magistério Superior**, em 31/07/2024, às 16:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thalita Thyrsa de Almeida Santa Rosa, Usuária Externa**, em 31/07/2024, às 16:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3340380** e o código CRC **DDCE8803**.

A Deus e à minha família, por me
ampararem de todas as formas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que em sua infinita bondade, permitiu que pudesse chegar tão longe, onde meus pés jamais imaginariam.

Aos meus filhos, Larissa e Bernado, por compreenderem minhas constantes ausências e, ainda assim, continuarem sorrindo todos os dias, torcendo e vibrando pelo meu sucesso. Ao meu amor, Francis Moura, pelo apoio incansável. Vocês são minha fonte constante de amor e inspiração.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo constantes na busca pela concretização dos meus sonhos!

À minha amiga e companheira de jornada da pós-graduação, Flávia, pela parceria com os desafios das aulas no ensino superior. Essa jornada se tornou melhor com você por perto!

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Denise Vieira Travassos, pela disponibilidade e sabedoria, sendo fundamental durante todo o processo de realização do meu mestrado. Seguirei sempre a admirando!

Agradeço a meu coorientador, Prof. Carlos José, por se mostrar sempre solícito, me ajudando com sabedoria e paciência em todos meus questionamentos!

À Prof.^a Fabiana Vargas, pela sua gentileza em compartilhar sua experiência e conhecimento para concretização deste projeto. Sua presença foi uma fonte inestimável de aprendizado para mim.

À Prof.^a Narjara Barbosa da Costa, quem, como parecerista do projeto inicial, aprovou e analisou minuciosamente cada detalhe do documento, para garantir a devida execução do estudo final.

Aos demais professores da Pós-graduação em Saúde Pública que compartilharam conhecimentos cruciais para a minha formação acadêmica e, conseqüentemente, para esta produção.

Aos técnicos administrativos do CASEU, pela paciência e apoio durante a fase de coleta de dados.

Enfim, a todos que, mesmo com uma travessia cheia de obstáculos, fizeram com que eu superasse todos os entraves e conseguisse chegar até o outro lado. Por isso, registro aqui minha eterna gratidão a cada um de vocês!

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

RESUMO

A prestação do cuidado odontológico no âmbito da Atenção Primária representa uma parcela grande dos atendimentos odontológicos. Contudo, poucos estudos relacionados a prevenção de Evento Adverso (EA) neste nível de atenção foram conduzidos até o momento. Para muitos pesquisadores, a chave para mudar este cenário estaria associada a investimentos em práticas de segurança do paciente ainda na formação acadêmica, haja vista que áreas de interesse e conduta clínica aplicadas na prática profissional estão intimamente relacionadas a experiências vivenciadas durante a formação acadêmica. Neste contexto, o estudo objetivou compreender os eventos adversos que ocorrem nos cuidados primários, durante a graduação, bem como propor uma Lista de Verificação de Segurança do Paciente Odontológico como instrumento de prevenção e controle a eventos adversos neste nível de atenção. Trata-se de um estudo transversal, conduzido pelo método de revisão retrospectiva de prontuários, adaptado em três fases distintas: Fase Explícita; Fase Implícita e Fase Plano de Ação. Na fase explícita, foram selecionados para análise todos os prontuários ativos para atendimento odontológico na clínica de Atenção Primária a Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, entre 2020 e 2023. Um instrumento validado, composto por 14 rastreadores de Eventos Adversos, foi utilizado para análise dos prontuários. Na fase implícita, eventos adversos que foram identificados pelo instrumento rastreador foram avaliados por dois revisores, que confirmaram e/ou não a ocorrência do Evento Adverso Evitável. Na Fase Plano de Ação, houve o estudo das possíveis causas raiz do EA, bem como a elaboração de uma Lista de Verificação de Segurança do Paciente Odontológica (LVSPO). Análise descritiva e bivariada foram realizadas pelos testes Qui-Quadrado de Pearson e Fisher; ($p < 0,05$). Um total de 392 prontuários foram avaliados. A maioria era de pacientes mulheres (63,5%). A média (DP) da idade foi de 52,4 (8,5) anos. 49,2% ($n=189$) dos pacientes relataram, pelo menos, a presença de uma doença crônica; 6,3% ($n=24$) consumiam álcool com regularidade e 62 (16,2%) são fumantes. A frequência de detecção do evento/incidente foi de 26,3%, com procedimentos relacionados à dentística apresentando maior prevalência (17,3%). A frequência de evento considerado evitável foi de 21,9%. Causa raiz do EA foi associada principalmente à falha em procedimentos clínicos (19,1%). Indivíduos sem doença crônica apresentaram maior ocorrência de detecção do evento ($p=0,002$). Houve maior frequência de evento evitável quando não havia presença de doenças crônicas ($p=0,024$). Não houve associação com outras variáveis. Houve evidências de que os EAs ocorridos no cuidado prestado pelos graduandos eram, em sua maioria, evitáveis, sendo os pacientes considerados "menos susceptível a riscos" paradoxalmente os mais expostos a ocorrência de EA. A LVSPO se apresenta como um instrumento estratégico para melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária em Odontologia, uma vez que proporcionaria tanto o controle e prevenção a Eventos Adversos Evitáveis já no processo de formação profissional, como constituiria instrumento propulsor para futuros estudos sobre a disciplina Segurança do Paciente na Odontologia.

Palavras-chave: segurança do paciente; odontologia; evento adverso; graduação; lista de verificação.

ABSTRACT

Patient safety in dentistry: an instrument of prevention and control adverse events in the academic environment.

The provision of dental care in the scope of Primary Care represents a large portion of dental care, however, few studies related to prevention on adverse events (AE) in this level of care have been conducted to date. For many researchers, the key to changing this scenario would be associated with investments in patient safety practices still in academic training, given that areas of interest and clinical conduct applied in professional practice are closely related to experiences conducted during the academic training. In this context, the study aimed to understand the adverse events that affect primary care at the undergraduate level, as well as to propose a Dental Safety Checklist as an instrument for the prevention and control of adverse events at this level of care. This is a cross-sectional study, conducted using the method of retrospective review of medical records, adapted in this study in three distinct phases: Explicit Phase; Implicit Phase and Action Plan Phase. In the explicit phase, all active medical records for dental care at the Primary Oral Health Care clinic of the School of Dentistry of the Federal University of Minas Gerais, between 2020 and 2023, were selected for analysis. A validated instrument, consisting of 14 Adverse Event Trackers, was used to analyze the medical records. In the implicit phase, adverse events that were identified by the screening instrument were evaluated by two reviewers who confirmed and/or did not confirm the occurrence of the Avoidable Adverse Event. In the Action Plan Phase, understanding of the possible root causes of AE as well as the elaboration of a Dental Safety Checklist - LVSO. Descriptive and bivariate analyses were performed using Pearson's and Fisher's chi-square tests; ($p < 0.05$). A total of 392 medical records were evaluated. Most of the patients were women (63.5%). The mean (SD) age was 52.4 (8.5) years. 49.2% ($n=189$) of the patients reported at least one chronic disease; 6.3% ($n=24$) consumed alcohol regularly and 62 (16.2%) were smokers. The frequency of detection of the event/incident was 26.3%, with procedures related to dentistry presenting a higher prevalence (17.3%). The frequency of events considered avoidable was 21.9%. The root cause of AE was mainly associated with failure in clinical procedures (19.1%). Individuals without chronic disease had a higher occurrence of detection of the event ($p=0.002$). There was a higher frequency of avoidable events when there was no presence of chronic diseases ($p=0.024$). There was no association with other variables. There was evidence that AEs occurred in the care provided by undergraduate students were mostly avoidable, and patients considered "less susceptible to risks" were paradoxically the most exposed to the occurrence of AEs. The LVSO presents itself as a strategic instrument to improve the quality of care in Primary Care in Dentistry, since it would provide both, the control and prevention of avoidable adverse events already in the process of professional training, as well as future studies on the Theme of Patient Safety in Dentistry.

Keywords: patient safety; dentistry; adverse event; graduation; checklist.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O modelo do “queijo suíço” de como as defesas, barreiras e proteções podem ser penetradas por uma trajetória de acidentes.....	13
Figura 2 - Fluxograma exemplificando método de revisão retrospectiva adaptado para estudo.....	22
Figura 3 - Proposta de Lista de Verificação de Segurança Odontológica	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Característica da amostra de prontuários por semestre (N=392), Belo Horizonte, MG, Brasil, 2024.....	20
Tabela 2- Erro humano x falha ativa propiciada passível de ser prevenida	24
Tabela 2- Descritiva das variáveis do estudo (N=392), Belo Horizonte, MG, 2024	34
Tabela 3- Associação entre exposições e o desfecho “evento detectado pelo rastreador” entre indivíduos (N=392), Belo Horizonte, 2024	36
Tabela 4- Associação entre exposição e desfecho “evento considerado evitável” entre indivíduos (n=392), Belo Horizonte,2024.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Atenção Primária
AS	Atenção Secundária
CASEU	Centro de Apoio, Seleção e Encaminhamento do Usuário
CD	Cirurgião-Dentista
EA	Evento Adverso
FAO	Faculdade de Odontologia
LVCS	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
LVSO	Lista de Verificação de Segurança Odontológica
NRLS	Sistema Nacional de Relatórios e Aprendizagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PM	Prescrição Medicamentosa
VC	Viés Cognitivo

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2 OBJETIVO	18
2.1 Objetivo geral	18
2.1 Objetivo específico	18
3 METODOLOGIA EXPANDIDA	19
3.1 Considerações éticas	19
3.2 Característica da amostra	19
3.3 Instrumento e Método de coleta	20
3.4 Variáveis e Definições de termos	23
3.5 Análise de dados	24
3.6 Elaboração do Produto Técnico	24
4 RESULTADOS	25
4.1 Artigo Científico.	25
4.2 Produto científico	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
ANEXO A - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica Segura - LVCS sugerida pela OMS	65
ANEXO B - Formulário para rastreadores de eventos adversos em odontologia ambulatorial	66
ANEXO C - Lista de Segurança para extração dental	67

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O avanço da ciência e da tecnologia biomédica ao longo da história permitiu que o cuidado à saúde se desenvolvesse para ser cada vez mais efetivo (CHANTLER, 1999). Passamos a ter acesso a tecnologias contemporâneas que favorecem diagnósticos assertivos, tratamento de doenças complexas, inovação e aperfeiçoamento de medicações que melhoram não apenas a qualidade vida dos pacientes, mas também a de profissionais atuantes da área (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Por consequência, pode-se dizer que o cuidado à saúde se tornou mais complexo em todos os níveis de atenção e em todas as especialidades de saúde, inclusive na Odontologia (BAILEY, 2015). “O cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém, potencialmente perigoso” (CHANTLER, 1999).

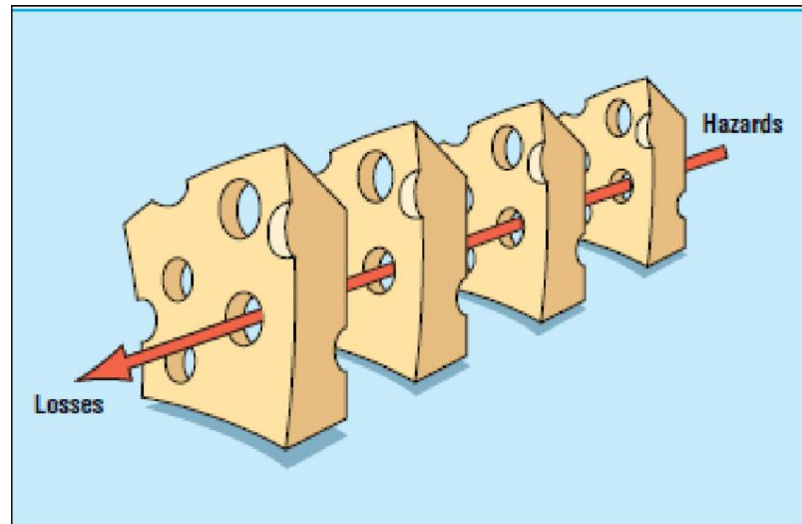
Apesar dos profissionais de saúde estarem sempre comprometidos em cuidar do paciente para melhorar sua condição de saúde, falhas não intencionais podem acontecer no decorrer desse processo (IOM, 2000). Existe uma curva de aprendizagem para usar uma nova tecnologia, uma nova técnica, e, à medida que essa curva vai acontecendo, o profissional está susceptível ao erro. Errar é algo intrínseco ao ser humano (REASON, 2000).

O modelo do “queijo suíço”, descrito por Reason (2000), relaciona que o erro humano até pode ocasionar um incidente por uma falha isolada, contudo, um erro se torna muito mais propenso a causar um incidente quando falhas ativas e latentes se unem sequencialmente em uma única trajetória (Figura 1) (REASON, 2000).

A falha ativa acontece quando uma pessoa, por lapso, deslize, erro e/ou violação processual, não segue um procedimento padrão determinado para atividade. Já a falha latente é considerada uma falha incorporada ao sistema de trabalho, podendo esta atuar tanto na criação de situações que provoquem o erro no local de trabalho, tais como: equipe defasada, equipamentos inadequados, pressão psicológica, falta de treinamento e fadiga, como na criação de fraquezas que ficam aparentemente adormecidas no sistema, como: alarmes e indicadores não confiáveis, procedimentos impraticáveis, deficiências de projeto e construção (REASON, 2000).

A união de falhas ativas e latentes de forma sequencial propulsionam uma possibilidade maior de incidente, isto é, “o erro não é causa de um evento; é o resultado de um evento” (REASON, 2000).

Figura 1: O modelo do “queijo suíço” de como as defesas, barreiras e proteções podem ser penetradas por uma trajetória de acidentes.



Fonte: Reason, 2000.

Gerenciar os riscos humanos e/ou operacionais, com vistas à prevenção de falhas, humanas ou técnicas, na assistência à saúde como um todo, são atualmente objetivos da disciplina de Segurança do Paciente (CORRIGAN *et al.*, 2001).

Para compreensão da importância que essa ciência assume na qualidade do cuidado à saúde, faz-se necessário conhecer alguns conceitos: 1) Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; 2) Risco: probabilidade de um incidente ocorrer; 3) Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. ; 4) Circunstância Notificável: incidente com potencial dano ou lesão; 5) *Near miss*: incidente que não atingiu o paciente; 6) Incidente sem lesão: incidente que atingiu paciente, mas não causou danos; 7) Evento Adverso: incidente que resulta em dano ao paciente; 8) *Never Event*: são eventos

adversos graves que jamais deveriam acontecer por gerarem dano grave ou óbito; 9) Cultura de segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (WHO, 2009; BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defini segurança do paciente como a “*redução do risco de danos desnecessários aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável*” (BRASIL, 2013). A redução de riscos se dá pelo estudo de estratégias de segurança dentro da rotina de trabalho dos profissionais de saúde, que promovem o controle de atos inseguros e, conseqüentemente, a prevenção de Eventos Adversos (EA) (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Atualmente, a segurança do paciente é considerada uma das métricas de qualidade pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América. Junto a ela, encontram-se os atributos: efetividade do cuidado, centralidade no paciente, oportunidade do cuidado, eficiência e a equidade (CORRIGAN *et al.*, 2001).

Na prática, serviços de saúde que diminuem a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário ao paciente, por meio da consolidação de protocolos de segurança, estão, de fato, dispondo de uma qualidade superior em seus serviços (GAMA e SATURNO, 2013).

A odontologia, ansiando alcançar uma assistência à Saúde Bucal mais segura e, conseqüentemente, de maior qualidade, apresentou nos últimos anos um crescimento de pesquisas em prol do fortalecimento da cultura de segurança do paciente (CORREA *et al.*, 2020). Foi um crescimento considerado singelo quando comparado ao médico/hospitalar, mas, ao mesmo tempo, e mesmo que de forma incipiente, aponta para uma mudança de percepção quanto à importância de se controlar fatores de risco inerentes à profissão, além da quebra de paradigma de que os atendimentos odontológicos não são capazes de gerar dano em decorrência dos EAs (CHRISTIANI e ROCHA, 2015).

Hoje, tem-se o consenso de que os mesmos fatores de risco associados ao erro existentes nos profissionais de saúde, também ocorrem nos cirurgiões dentistas. Desta forma, lapsos, deslizes e erros técnicos podem levar a falhas ativas, tais como: na averiguação do histórico médico e na prescrição, na proteção contra inalação ou ingestão de objetos ou produtos químicos; no controle de infecção e

descontaminação, no encaminhamento de pacientes, na verificação do plano de tratamento com os achados clínicos e os exames radiográficos, e na higiene incorreta das mãos (BLACK; BOWIE, 2017).

Um incidente configura Evento Adverso quando qualquer acontecimento não intencional e inesperado, decorrente do cuidado de saúde, resulta em dano ao paciente, desde que não esteja associado à doença base (WHO, 2009).

Infecções, perda do elemento dentário, fratura e perfuração de raízes, hemorragias e hematomas, aspiração de produto químico ou corpo estranho, são exemplos de danos que podem acontecer em decorrência de EAs durante procedimentos clínicos odontológicos (CORREA; MENDES, 2017).

Radiações ionizantes desnecessárias, atrasos em tratamentos levando à piora do prognóstico, alergia e interações medicamentosas são exemplos de danos relacionados a EA em procedimentos ditos não clínicos ou administrativos, como encaminhamentos incompletos, solicitação errônea ou desnecessária de exames e prescrição medicamentosa inadequada ao paciente (JADUN *et al.*, 2020).

Para Mendes (2009), todo incidente chamado de EA é considerado evitável, pois resultou em dano desnecessário ao paciente, que poderia ter sido evitado se medidas disponíveis tivessem sido aplicadas. Já as complicações ditas inevitáveis são, de fato, inesperadas (MENDES., 2019).

Particularmente no cuidado odontológico, torna-se crucial controlar fatores de risco que levem ao erro, uma vez que a atividade requer grande habilidade do dentista (YAMALIK; PEREA-PÉREZ, 2012). O uso de ferramentas, da prática reflexiva e de estratégias de gerenciamento de risco são ditos como importantes aliados para dentistas e/ou equipes tornarem o atendimento ao paciente mais seguro (BAILEY., 2015; PEMBERTON., 2014).

Entre os métodos preventivos a EA mais estudados pela odontologia está a Lista de Verificação de Cirúrgica Segura (LVCS) da Organização Mundial da Saúde - OMS (Anexo A) (BRASIL, 2009)

Segundo Christiani e Rocha (2019), entre as vantagens do uso da LVSC em odontologia estão: possibilidade de adaptação a diferentes necessidades e qualquer nível de atenção ao cuidado, necessidade de baixo recurso financeiro para sua implantação, melhoria da qualidade de processos de trabalho (prontuários clínicos mais completos e fidedignos, comunicação eficaz, redução do estresse pelo

profissional etc.) (BAILEY *et al.*, 2015; CHRISTIANI e ROCHA., 2019; KNEPIL; HARVEY; BEECH, 2013; PEREA-PEREZ *et al.*, 2011; SCHMITT *et al.*, 2018; WRIGHT *et al.*, 2018).

As LVCS adaptadas para a odontologia contêm informações simples, de conhecimento técnico dos dentistas, porém, seu uso fornece ordem, lógica e sistematização para verificação de itens envolvidos na segurança do paciente (PEREA-PEREZ *et al.*, 2011). Sua aplicação clínica permite o que dentista não negligencie informações importantes sobre o paciente e sobre o procedimento planejado, de forma a prevenir e mitigar Eventos Adversos e “Never Events” na prática odontológica (WRIGHT *et al.*, 2018).

A LVCS foi proposta em 2004 pelo Programa *World Alliance for Patient Safety*, como parte do Protocolo de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2009), ou seja, sua essência está voltada para um cuidado mais complexo, em âmbito hospitalar.

Talvez por este motivo, grande parte das adaptações da LVCS para odontologia também apresentam foco em procedimentos considerados de alta complexidade e, portanto, críticos para ocorrência de incidentes, como cirurgias e tratamento endodônticos CHRISTIANI *et al.* 2015; CHRISTIANI e ROCHA, 2019; DÍAZ-FLORES-GARCÍA *et al.*, 2014; HIIVALA *et al.*, 2013; PEREA-PEREZ *et al.*, 2011; SAKSENA *et al.*, 2014; THUSU *et al.*, 2012; WRIGHT *et al.*, 2018).

Contudo, ao se observar o cenário mundial da prestação do cuidado a Saúde Bucal, 95% dos atendimentos odontológicos são prestados no âmbito da Atenção Primária (AP), (BAILEY e DUNGARWALLA, 2021), por profissionais com atuação comumente fragmentada e solitária (PEREA-PÉREZ *et al.*, 2011). A atuação isolada estaria atrelada à limitação de conhecimento, e, conseqüentemente, ao subdesenvolvimento de estudos associando a Segurança do Paciente com cuidados primários em odontologia (PEMBERTON, 2014).

Segundo Perea-Pérez (2011), outro fator que impacta a produção científica sobre o tema na Atenção Primária estaria relacionado ao medo do relato do EA ter alguma repercussão negativa nos lucros do consultório (PEREA-PÉREZ., 2011).

Nesse sentido é importante destacar que a notificação de incidentes é uma das principais premissas da Cultura de Segurança do Paciente, e não tem caráter

punitivo. Notificar permite que outros profissionais aprendam com os erros, diminuindo a probabilidade de EAs similares aconteçam novamente (BRUNTON., 2012).

Palmer *et al.* (2019), ressalta que a mudança nesse cenário começaria com introdução de práticas voltadas à Segurança do Paciente nos centros de formação acadêmica, já que a conduta que o cirurgião-dentista aplica na prática profissional está intimamente relacionada ao conhecimento adquirido na graduação (PALMER, *et al.* 2019).

A assistência à saúde bucal prestada por alunos em escolas de odontologia é considerada como primária, sendo exatamente nesse nível de atenção que se constata com mais acerto resultados positivos na qualidade do cuidado, por meio da implementação de iniciativas à prevenção de falhas (CORONADO-VÁZQUEZ *et al.*, 2017).

Para Perea-Pérez *et al.* (2014), uma formação baseada na segurança do paciente permitiria que o futuro profissional passasse a ter não apenas habilidade técnicas, mas também habilidades para gestão do risco, tornando-o mais competitivo para o mercado de trabalho, além de um propulsor da cultura de segurança do paciente (PEREA-PÉREZ *et al.*, 2014).

Diante do exposto, acredita-se que a melhor estratégia para promover um cuidado mais seguro na AP a Saúde Bucal seja capacitar os futuros profissionais, ainda na vida acadêmica, com um modelo assistencial baseado na Segurança do Paciente, que controle, previna e capacite com os erros. O desenvolvimento de uma lista de verificação de segurança do paciente congruente com os desafios encontrados nos atendimentos clínicos no curso da formação acadêmica poderia auxiliar o futuro profissional, não apenas em seu cotidiano na graduação, mas também na vida profissional. Para tanto, faz-se necessário entender a dinâmica dos EAs nesse nível de atenção para estudo e aplicação da gestão de riscos no ensino da graduação.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Propor uma Lista de verificação, como instrumento de prevenção e controle a eventos adversos nos cuidados primários prestados por alunos na formação acadêmica.

2.2 Objetivos específicos

1. Realizar uma revisão retrospectiva de prontuários em uma das clínicas de atendimento ao paciente da Faculdade de odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, com foco na prestação do cuidado odontológico no Âmbito da Atenção Primária, realizado por graduandos;

2. Identificar e compreender os eventos adversos relacionados à prática odontológica no ambiente acadêmico;

3. Elaborar uma Lista de Verificação de Segurança do Paciente Odontológica com potencial para nortear os atendimentos odontológicos realizados pelos alunos no processo de formação profissional.

3 METODOLOGIA EXPANDIDA

Trata-se de um estudo transversal, conduzido dentro da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, especificamente na Disciplina Atenção Integral ao Adulto II.

Esta disciplina é obrigatória, faz parte da grade curricular do sétimo período de formação acadêmica, possui carga horária de 60 horas e possui como ementa o “Diagnóstico clínico das condições de saúde bucal, planejamento e atendimento odontológico integral em atenção primária do adulto (36 a 60 anos de idade), aplicação do conceito de promoção de saúde. Manutenção e controle de pacientes com alta nesta clínica intramuro”.

Os procedimentos clínicos realizados na disciplina incluem áreas como: Preventiva (Acolhimento e humanização do atendimento; Biossegurança na prática clínica e controle de infecção; Abordagem clínica no atendimento odontológico ao adulto de 36 a 60 anos, ambos os sexos; Anamnese e semiologia; Exame clínico e complementar, propedêutica clínica; Técnicas radiográficas intrabucais; Planejamento integral em atenção primária; Manejo de pacientes; Controle mecânico-químico do biofilme dental;); Dentística (Tratamento restaurador direto; Confecção de restaurações provisórias inerentes à atenção primária; Manutenção Preventiva); Periodontia (Procedimentos periodontais integrados;); endodontia (Tratamento endodôntico radical do sistema de canais radiculares em dentes unirradiculares e birradiculares, classe I;); Cirurgia (Exodontias, via alveolar e não alveolar, de média a baixa complexidade;).

Para adquirir conhecimento e apropriação sobre o tema Segurança do Paciente em Odontologia buscou-se artigos científicos nas bases de dados PubMed/MEDLINE E LILACS, SCIELO, utilizando os descritores: Segurança do paciente, Odontologia, Atenção Primária, Evento Adverso, Lista de verificação, Graduação, em português, inglês e espanhol.

3.1 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais envolvendo seres humanos, CAAE: 71345123.8.0000.5149

Houve aprovação pelo Departamento e pelo Colegiado de Pós-Graduação, com dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, e apresentação do Termo de Compromisso de Utilização de Dados – TCUD, pelo parecer nº 6.265.757.

3.2 Característica da amostra

Foram incluídos no estudo todos os prontuários selecionados para atendimento na disciplina Atenção Integral ao Adulto II entre 2020 e 2023.

Todos os prontuários desta disciplina estão disponíveis em formato físico. A busca pelos prontuários ocorreu em um semestre de cada vez, começando do segundo semestre de 2023 para semestres anteriores sequencialmente, por meio do Sistema de Gestão do Centro de Apoio, Seleção e Encaminhamento do Usuário – CASEU.

Prontuários duplicados pelo sistema CASEU e prontuários que já haviam sido selecionados e avaliados pela pesquisadora em um semestre do estudo, caso fossem novamente selecionados para atendimento em um semestre distinto, foram considerados já avaliados, sendo, portanto, excluídos do semestre em análise.

Também foram excluídos prontuários considerados perdidos.

No segundo semestre de 2020 e no primeiro semestre de 2021 não houve atendimento devido a Pandemia do COVID -19 nesta Disciplina.

A Tabela 1 exemplifica a população total de prontuários em cada semestre do estudo.

Tabela 1 – Característica da amostra de prontuários por semestre (N=392), Belo Horizonte, MG, Brasil, 2024.

Ano/semestre	Sistema CASEU	Prontuários Duplicados	Prontuários Perdidos	Prontuários já avaliados	Total de prontuários por semestre
2023/2	114	9	1	0	104
2023/1	109	3	2	20	84
2022/2	80	4	5	30	41
2022/1	137	13	1	13	110
2021/2	57	4	1	30	22
2021/1	0	0	0	0	0
2020/2	0	0	0	0	0
2020/1	60	1	1	27	31
Total					392

Fonte: Autor, 2024.

3.3 Instrumento e Método de Coleta

A pesquisa elegeu a revisão retrospectiva de prontuários como método de investigação e coleta de dados. Este método auxilia a gestão de serviços em saúde na introdução de um modelo assistencial baseado na segurança do paciente (WHO, 2010).

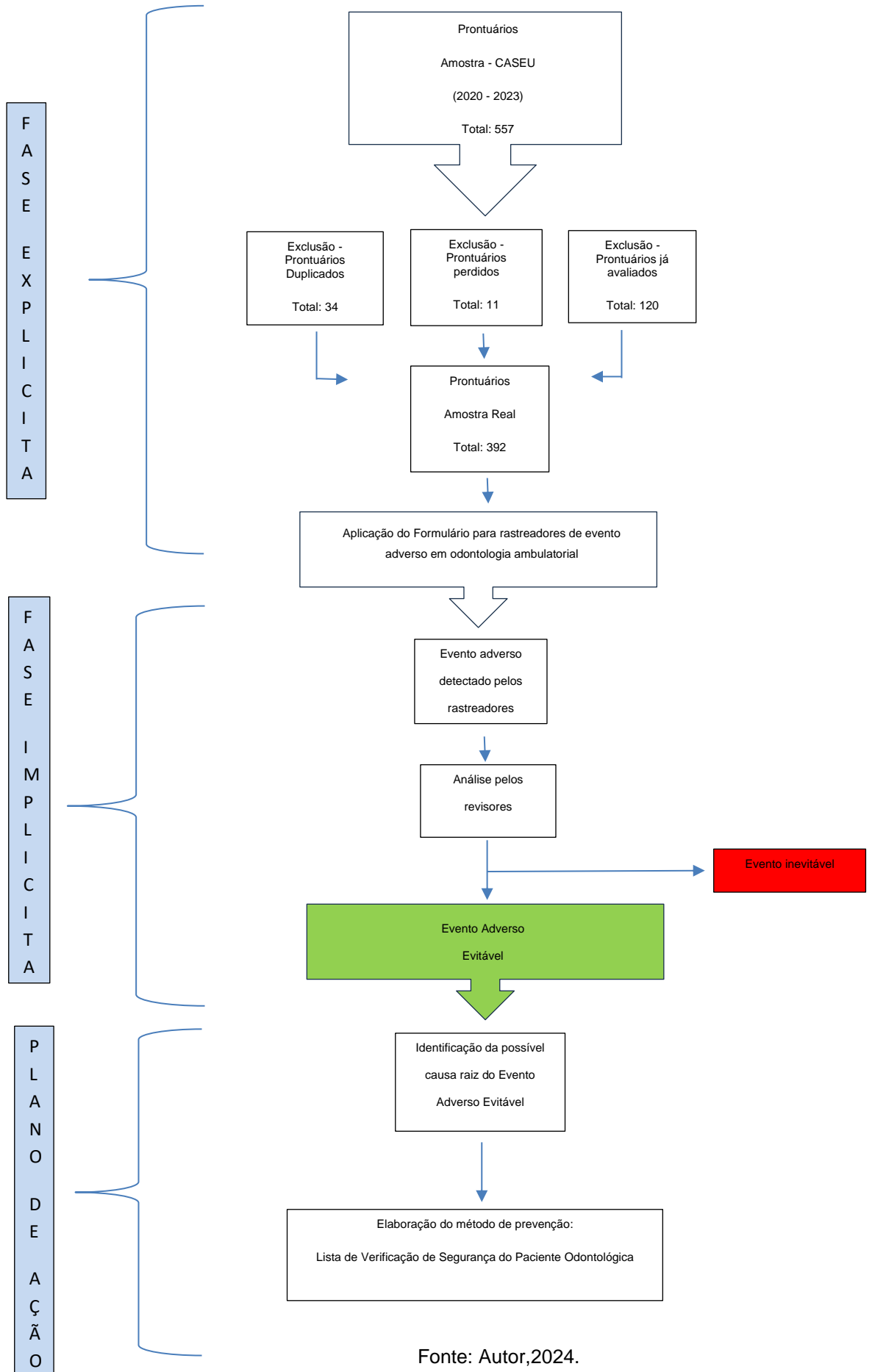
Para este estudo optou-se pela adaptação do método tradicional, originalmente desenvolvido em duas fases, para três fases distintas (Figura 2):

I. Primeira fase (Explícita): Depois de obter a população total dos prontuários selecionados para atendimento em cada semestre, o pesquisador analisou a evolução clínica dos prontuários utilizando um instrumento validado, intitulado “Formulário para rastreadores de evento adverso em odontologia ambulatorial” (CORRÊA; MENDES, 2017). Trata-se de um formulário estruturado com quatorze rastreadores, com critérios explícitos para identificar eventuais eventos adversos no cuidado odontológico (ANEXO B). É possível encontrar mais de um rastreador no mesmo prontuário.

II. Segunda fase (Implícita): Nos casos positivos, ou seja, cujo rastreador detectou um EA, seguiu-se para uma avaliação com dois revisores que confirmaram e/ou rejeitaram a ocorrência de EA evitável.

III. Terceira fase (Plano de Ação): Estudo da possível causa raiz dos EA considerado como evitável e elaboração de método de prevenção: Lista de Verificação de Segurança do Paciente Odontológica.

Figura 2 – Fluxograma exemplificando método de revisão retrospectiva adaptado para estudo.



3.4 Variáveis e Definição de Termos

As variáveis usadas para caracterização dos prontuários foram coletadas a partir da observação dos dados registrados nos prontuários odontológicos: Sexo, faixa etária, doença crônica, autorrelato de bruxismo, ansiedade, tabagismo, consumo de álcool, uso de entorpecentes, prontuário preenchido, ficha clínica preenchida, levantamento global de necessidades preenchido, planejamento integral preenchido, número de consultas.

Para conhecer a adesão aos registros clínicos, foi observado a presença dos dados: data do procedimento, região/dente de tratamento e assinatura do aluno/professor.

As variáveis usadas para rastreamento de EA eram compostas pelos quatorze rastreadores que compunham o instrumento “Formulário para rastreadores de evento adverso em odontologia ambulatorial” (CORRÊA; MENDES, 2017).

As variáveis que caracterizam o desfecho foram: Evento detectado pelo rastreador e Evento considerado evitável.

As métricas específicas de segurança do paciente relacionadas à odontologia ainda estão em desenvolvimento no Brasil. Portanto, para este estudo, EA foi definido, de acordo com a OMS, como “qualquer acontecimento não intencional e inesperado que resulta em dano ao paciente decorrente do cuidado de saúde desde que não associado à doença base” (WHO, 2009). Ou seja, a progressão normal de doença não será considerada um EA. Por exemplo, retorno do paciente à faculdade com quadro de dor aguda após colocação de restauração temporária em dente cariado não será considerado um EA.

Ainda dentro das prerrogativas da OMS, o dano foi considerado como “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico” (WHO, 2009).

Para determinar se o EA era ou não evitável, considerou passível de se prevenir aquele que sua causa raiz estava associada há falhas de origem no “Erro humano”. Como mostra a Tabela 2, o estudo considerou três tipos de “erro humano” que propiciam falhas passíveis de serem evitadas: “Erro técnico”, “Comunicação ineficaz” e “Processos administrativos”.

Tabela 2. Erro humano x falha ativa propiciada passível de ser prevenida

Erro	Descrição da Falha
Erro Técnico	Falha relacionados à falta de conhecimento, atitude e habilidades (YOSHIKAWA J, et al., 2013)
Comunicação ineficaz	Falha na comunicação entre membros da equipe, e/ou entre equipe e paciente (WHO,2009)
Processos administrativos	Falha em processos não clínicos e/ou administrativos (THUSU <i>et al.</i> , 2012).

Fonte: Autor, 2024.

3.5 Análise de Dados

O Microsoft Excel foi usado para organizar a coleta dos dados. Visando assegurar a adequação da planilha de coleta de dados, um teste piloto foi conduzido em 25 prontuários, do segundo semestre de 2023 da disciplina Adultos II. Dessa forma, observou-se que houve uma boa identificação e reprodutividade dos dados dos prontuários.

Para análise estatística utilizou-se o software SPSS 21.0. Análises descritiva (N, %, média e DP) e bivariada (Testes Qui Quadrado de Pearson e Exato de Fisher) foram realizadas. Consideraram-se as variáveis com $p < 0,05$ como associadas aos desfechos (evento é evitável e evento foi detectado pelo rastreador).

3.6 Elaboração do Produto Técnico

O conhecimento adquirido na literatura científica sobre Segurança do Paciente adicionado aos resultados encontrados pela pesquisa serviu de base para a escolha dos itens de verificação de segurança do paciente escolhidos para compor a Lista de Verificação de Segurança do Paciente Odontológica.

4 RESULTADOS

Os resultados foram aqui apresentados no formato de artigo científico, submetido para a revista Ciência e Saúde Coletiva.

4.1 Artigo Científico

INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO E CONTROLE A EVENTOS ADVERSOS EM ODONTOLOGIA NO CENÁRIO ACADÊMICO: ANÁLISE PRELIMINAR

Laís Braga Paulon – lais.paulon@gmail.com – ORCID 0009-0005-2222-4034

Carlos José de Paula – caseodo@gmail.com ORCID 0000-0001-5188-4625

Fabiana Vargas-Ferreira – fabivfer@gmail.com ORCID 0000-0003-3567-4737

Denise Vieira Travassos – detravassos@gmail.com ORCID 0000-0003-2084-9557

Correspondência para o autor: Laís Braga Paulon

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Pampulha, Belo Horizonte - MG, 31270-901

E-mail: lais.paulon@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se compreender os eventos adversos (AE) que acometem a Atenção Primária no modelo de cuidado ensino-serviço em odontologia, como análise preliminar para desenvolvimento de um instrumento de prevenção e controle a falhas humanas no ambiente acadêmico. Trata-se de um estudo transversal, conduzido pelo método de revisão retrospectiva de prontuários, originários do cuidado primário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, entre 2020 e 2023. Um instrumento validado composto por 14 rastreadores de EA foi utilizado. Análise descritiva e bivariada foram realizadas pelos testes Qui-Quadrado de Pearson e Fisher; ($p < 0,05$). Um total de 392 prontuário foram analisados. A frequência EA foi de 26,3%. A frequência EA evitável foi de 21,9%. Causa raiz do EA foi associada principalmente à Falha Técnica (19,1%). Indivíduos sem doença crônica apresentaram maior ocorrência de EA ($p = 0,002$). Houve maior frequência de EA evitável

quando não havia presença de doenças crônicas ($p=0,024$). Não houve associação com outras variáveis. Houve evidências de que o EA ocorrido no cuidado prestado pelos graduandos de odontologia eram, sua maioria, evitáveis, sendo os pacientes considerados "menos susceptíveis a riscos" paradoxalmente os mais expostos a ocorrência de EA.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Odontologia, Evento Adverso, Graduação, Atenção Primária

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the adverse events (AE) that affect Primary Care in the teaching-service model in dentistry, as a preliminary analysis for the development of an instrument for the prevention and control of human errors in the academic environment. This is a cross-sectional study, conducted using the method of retrospective review of medical records, originating from primary care at the School of Dentistry of the Federal University of Minas Gerais, between 2020 and 2023. A validated instrument consisting of 14 AS trackers was used. Descriptive and bivariate analyses were performed using Pearson's and Fisher's chi-square tests; ($p<0.05$). A total of 392 medical records were analyzed. The AE frequency was 26.3%. The avoidable AE frequency was 21.9%. The root cause of AE was mainly associated with Technical Failure (19.1%). Individuals without chronic disease had a higher occurrence of AS detection ($p=0.002$). There was a higher frequency of avoidable AEs when there was no presence of chronic diseases ($p=0.024$). There was no association with other variables. There was evidence that AEs occurred in the care provided by undergraduate students were mostly avoidable, and patients were considered "less susceptible to risks", paradoxically the most exposed to the occurrence of AEs.

Keywords: Patient Safety, Dentistry, Adverse Event, Graduation, Primary Care

INTRODUÇÃO

O avanço da ciência e da tecnologia biomédica ao longa da história permitiu que o cuidado a saúde se desenvolvesse para ser cada vez mais efetivo¹. Passamos a ter acesso a tecnologias contemporâneas que favorecem diagnósticos assertivos, tratamento de doenças complexas, inovação e aperfeiçoamento de medicações que melhoram não apenas a qualidade vida dos pacientes, mas também a de profissionais atuantes da área².

Por consequência pode-se dizer que o cuidado a saúde se tornou mais complexo em todos os níveis de atenção e em todas as especialidades de saúde, inclusive na Odontologia³. *“O cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso”*¹.

Gerenciar os riscos humanos e/ou operacionais com vistas a prevenção de falhas, sejam elas humanas ou técnicas na assistência à saúde como um todo, são atualmente objetivos da Ciência de Segurança do Paciente⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defini *segurança do paciente* como a *“redução do risco de danos desnecessários aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável”*⁵. A redução de riscos se dá pelo estudo de estratégias de segurança dentro da rotina de trabalho dos profissionais de saúde, que promovem o controle de atos inseguros e consequentemente a prevenção de Eventos Adversos (EA)⁶.

Uma falha configura-se como EA quando qualquer acontecimento não intencional e inesperado resulta em dano ao paciente decorrente do cuidado de saúde desde que não associado à doença base⁷.

Infecções, perda do elemento dentário, fratura e perfuração de raízes, hemorragias e hematomas, aspiração de produto químico ou corpo estranho, são exemplos de danos que podem acontecer em decorrência de EA durante procedimentos clínicos odontológicos⁸.

Radiação ionizantes desnecessária, atrasos em tratamentos levando a piora do prognostico, alergia e interações medicamentosas são exemplos de danos relacionados a EA em

procedimentos ditos não clínicos ou administrativos, como encaminhamentos incompletos, solicitação de exame errônea e/ou desnecessário, além da prescrição medicamentosa inadequada ⁹.

Para Mendes ¹⁰, todo incidente chamando de EA é considerado evitável, pois resultou em dano desnecessário ao paciente, que poderia ter sido evitado se medidas disponíveis tivessem sido aplicadas. Já as complicações ditas inevitáveis são de fato inesperadas ¹⁰.

O uso de ferramentas de prevenção ao erro, da prática reflexiva e de estratégias de gerenciamento de risco são ditos como um importante aliado para dentistas e/ou equipes tornar o cuidado ao paciente mais seguro^{11,3}. Ao se observar o cenário mundial da prestação do cuidado a Saúde Bucal, 95 % dos atendimentos odontológicos são prestados no âmbito da Atenção Primária (AP)¹², contudo poucas pesquisas foram conduzidas neste nível de atenção com foco ao controle e prevenção de EA evitáveis¹³. Particularmente no cuidado odontológico, torna-se crucial controlar fatores de risco para ocorrência EA, haja em vista que a atividade possui grande dependência de habilidades do dentista¹⁴.

Em Segurança do Paciente o primeiro passo para a prevenção do “erro” seria reconhecer e identificar quais são as fragilidades do processo do cuidado ao paciente que desencadeiam falhas e, portanto, maior probabilidade de ocorrência de dano desnecessário ao paciente¹⁵, portanto, o objetivo principal deste estudo foi identificar e compreender a dinâmica do EA na AP dentro do modelo de cuidado ensino-serviço como análise preliminar para posterior elaboração de uma Lista de Verificação de Segurança do paciente Odontológica, capaz de promover um cuidado odontológico mais seguro no ambiente acadêmico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, conduzido dentro da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, especificamente na Disciplina Atenção Integral ao Adulto II. Esta disciplina é obrigatória, faz parte da grade curricular do sétimo período de formação acadêmica, possui carga horária de 60 horas e possui como ementa o “Diagnóstico clínico das condições de saúde bucal, planejamento e atendimento odontológico integral em atenção primária do adulto (36 a 60 anos de idade), aplicação do conceito de promoção de saúde. Manutenção e controle de pacientes com alta nesta clínica intramuro”.

Os procedimentos clínicos realizados na disciplina incluem áreas como: Preventiva (Acolhimento e humanização do atendimento; Biossegurança na prática clínica e controle de infecção; Abordagem clínica no atendimento odontológico ao adulto de 36 a 60 anos, ambos os sexos; Anamnese e semiologia; Exame clínico e complementar, propedêutica clínica; Técnicas radiográficas intrabucais; Planejamento integral em atenção primária; Manejo de pacientes; Controle mecânico-químico do biofilme dental;); Dentística (Tratamento restaurador direto; Confecção de restaurações provisórias inerentes à atenção primária; Manutenção Preventiva); Periodontia (Procedimentos periodontais integrados;); endodontia (Tratamento endodôntico radical do sistema de canais radiculares em dentes unirradiculares e birradiculares, classe I;); Cirurgia (Exodontias, via alveolar e não alveolar, de média a baixa complexidade;).

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais envolvendo seres humanos, CAAE: 71345123.8.0000.5149. Houve aprovação pelo Departamento e pelo Colegiado de Pós-Graduação, com dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, e apresentação do Termo de Compromisso de Utilização de Dados – TCUD, pelo parecer nº 6.265.757.

Característica da amostra

Foram incluídos no estudo todos os prontuários selecionados para atendimento na disciplina Atenção Integral ao Adulto II entre 2020 e 2023. Os prontuários estão disponíveis no formato físico. A busca pelos prontuários ocorreu em um semestre de cada vez, começando do segundo semestre de 2023 para semestres anteriores sequencialmente, por meio do Sistema de Gestão do Centro de Apoio, Seleção e Encaminhamento do Usuário – CASEU. Prontuários duplicados pelo próprio sistema CASEU e prontuários que já haviam sido selecionados e avaliados pela pesquisadora em um semestre do estudo, caso fossem novamente selecionados para atendimento em um semestre distinto, foram considerados já avaliados, sendo, portanto, excluídos do semestre em análise. Também foram excluídos prontuários considerados perdidos. No segundo semestre de 2020 e no primeiro semestre de 2021 não houve atendimento devido a Pandemia do COVID -19 nesta Disciplina. A Tabela 1 exemplifica a amostra total de prontuários em cada semestre do estudo.

Tabela 1 – Característica da amostra de prontuários por semestre (N=392), Belo Horizonte, MG, Brasil, 2024.

Ano/semestre	Sistema CASEU	Prontuários Duplicados	Prontuários Perdidos	Prontuários já avaliados	Total de prontuários por semestre
2023/2	114	9	1	0	104
2023/1	109	3	2	20	84
2022/2	80	4	5	30	41
2022/1	137	13	1	13	110
2021/2	57	4	1	30	22
2021/1	0	0	0	0	0
2020/2	0	0	0	0	0
2020/1	60	1	1	27	31
Total					392

Fonte: Autor, 2024.

Instrumento e Método de Coleta

A pesquisa elegeu a revisão retrospectiva de prontuários como método de investigação e coleta de dados. Este método auxilia a gestão de serviços em saúde na introdução de um modelo assistencial baseado na segurança do paciente¹⁶. Para este estudo optou-se pela adaptação do

método tradicional, originalmente desenvolvido em duas fases, para três fases explicitada a seguir. A terceira Fase não será abordada no presente estudo.

- I. Primeira fase (Explícita): Depois de obter a amostra total dos prontuários selecionados para atendimento no semestre em análise, o pesquisador avaliou os prontuários utilizando um instrumento validado, intitulado “Formulário para rastreadores de evento adverso em odontologia ambulatorial”⁸. Trata-se de um formulário estruturado com quatorze rastreadores, com critérios explícitos para identificar eventuais eventos adversos no cuidado odontológico exemplificado na Figura 1. É possível encontrar mais de um rastreador no mesmo prontuário.
- II. Segunda fase (Implícita): Nos casos positivos, ou seja, cujo rastreador detectou um EA, seguiu-se para uma avaliação com dois revisores que confirmaram e/ou rejeitaram a ocorrência de EA evitável. Posteriormente, houve o estudo da possível causa raiz dos EA evitáveis.
- III. Terceira fase (Plano de Ação): Desenvolvimento de um instrumento de prevenção e controle a EA em odontologia no cenário acadêmico.

Variáveis e Definição de Termos

As variáveis usadas para caracterização dos prontuários foram coletadas a partir da observação dos dados registrados nos prontuários odontológicos: Sexo, faixa etária, doença crônica, autorrelato de bruxismo, ansiedade, tabagismo, consumo de álcool, uso de entorpecentes, prontuário preenchido, ficha clínica preenchida, levantamento global de necessidades preenchido, planejamento integral preenchido, número de consultas.

Para conhecer a adesão aos registros clínicos, foi observado a presença dos dados: data do procedimento, região/dente de tratamento e assinatura do aluno/professor.

As variáveis usadas para rastreamento de eventos adversos eram compostas pelos quatorze rastreadores que compunham o instrumento “Formulário para rastreadores de evento adverso em odontologia ambulatorial”⁸. As variáveis que caracterizam o desfecho foram: Evento detectado pelo rastreador e Evento considerado evitável.

As métricas específicas de segurança do paciente relacionadas à odontologia ainda estão em desenvolvimento no Brasil¹⁷. Portanto, para este estudo, EA foi definido, de acordo com a OMS, como “qualquer acontecimento não intencional e inesperado que resulta em dano ao paciente decorrente do cuidado de saúde desde que não associado à doença base”⁷. Ou seja, a progressão normal de doença não será considerada um EA. Por exemplo, retorno do paciente à faculdade com quadro de dor aguda após colocação de restauração temporária em dente cariado não será considerado um EA.

Ainda dentro das prerrogativas da OMS, o dano foi considerado como “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico”⁷.

Para determinar se o EA era ou não evitável, considerou passível de se prevenir aquele que sua causa raiz estava associada há falhas de origem no “Erro humano”. O estudo considerou três tipos de “erro humano” que propiciam falhas passíveis de serem evitadas: “Erro técnico”¹⁸, “Comunicação ineficaz”⁷ e “Processos administrativos”¹⁹.

Análise de Dados

O Microsoft Excel foi usado para organizar a coleta dos dados. Visando assegurar a adequação da planilha de coleta de dados, um teste piloto foi conduzido em 25 prontuários, do segundo

semestre de 2023 da disciplina Adultos II. Dessa forma, observou-se que houve uma boa identificação e reprodutividade dos dados dos prontuários.

Para análise estatística utilizou-se o software SPSS 21.0. Análises descritiva (N, %, média e DP) e bivariada (Testes Qui Quadrado de Pearson e Exato de Fisher) foram realizadas. Consideraram-se as variáveis com $p < 0,05$ como associadas aos desfechos (evento é evitável e evento foi detectado pelo rastreador).

RESULTADOS

Foram avaliados um total de 392 prontuários. A maioria dos pacientes assistidos eram do sexo feminino (249; 63,5%). A média (DP) da idade foi de 52,4 (8,5) anos. 49,2% (n=189) dos pacientes relataram, pelo menos, a presença de uma doença crônica; 6,3% (n=24) consumiam álcool com regularidade e 62 (16,2%) são fumantes. Além disso, 32 (8,3%) relataram ter transtorno de ansiedade e autorrelato de bruxismo (121; 31,5%).

No prontuário foi possível identificar ao menos uma falha de informação ($f=288$; 73,5%). O ano do tratamento foi a informação mais ausente nos registros clínicos ($f=130$; 33,20%), seguido da ausência de informação sobre região/dente do procedimento ($f=68$; 17,3%) e da assinatura aluno/professor ($f=173$; 44,1%). Informações ausentes distintas foram observadas no mesmo prontuário.

A Ficha Clínica apresentou uma adesão alta pelos graduandos, 87,8% ($f=344$). O levantamento Global de necessidades também está preenchido em grande parte da amostra ($f= 321$; 81,9%). Já o campo destinado ao Planejamento Integral se encontrava sem nenhuma anotação em 63% dos prontuários avaliados ($f= 247$).

O instrumento validado utilizado no estudo para identificação de EA nos prontuários da AP, se mostrou eficaz. Foi detectado em 103 prontuários (26,3%) ao menos um EA. Em 7 prontuários houve mais de um EA detectado, totalizando 140 EA. Em 86 prontuários (21,9%), o EA foi

classificado como sendo evitável., totalizando 118 EA evitáveis. As características dos prontuários estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 – Descritivas das variáveis do estudo (N=392), Belo Horizonte, MG, Brasil, 2024.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	143	36,5
Feminino	249	63,5
Faixa Etária (anos)		
16-53	198	50,5
≥54	194	49,5
Doença Crônica		
Sim	197	50,3
Não	195	49,7
Autorrelato de Bruxismo		
Sim	121	31,5
Não	263	68,5
Ansiedade		
Sim	32	8,3
Não	352	91,7
Tabagismo		
Sim	62	16,2
Não	321	83,8
Consumo de Álcool		
Sim	24	6,3
Não	359	93,7
Uso de Entorpecentes		
Sim	8	2,1
Não	375	97,9
Prontuário preenchido		
Sim	104	26,5
Não	288	73,5
Ficha clínica preenchida		
Sim	344	87,8
Não	48	12,2
Levantamento Global de Necessidades preenchido		
Sim	321	81,9
Não	71	18,1
Planejamento Integral preenchido		
Sim	145	37,0
Não	247	63,0
Número de Consultas		
1-11	206	53,2
≥12	181	46,8
Evento considerado evitável		
Sim	86	21,9
Não	306	78,1
Evento detectado pelo rastreador		
Sim	103	26,3
Não	289	73,7

Fonte: Autor, 2024.

Dentre os rastreadores do “Formulário para Rastreadores de Evento Adverso em Odontologia Ambulatorial”, houve uma prevalência maior de incidentes detectados pelo rastreador

“Necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo procedimento concluído há menos de 12 meses”, que apontou positivo em 58 dos prontuários avaliados (14,8%). Logo em seguida, e em ordem decrescente de prevalência, aparecem os rastreadores: “Retorno para atendimento de urgência, seja por dor e/ou edema ou outro motivo” ($f=21$; 5,4%); “Alteração não planejada do plano terapêutico” ($f= 18$; 4,6%); e “Quaisquer outras complicações que não se incluam nos itens anteriores” ($f=11$; 2,8%). Os rastreadores “Falha ou fratura de instrumento durante tratamento” e “Complicações na área do procedimento durante o tratamento odontológico” apresentaram a mesma prevalência ($f=7$; 1,8%). O rastreador “Insatisfação expressa ou documentada pelo paciente ou por sua família” foi detectado em 5 prontuários (1,3%). Os rastreadores “Complicações relacionadas a Prescrição Medicamentosa” e “Infecções decorrentes do cuidado odontológico” também se apresentaram com mesma prevalência ($f= 1$; 0,3%); por fim, não foi detectado evento suspeito para os demais rastreadores do instrumento. Importante ressaltar que houve a detecção de mais de um EA para um mesmo rastreador e/ou para rastreadores distintos no mesmo prontuário.

A fim de compreender melhor os EAs em relação AP, 22,1% EA estava relacionado a procedimentos de área de dentística ($f=87$); 6,4% de endodontia ($f=25$), 1,3% a procedimentos cirúrgicos ($f=5$), 0,8% a periodontal ($f=3$) e a procedimentos não clínicos 5,1% ($f=20$). Não foram avaliados EA relacionados a exames de imagem. Não houve EA relacionados à procedimentos de preventiva.

Além disso, a causa raiz do EA evitável foi associada principalmente ao “Erro Técnico” em 25,5% dos prontuários ($f=100$), seguido pelo fator “Processo administrativo” ($f= 10$; 2,6%), e “Comunicação Ineficaz” ($f=8$; 2,0%).

A Tabela 3 apresenta o resultado da análise bivariada em relação ao desfecho “evento detectado pelo rastreador”. Houve maior frequência do desfecho quando não havia presença de doenças crônicas ($p=0,002$), quando o paciente tinha, no mínimo, 12 consultas realizadas na Faculdade

de Odontologia (FAO) ($p < 0,001$) e quando o levantamento global de necessidades estava completamente preenchido ($p = 0,010$).

Tabela 3 - Associação entre exposições e o desfecho “evento detectado pelo rastreador” entre indivíduos (N=392), Belo Horizonte, 2024.

Variáveis	Sim	P
	N (%)	
Sexo		0,707*
Masculino	36 (25,2)	
Feminino	67 (26,9)	
Faixa Etária (anos)		0,167*
16-53	46 (23,2)	
≥ 54	57 (29,4)	
Doença Crônica		0,002*
Sim	38 (19,3)	
Não	65 (33,3)	
Autorrelato de Bruxismo		0,127*
Sim	26 (21,5)	
Não	76 (28,9)	
Ansiedade		0,296**
Sim	6 (18,8)	
Não	96 (27,3)	
Tabagismo		0,635*
Sim	15 (24,2)	
Não	87 (27,1)	
Consumo de Álcool		0,637**
Sim	5 (20,8)	
Não	97 (27,0)	
Uso de Entorpecentes		1,000**
Sim	2 (25,0)	
Não	100 (26,7)	
Prontuário preenchido		0,861*
Sim	28 (26,9)	
Não	75 (26,0)	
Ficha clínica preenchida		0,627*
Sim	89 (25,9)	
Não	14 (29,2)	
Levantamento Global de Necessidades preenchido		0,010*
Sim	93 (29,0)	
Não	10 (14,1)	
Planejamento Integral preenchido		0,244*
Sim	43 (29,7)	
Não	60 (24,3)	
Número de Consultas		<0,001*
1-11	29 (14,1)	
≥ 12	74 (40,9)	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson e ** Exato de Fisher ($p < 0,05$)

Fonte: Própria, 2024.

A Tabela 4 apresenta o resultado da análise bivariada em relação ao desfecho “Evento considerado evitável”. Houve maior frequência de evento evitável quando não havia presença de doenças crônicas ($p = 0,024$) e quando o paciente tinha, no mínimo, 12 consultas realizadas

na FAO ($p < 0,001$). Além disso, quando o prontuário apresentava o levantamento global preenchido, a ocorrência foi maior ($p = 0,016$). Não houve associação com as outras variáveis.

Tabela 4 – Associação entre exposições e o desfecho “evento considerado evitável” entre indivíduos (N=392), Belo Horizonte, 2024.

Variáveis	Sim	p
	N (%)	
Sexo		0,874*
Masculino	32 (22,4)	
Feminino	54 (21,7)	
Faixa Etária (anos)		0,279*
16-53	39 (19,7)	
≥ 54	47 (24,2)	
Doença Crônica		0,024*
Sim	34 (17,3)	
Não	52 (26,7)	
Autorrelato de Bruxismo		0,073*
Sim	20 (16,5)	
Não	65 (24,7)	
Ansiedade		0,170**
Sim	4 (12,5)	
Não	81 (23,0)	
Tabagismo		0,557*
Sim	12 (19,4)	
Não	73 (22,7)	
Consumo de Álcool		0,315**
Sim	3 (12,5)	
Não	82 (22,8)	
Uso de Entorpecentes		0,505**
Sim	1 (12,5)	
Não	84 (22,4)	
Prontuário preenchido		0,616*
Sim	21 (20,2)	
Não	65 (22,6)	
Ficha clínica preenchida		0,584*
Sim	74 (21,5)	
Não	12 (25,0)	
Levantamento Global de Necessidades preenchido		0,016*
Sim	78 (24,3)	
Não	8 (11,3)	
Planejamento Integral preenchido		0,580*
Sim	34 (23,4)	
Não	52 (21,1)	
Número de Consultas		<0,001*
1-11	22 (10,7)	
≥ 12	64 (35,4)	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson e ** Exato de Fisher ($p < 0,05$)

Fonte: Autor, 2024.

DISCUSSÃO

No presente estudo, o instrumento utilizado para análise dos prontuários e identificação do EA, intitulado “Formulário para Rastreadores de Evento Adverso em Odontologia Ambulatorial”⁸ se mostrou eficaz. Acredita-se que o estudo foi pioneiro no uso do instrumento rastreador em prontuários do ensino de graduação, não sendo encontrado na literatura outros estudos sobre sua utilização.

Descobriu-se que os EAs são comuns no ensino de graduação. Em 392 prontuários analisados, 86 prontuários apresentaram ao menos um EA evitável. Como aponta Huertas *et al.*²⁰ a revisão retrospectiva de registros clínicos é frequentemente usada para detecção e análise de EAs. Em seu estudo conduzido na Escola de Odontologia na Pontifícia Universidade Javeriana (Colombia), de 227 histórias clínicas analisadas, foram detectados 43 EAs, sendo 97,7% considerados preveníveis, valor este semelhante ao encontrado no presente estudo. Diferente do estudo de Huertas *et al.*²⁰, que analisou a história clínica de pacientes que receberam atendimentos de alunos de graduação e pós-graduação, este estudo priorizou a avaliação de prontuários oriundos exclusivamente do atendimento do ensino da graduação no âmbito da AP, uma vez que há uma baixa compreensão acerca da ocorrência do EA nesse nível de atenção¹³. Um estudo semelhante ao de Huertas *et al.*²⁰ foi conduzido por Pérez Gómez *et al.*²¹, na mesma instituição de ensino. Foram analisados 590 prontuários odontológicos do curso de pós-graduação. Seu estudo detectou a existência de 36 EA, sendo o EA mais frequente a fratura completa da restauração. Faz-se interessante interpretar este achado do estudo de Pérez *et al.*²¹ com a presente pesquisa, que também encontrou uma frequência maior de EAs relacionados a procedimentos de dentística. Outra similaridade foi que, apesar da maioria dos prontuários avaliados pertencerem a pacientes do sexo feminino, não houve relação estatisticamente significativa entre a detecção do EA com a variável sexo dos pacientes ($p > 0,05$).

No estudo de Perea-Pérez *et al.*¹⁵, foram averiguados EAs de 415 ações judiciais decorrentes exclusivamente de atendimentos odontológicos, 64,1% foram considerados como sendo

“evitáveis”, e 39,1% como “inevitáveis”. Para uma melhor compreensão dos EAs encontrados, houve a classificação destes em três categorias: 1) Erro: que englobou tanto erro na execução da técnica quanto erro no diagnóstico ou planejamento; 2) Complicações: que englobou tanto complicações previsíveis quanto complicações imprevisíveis; 3) Acidente. Atestou-se que 40% dos EAs foram classificados como “Erros”, outros 40% como “Complicações”, e 20% como “Acidentes”. Os autores desse estudo acreditam que 64,1% dos EAs eram “evitáveis”.

No estudo de Perea-Peréz *et al.*¹⁵, o “Erro” foi classificado como um tipo de EA. Já no presente trabalho, o “Erro” foi interpretado em conformidade com o entendimento de Bailey *et al.*²², segundo o qual “na atenção primária odontológica é possível ocorrer falhas ativas e latentes, sendo a primeira associada diretamente a um incidente (por exemplo o erro de um dentista), já a segunda são fatores que contribuem para que um incidente aconteça (como por exemplo falta de treinamento de equipe a protocolos”.

Portanto, o EA evitável foi classificado como tendo sua causa raiz associada a falhas ativas, passíveis de serem prevenidas, que provinham do: “Erro técnico”, da “Comunicação ineficaz” e do “Processos administrativos”.

Hiiivala *et al.*²³, definiram que, provavelmente, Incidentes de Segurança do Paciente (ISP) ocorridos na prática odontológica têm origem em 8 tipos de erros: diagnóstico, tratamento odontológico, equipamentos e suprimentos, medicamentos ou medicamentos prescritos, higiene ou controle de infecção, comunicação, relacionados ao ambiente físico e outros.

Em um estudo posterior conduzido na Finlândia, Hiiivala *et al.*²⁴ avaliaram 771 casos notificados contra CD autônomos e estudantes de odontologia que foram iniciados, na maioria dos casos, por pacientes que suspeitaram de erros durante o tratamento. Cada incidente foi avaliado atribuindo-o o erro a um dos 8 tipos de ISP, previamente definido por ele no estudo supracitado. Verificou-se que 152 ISP foram atribuídos ao tratamento clínico e 63 ao diagnóstico, sendo que 65,1% e 76,2% desses quantitativos, respectivamente, foram

considerados pelos autores passíveis de serem evitados. Houve IPS identificados que não são alusivos ao procedimento clínico propriamente dito, como “Higiene e Controle de Infecção”, “Prescrição Medicamentosa (PM)”, e Comunicação, e que, segundo os autores, poderiam ter sido evitados, em sua maioria, pelo uso adequado e sistemático de métodos de prevenção ao erro já disponíveis, como, por exemplo, listas de verificação.

Thusu *et al.*¹⁹ analisaram 2012 relatórios de incidentes com danos iatrogênicos associados a atendimento odontológico, notificados no Sistema Nacional de Relatórios e Aprendizagem (NRLS), da Inglaterra e País de Gales. Dentre as causas raiz associadas aos incidentes notificados, está também descrito o “erro em processo administrativo” e a “comunicação ineficaz”.

Estas causas, especificamente, semelhantes ao que se observa no presente estudo, chamam a atenção para uma porcentagem significativa de EA que não ocorre durante o procedimento clínico propriamente, mas no período pré e pós procedimento.

Um estudo qualitativo recente, realizado no Rio Grande do Sul-Brasil, aponta que CDs têm a clara percepção de que a comunicação adequada no ambiente de trabalho, seja ela com o paciente ou entre profissionais de saúde, interfere diretamente e positivamente na redução da probabilidade de falhas durante o cuidado odontológico²⁵.

A boa interação entre profissional-paciente gera ambientes saudáveis para o desenvolvimento de um cuidado primário seguro em odontologia, que vai além da intervenção terapêutica de qualidade superior, mas também na elevada satisfação de profissionais e pacientes com o serviço²⁶.

Integrar o paciente ao processo de cuidado mais seguro em odontologia é fundamental, uma vez que este desempenha um papel importante no fornecimento de informações precisas de saúde, de dieta e de comportamentos, que podem influenciar na escolha e no planejamento de condutas clínicas pelo CD^{27,19}.

Segundo D’Cruz²⁷, pode-se dizer que o registro clínico também é um meio de comunicação valioso para garantir qualidade e segurança no cuidado prestado ao paciente, já que possibilita reduzir o risco de EA associados a procedimentos comumente realizados pelo CD na AP, como a Prescrição Medicamentosa (PM), Encaminhamentos e Solicitação de Exames²⁸.

Constitui uma das seis metas internacionais para a Segurança do Paciente, segundo a OMS, “*melhorar a segurança na prescrição, na dispensação e na administração de medicamentos*”²⁹.

A PM é um processo não clínico odontológico rotineiramente realizado no pré e pós procedimento, como coadjuvante ao sucesso da intervenção clínica¹⁹. Segundo Cassiani *et al.*³⁰, a prevenção ao erro neste processo também requer que o profissional de saúde desenvolva um sólido conhecimento acerca dos princípios que envolvem a ação e a interação medicamentosa, os efeitos colaterais, as comorbidades, a polifarmácia, dentre outros conhecimentos relacionados.

Já o processo administrativo de encaminhamento de pacientes pode ocasionar um EA evitável se, por ausência de informação necessária e/ou falta de informação sobre o propósito deste, ocorrer atraso no tratamento que altere o planejamento para procedimentos mais complexos posteriormente³¹. Para Jadun *et al.*⁹, a falha na orientação ao paciente do cuidado primário odontológico, durante o processo de encaminhamento à Atenção Secundária (AS), o que configura uma comunicação ineficaz, pode gerar incertezas e interpretações errôneas sobre procedimentos complexos aos quais ele será submetido.

No presente estudo, não foi possível avaliar EAs relacionados a exames radiográficos, uma vez que o processamento e o armazenamento da imagem são, atualmente, digitalizados, portanto, não disponíveis para análise no prontuário físico. Contudo, a literatura científica é bem clara quanto à importância do exame radiográfico para o diagnóstico diferenciado e para o planejamento terapêutico, tanto na AP³², como na AS⁹ em odontologia. “Erros” durante a técnica radiográfica e/ou processamento radiográfico podem gerar imagens com distorções e

artefatos, e, conseqüentemente, maior risco de um EA acontecer pela interpretação errônea do exame³³. A solicitação de exame radiográfico errado ou desnecessário também pode classificar-se como um EA, por expor o paciente à radiação ionizante desnecessariamente⁹.

Ao analisar os prontuários odontológicos usados pelos acadêmicos, percebe-se que melhorias são necessárias, uma vez que 73,5% apresentavam ausência de, ao menos, uma informação, o que demonstra a necessidade de um preenchimento mais adequado destes documentos.

Faz-se necessário ressaltar o valor jurídico que este documento detém, visto que pode ser apresentado como defesa para os próprios CD, em acionamentos judiciais em razão de paciente insatisfeitos com tratamentos³⁴. Ademias, segundo o Código de Ética Odontológica brasileiro aprovado pela Resolução CFO-118/2012, o CD tem como obrigatoriedade elaborar e conservar o prontuário odontológico, seja este na forma física ou digitalizada, atualizado e legível. Todas as informações clínicas desenvolvidas nos atendimentos devem constar no documento em ordem cronológica com data, hora, nome e assinatura³⁵.

Apesar do histórico médico incompleto ser considerado como fator de risco para ocorrência de EA³⁶, não se encontrou associação positiva entre o desfecho e o prontuário preenchido no presente estudo. Este resultado, apesar de controverso a literatura científica supramencionada, não altera a importância do manejo fidedigno e minucioso do prontuário odontológico para promoção de um cuidado primário mais seguro, especialmente no ambiente acadêmico, cujo prontuário é rotineiramente compartilhado entre clínicas odontológicas e por diferentes alunos ao longo dos semestres.

O cuidado primário no ambiente acadêmico naturalmente demanda mais tempo para ser concluído²⁰. Apesar deste estudo não ter avaliado número de consultas para conclusão do tratamento, descobriu-se que houve maior frequência de EA quando o paciente tinha, no mínimo, 12 consultas realizadas.

Talvez, a descoberta mais interessante da pesquisa seja a de que pacientes que não apresentavam doenças crônicas tiveram maior frequência de EA.

Para compreender este resultado, a primeira reflexão que se pode fazer é sobre a perspectiva da prática odontológica, conforme a seguir expandido.

A odontologia é considerada uma atividade de cuidado integral e de natureza intervencionista³. Segundo Bailey³, mesmo sem ter contato, especificamente, com a temática Segurança do Paciente, CDs são intrinsicamente capazes de identificar riscos inerentes ao tratamento odontológico, além de demonstrarem uma preocupação natural com pacientes com presença de doenças crônicas.

Desde a formação acadêmica, o CD é treinado a lidar com comorbidades comumente encontradas na população brasileira, tais como a *Diabetes Mellitus* (DM) e as doenças cardiovasculares, haja vista estarem intimamente associadas aos agravos bucais mais estudados pela odontologia, como a doença cárie e a doença periodontal^{37,38}.

De fato, como mostra um estudo transversal realizado na Universidade Federal do Pará, acadêmicos de odontologia reconhecem facilmente riscos sistêmicos associados ao tratamento odontológico em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM, além de identificar os cuidados que devem ser observados ao tratar esses pacientes na clínica odontológica³¹.

Seria, então, talvez, essa a razão pela qual pacientes com doenças crônicas terem sido menos expostos à ocorrência de EA no presente estudo?

A segunda reflexão que se pode fazer refere-se à perspectiva Fator Humano na Segurança do Paciente, conforme se demonstra a seguir.

O Fator Humano é responsável pelo processo da tomada de decisão, ou seja, qual comportamento o profissional de saúde irá desempenhar no cuidado ao paciente perante diversas situações clínicas. A tomada de decisão do Tipo I é um modo de pensar gerado de

forma intuitiva, rápida, que faz associação com o que foi vivido e está mais susceptível ao erro. A tomada de decisão Tipo II é um modo de pensar analítico, lento e calculista, estando, conseqüentemente, menos susceptível ao erro⁴⁰.

Os chamados “Viés Cognitivos” (VC) podem se manifestar induzindo os profissionais de saúde, independentemente do nível de conhecimento, a optarem pela tomada de decisão do Tipo I, ou seja, mais susceptível ao erro⁴¹. Bailey e Dunganwalla¹² abordam em sua pesquisa os VC que podem se manifestar na prática odontológica, deixando os CD sujeitos a erros, como: 1) Ancoragem: “confiança excessiva na primeira informação que é dada a nós”; 2) Excesso de confiança: “acreditar que sabemos mais do que sabemos e confiar na experiência ou na opinião”; 3) Viés de disponibilidade: “a tendência de julgar ou diagnosticar algo com base em uma apresentação ou condição que temos lido recentemente ou visto clinicamente”; 4) Erro psicológico: “a tendência de ignorar a verdadeira doença orgânica em pacientes com problemas psiquiátricos ou transtorno psicossomáticos”; 5) Deformação profissional: “a tendência de vir uma situação por meio de nossa experiência ou especialidade, ao invés de uma ‘comum’ abordagem”.

No presente estudo, verificou-se que pacientes considerados "menos susceptíveis a riscos" paradoxalmente são os mais expostos à ocorrência de EA. Seria possível que VCs tenham atuado sob os graduandos para se observar este resultado?

No mundo contemporâneo, o cuidado primário seguro em odontologia se tornou mais complexo¹⁹.

Cabe às instituições de ensino promoverem um processo formativo inovador, que vai além de proporcionar um sólido conhecimento acerca de habilidades clínicas e diagnósticas, tratamento de doenças, manutenção da saúde e qualidade de vida, devendo ser incluído neste processo formativo o estudo da Ciência Segurança do Paciente.

O desenvolvimento de habilidades e atitudes para um cuidado capaz de gerenciar os riscos associados à ocorrência de EA, tais como: o trabalho em equipe, habilidades de comunicação, relacionamento interpessoal, prática reflexiva baseada em evidência e gestão do risco³⁷ podem tornar a prática odontológica mais segura e, por conseguinte, com qualidade superior.

Tornar o ambiente acadêmico mais seguro exige adaptação e aperfeiçoamento de ferramentas, incentivo à prática reflexiva e elaboração de estratégias e mecanismos para gerenciamento de riscos de um cuidado compartilhado^{12,3}. O cenário do cuidado baseado no modelo ensino-serviço enfatiza a necessidade de sempre o CD checar se informações corretas do paciente estão disponíveis, se o Formulário de Consentimento está preenchido e se os prontuários se encontram completos, legíveis e fidedignos¹⁹.

Na literatura, é notório o avanço na redução de ISP e na melhoria da qualidade do cuidado primário odontológico, quando métodos preventivos de falhas são introduzidos no ambiente acadêmico⁴², uma vez que estudantes de odontologia também relatam o cometimento de “erros” durante os atendimentos⁴³.

Neste aspecto, a Lista de Verificação se apresenta como um instrumento valioso para prevenir e mitigar EAs na prática odontológica⁴⁴, uma vez que promove ordem, lógica e sistematização na verificação de itens básicos envolvidos com a segurança do paciente, prevenindo que o CD negligencie informações importantes sobre a saúde do paciente e/ ou processos de trabalho ligados ao procedimento clínico em si. Ademias, Palmer et al.⁴⁵ ressalta que introdução de práticas voltadas a Segurança do Paciente ainda na graduação fomentaria uma melhoria no cenário da AP em odontologia haja vista que a conduta que o cirurgião-dentista aplica na prática profissional está intimamente relacionada ao conhecimento adquirido ao longo de sua formação acadêmica.

A Lista de Verificação pode ser adaptada de acordo com as necessidades e com o nível de atenção das instituições de saúde⁴⁶.

Portanto, a adaptação deste instrumento no ambiente acadêmico pode direcionar os atendimentos para uma abordagem mais preventiva, com significativa melhoria nos processos de trabalho, tais como: na PM, no preenchimento adequado de prontuários, na melhoria da comunicação entre a equipe, dentre outros^{42,46,47}, reduzindo, com isso, a incidência de EAs evitáveis durante o percurso de formação acadêmica em odontologia⁴².

Dentre os pontos fortes deste estudo, destaca-se a possibilidade de aprofundamento da discussão sobre os EAs no ambiente acadêmico em odontologia, por meio de abordagem qualitativa.

Entende-se como limitações do estudo: o próprio prontuário, por se tratar de um documento secundário, com anotações manuais que podem estar incompletas ou ilegíveis. Ademais, os resultados referem-se a um cenário institucional, não podendo refletir uma realidade externa. A revisão de literatura também não foi sistemática, portanto, alguns estudos potencialmente importantes podem ter sido omitidos, de forma que mais estudos são necessários sobre o tema.

CONCLUSÃO

Houve evidências de que os EAs ocorrem nos atendimentos odontológicos prestados pelos acadêmicos de odontologia no modelo de cuidado ensino-serviço no âmbito da AP, sendo, em sua maioria, considerados como evitáveis.

Pacientes considerados "menos susceptíveis a riscos" paradoxalmente foram os mais expostos à ocorrência de EA. Do mesmo modo, a quantidade de consultas também influenciou na presença do EA no cuidado prestado. Sendo assim, esta pesquisa reforça a necessidade de se desenvolver um instrumento de controle e prevenção a EAs, condizente com os desafios encontrados no cenário acadêmico, capaz de nortear os atendimentos realizados pelos graduandos, tornando-os menos susceptíveis ao erro e, conseqüentemente, capazes de promover um cuidado mais seguro não apenas no procedimento clínico propriamente, mas também no período pré e pós procedimento.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG.

REFERÊNCIAS

1. Chantler, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. *The Lancet*. 1999; 353:1178-1181.
2. De Oliveira, M. F.; De Oliveira, G. F.; Dos Santos, A. M.; Ribeiro, F. S.; De Araujo, R. D.; Stehling, T. V.; Rocha, V. L. S.; Zandoni, R. D. Impactos da tecnologia na área médica. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 16550–16561, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-198.
3. Bailey E. Contemporary views of dental practitioners' on patient safety. *Br Dent J*. 2015 Dec;219(11):535-9; discussion 540. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.920. PMID: 26657441.
4. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 25057539.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 abr 4; Seção 1:43.
6. Oliveira RM, Leitão IMT de A, Silva LMS da, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014Jan;18(1):122–9. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
7. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report*. Geneva; 2009.

8. Corrêa CDTSO, Mendes W. Proposal of a trigger tool to assess adverse events in dental care. *Cad Saude Publica*. 2017 Nov 21;33(11):e00053217. Portuguese, English. doi: 10.1590/0102-311X00053217. PMID: 29166475.
9. Jadun S, Syed N, Drabu T, et al. Patient awareness and quality of oral surgery referrals to specialist practice. *Oral Surg*. 2020;13: 99-107.
10. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009 Aug;21(4):279-84. doi: 10.1093/intqhc/mzp022. Epub 2009 Jun 23. PMID: 19549674.
11. Pemberton MN. Developing patient safety in dentistry. *Br Dent J*. 2014 Oct;217(7):335-337. doi: 10.1038/sj.bdj.2014.856. PMID: 25303579.
12. Bailey E, Dungarwalla M. Developing a Patient Safety Culture in Primary Dental Care. *Prim Dent J*. 2021 Mar;10(1):89-95. doi: 10.1177/2050168420980990. PMID: 33722142.
13. Peleg O, Givot N, Halamish-Shani T, Taicher S. Wrong tooth extraction: root cause analysis. *Quintessence Int*. 2010 Nov-Dec;41(10):869-72. PMID: 20927424.
14. Yamalik N, Perea Pérez B. Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *Int Dent J*. 2012 Aug;62(4):189-96. doi: 10.1111/j.1875-595X.2012.00119.x. PMID: 23017000; PMCID: PMC9374949.
15. Perea-Pérez B, Labajo-González E, Santiago-Sáez A, Albarrán-Juan E, Villa-Vigil A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014 Sep 1;19(5):e500-5. doi: 10.4317/medoral.19601. PMID: 24880444; PMCID: PMC4192575.
16. World Health Organization (WHO). Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data-poor hospitals. Geneva: World Health Organization; 2010.

17. Corrêa CDTSO, Sousa P, Reis CT. Patient safety in dental care: an integrative review. *Cad Saúde Publica*. 2020 Oct 19;36(10):e00197819. English, Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00197819. PMID: 33084835.
18. Yoshikawa, J. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013.
19. Thusu S, Panesar S, Bedi R. Patient safety in dentistry - state of play as revealed by a national database of errors. *Br Dent J*. 2012 Aug;213(3):E3. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.669. PMID: 22878337.
20. Huertas MF, Gonzalez J, Camacho S, Sarralde AL, Rodríguez A. Analysis of the adverse events reported to the office of the clinical director at a dental school in Bogotá, Colombia. *Acta Odontol Latinoam*. 2017 Apr;30(1):19-25. English. PMID: 28688182.
21. Pérez Gómez, W; PITA Bejarano, A.M; Ramos Vargas, C,A; González Moncada, J; Güiza Cristancho, E.H; Rodríguez Cíodaro, A. Análisis de los eventos adversos em el área de rehabilitación oral de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. *Univ Odontol* 2017; 36(77).
22. Bailey E, Tickle M, Campbell S. Patient safety in primary care dentistry: where are we now? *Br Dent J*. 2014 Oct;217(7):339-344. doi: 10.1038/sj.bdj.2014.857. PMID: 25303580.
23. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. *Acta Odontol Scand*. 2013 Nov;71(6):1370-7. doi: 10.3109/00016357.2013.764005. Epub 2013 Jan 28. PMID: 23351166.
24. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Tefke HL, Murtomaa H. An analysis of dental patient safety incidents in a patient complaint and healthcare supervisory database in Finland. *Acta*

- Odontol Scand.* 2016;74(2):81-9. doi: 10.3109/00016357.2015.1042040. Epub 2015 May 13. PMID: 25967591.
25. Viana, I S; et al. Concepções de cirurgiões-dentistas sobre a segurança do paciente em um centro de especialidades odontológicas brasileiro. *Rev. Saúde.Com* 2023; 19(1):3190-3196.
26. Bordin D, Fadel CB, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017.
27. D'Cruz, L. Risk management in general dental practice. *Br Dent J* 197, 770–771 (2004).
28. Bailey E, Tickle M, Campbell S, O'Malley L. Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health.* 2015 Nov 28;15:152. doi: 10.1186/s12903-015-0136-1. PMID: 26613736; PMCID: PMC4662809.
29. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition.* Geneva: WHO, 2011.
30. Cassiani S. H, Miasso A. I, Silva A. E, Fakin FT, Oliveira RC. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros [General aspects and number of phases of the medication system in four brazilian hospitals]. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2004 Sep-Oct;12(5):781-9. Portuguese. doi: 10.1590/s0104-11692004000500012. Epub 2005 Jan 13. PMID: 15717078.
31. Kendall N. Development of oral surgery services in primary care. *Oral Surg* 2011; 4: 57-64.
32. Luiz de carvalho, P.; Abou Hala, L. .; Vitoria Lima Morais, A.; Reis DE Andrade, C. .; Naomi Seko, M. .; Marcelo Ferreira De Medeiros, J.; Luis Tavares Goes, J. .; MARCOS Leal Soares Ramos, E. . Avaliação da profundidade da cárie proximal nos exames radiográfico convencional e digitalizado. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, [S. l.], v. 27, n. 1, 2023.* DOI: 10.5335/rfo.v27i1.15310.

33. Silva JMF, Oliveira LC, Daroz BG, Peyneau PD, Pereira TCR, de-Azevedo-Vaz SL. Erros cometidos por estudantes de Odontologia de uma universidade pública brasileira na realização de radiografias periapicais. *Rev ABENO*. 2016;16(1):99-109.
34. Almeida, CAP, et al. Prontuário odontológico - uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica. Relatório final apresentado ao Conselho Federal de Odontologia pela Comissão Especial instituída pela Portaria CFO-SEC-26, de 24 de julho de 2002. Rio de Janeiro. 39p., 2004.
35. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO 42/2003 e aprova outro em substituição. Diário Oficial da União. Brasília, 14 junho 2012; Seção 1, nº 114. p. 118.
36. Betancourt Betancourt, José A, Cepero Morales, Raúl J, & Gallo Borrero, Clara Mirella. (2011). Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 15(6), 936-945.
37. Nascimento GG, Leite FRM, Vestergaard P, Scheutz F, López R. Does diabetes increase the risk of periodontitis? A systematic review and meta-regression analysis of longitudinal prospective studies. *Acta Diabetol*. 2018 Jul;55(7):653-667. doi: 10.1007/s00592-018-1120-4. Epub 2018 Mar 3. PMID: 29502214.
38. Farghaly MM, Sabah AAH, Keraa KM. Association between oral health-related quality of life and general health among dental patients: a cross-sectional study. *J Prev Med Hyg*. 2021 Apr 29;62(1):E67-E74. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1649. PMID: 34322619; PMCID: PMC8283636.
39. Rodrigues, K. P., Pinheiro, H. H. C., & Araújo, M. V. de A. (2016). Percepção de acadêmicos de Odontologia sobre seus conhecimentos para o atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos. *Revista Da ABENO*, 15(4), 19–28.

40. Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Qual Saf.* 2013 Oct;22 Suppl 2(Suppl 2):ii58-ii64. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001712. Epub 2013 Jul 23. PMID: 23882089; PMCID: PMC3786658.
41. Schmidt HG, Mamede S, van den Berge K, van Gog T, van Saase JL, Rikers RM. Exposure to media information about a disease can cause doctors to misdiagnose similar-looking clinical cases. *Acad Med.* 2014 Feb;89(2):285-91. doi: 10.1097/ACM.000000000000107. PMID: 24362387.
42. Schmitt CM, Buchbender M, Musazada S, Bergauer B, Neukam FW. Evaluation of staff satisfaction after implementation of a surgical safety checklist in the ambulatory of an oral and maxillofacial surgery department and its impact on patient safety. *J Oral Maxillofac Surg* 2018; 76:1616-39.
43. Osegueda-Espinosa AA, Sánchez-Pérez L, Perea-Pérez B, Labajo-González E, Acosta-Gio AE. Dentists Survey on Adverse Events During Their Clinical Training. *J Patient Saf.* 2020 Dec;16(4):e240-e244. doi: 10.1097/PTS.0000000000000296. PMID: 29112027.
44. Wright S, Ucer TC, Crofts G. The adaption and implementation of the WHO Surgical Safety Checklist for dental procedures. *Br Dent J.* 2018 Oct 19. doi: 10.1038/sj.bdj.2018.861. Epub ahead of print. PMID: 30337725.
45. Palmer JC, Blanchard JR, Jones J, Bailey E. Attitudes of dental undergraduate students towards patient safety in a UK dental school. *Eur J Dent Educ.* 2019 May;23(2):127-134. doi: 10.1111/eje.12411. Epub 2019 Jan 21. PMID: 30582782.
46. Christiani, Juan José; Rocha, M.T. Checklist quirúrgico en odontología: componente clave en la seguridad del paciente. *Rev Asoc Odontol Argent* 2019; 107:33-7.
47. Saksena A, Pemberton MN, Shaw A, Dickson S, Ashley MP. Preventing wrong tooth extraction: experience in development and implementation of an outpatient safety checklist. *Br*

Dent J. 2014 Oct;217(7):357-362. doi: 10.1038/sj.bdj.2014.860. Erratum in: *Br Dent J.* 2014 Nov;217(10):585. PMID: 25303583.


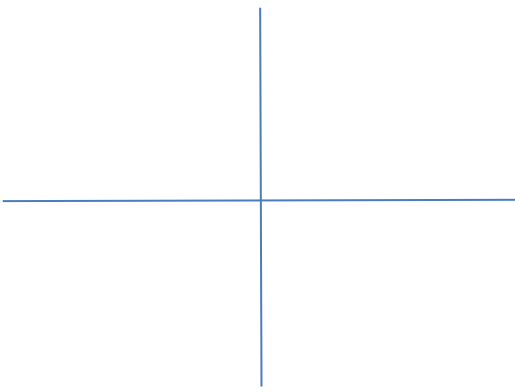
4.2 Produto técnico

A produção técnica desenvolvida neste projeto está apresentada a seguir, descrita de acordo com os critérios estabelecidos para este tipo de produção pelo Grupo de Trabalho sobre Produção Técnica da CAPES (CAPES., 2019)

O produto técnico desenvolvido se caracteriza como um Material Didático, de natureza impressa, com finalidade de suporte ao aprendizado no ensino da graduação em odontologia de métricas da Ciência Segurança do Paciente.

O produto técnico desenvolvido é uma proposta de Lista de Verificação de Segurança Odontológica (LVSO). Sua estrutura inicial seguiu os moldes definidos pela OMS para a LVCS, que ocorre em três tempos operatórios distintos (ANEXO A). O layout inicial teve como referência estética a lista de verificação desenvolvida para cirurgia em odontologia proposta por Bailey e Dungarwalla (2021) (ANEXO C). Portanto, considera-se que a produção apresenta médio teor inovativo: combinação de conhecimentos pré-estabelecidos.

Figura 3 – Proposta de Lista de Verificação de Segurança Odontológica.

 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ODONTOLÓGICA	
Nome do paciente:	Nº do prontuário:
Clínica:	Data:
PRÉ-PROCEDIMENTO 1 MOMENTO COM EQUIPE	PROCEDIMENTO CLÍNICO 3 MOMENTO COM PACIENTE
<i>(Preenchimento pelo aluno responsável)</i> 1- Instrumentos e materiais relacionados ao procedimento estão disponíveis? Sim Não 2- Condições de esterilização dos produtos para saúde e o funcionamento dos equipamentos conferidos? Sim Não 3- Exame radiográfico disponível? Sim Não 4- Revisão técnica do procedimento com a equipe? Sim Não	<i>(Preenchimento pelo aluno responsável)</i> 5- Paciente ou acompanhante confirma o procedimento? Sim Não 6- Termo de consentimento assinado? Sim Não 7- Histórico médico conferido? Sim Não 8- Para pacientes com necessidade de Antibioticoterapia (ATB), conduta foi realizada? Sim Não
PLANEJAMENTO 2 MOMENTO COM EQUIPE	PÓS-PROCEDIMENTO 4 MOMENTO COM O PACIENTE
D Arcada superior E  Arcada Inferior	<i>(Preenchimento pelo aluno responsável)</i> 9- Procedimento concluído conforme planejado? Sim Não 10- Anotação do procedimento executado com data, dente/região, e assinatura foi realizado? Sim Não 11- Em caso de Encaminhamento ou Prescrição Medicamentosa paciente foi orientado? Sim Não 12- Em caso de Encaminhamento, Informações necessárias foram anotadas no prontuário? Sim Não
Procedimento: _____	Assinatura do aluno responsável: _____

Descrição do protocolo clínico a ser desenvolvido:

AÇÕES:

- Discussão com a Equipe de professores e coordenadores da Clínica da Disciplina Adultos II, sobre os achados do estudo.
- Discutir estratégias para início da promoção da Cultura de Segurança do Paciente na FAO.
- Discutir estratégias para Estudo Piloto e Validação científica;
- Discutir estratégias para Gestão de dados, Treinamento e Educação continuada para a Lista de Verificação de Segurança Odontológica desenvolvida.

PÚBLICO-ALVO:

Alunos da graduação que estejam iniciando os atendimentos no cuidado primário na FAO.

MÉTODO:

Validação pela Técnica de Delphi

Primeira Etapa: Construção e definição das estratégias com o grupo de professores da AP da FAO.

- Preparação do formulário de validação de conteúdo de forma clara e compreensível (Escala de Likert- score de relevância, concordância, clareza, objetividade).
- Definição do comitê de Juízes-especialistas - Consultas na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
(considerar recomendações e experiência no assunto do projeto de mestrado).
- Contato, convite e Termo de consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os participantes.

- Envio online da primeira versão da LVSO
- Envio online do questionário com dados sociodemográficos
- Envio online do instrumento/questionário de validação do conteúdo da LVSO propriamente (Google Forms, e-Surv ou similar)

Segunda Etapa: Rodadas de validação

1° Ciclo: Ensaio geral ou Pré-teste (GOODE e HATT, 1972)

Pelo juiz-especialista: revisão crítica do domínio e de seus itens antes de fornecer pontuação em cada item. (importante para prever problemas e/ou dúvidas que podem surgir durante a aplicação do questionário).

Pelo revisor: Refinamento do domínio e seus itens de acordo com os comentários sugeridos por escrito pelos especialistas.

2° Ciclo: Análise estatística descritiva

Pelo juiz-especialista: fornecimento da pontuação em todos os itens.

Pelo revisor: Cálculo Índice de validade de conteúdo (IVC) essa técnica mede a proporção de especialistas que concordam com cada item do instrumento e depois no instrumento como um todo (YUSOFF MSB, 2019).

3° Ciclo: Reenvio do questionário quantas vezes forem necessárias até alcançar um nível mínimo na taxa consenso definida.

Terceira etapa: Teste Piloto – Validação pelo Público-Alvo

- Definição da amostra do público-alvo
- Aula expositiva e explicativa sobre o tema segurança do Paciente
- Envio da versão final da LVSO
- Uso na prática Clínica nos atendimentos da faculdade (Duração a definir)
- Envio de questionário de opinião com perguntas dicotômicas.
- Análise estatística das respostas do questionário de opinião.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Já é consolidado na literatura que os EAs acontecem na prática odontológica, bem como em outras áreas de cuidado à saúde. Falhas ativas podem ocorrer com CD desde cedo, ainda durante o processo de formação acadêmica. Portanto, considerando que o EA tem suas causas raiz muitas vezes advindas de falhas humanas consideradas passíveis de serem moldadas, o estudo propôs entender quais seriam os pontos fracos do cuidado primário praticado pelos alunos, para posteriormente elaborar um instrumento condizente com os desafios vivenciados por eles na clínica de AP.

Foi evidenciado durante o trabalho que se faz necessário atentar-se aos EAs, uma vez que de fato eles são comuns no ensino de graduação, além de serem considerados em sua maioria evitáveis.

Talvez um dos resultados mais interessantes do estudo, que acredita-se ser inédito, pois não foi encontrado relato na literatura sobre o achado, é que pacientes considerados "menos susceptíveis a riscos" paradoxalmente foram os mais expostos à ocorrência de EA. Esse resultado trouxe uma reflexão sobre a importância de entender a origem da falha. Neste resultado especificamente, acredita-se que "viés cognitivos" podem ter induzido o aluno a falhar, pela percepção errônea de que pacientes sem doença crônica são mais "fáceis" e não apresentam riscos de dano durante o atendimento odontológico.

Importante ressaltar que para se tornar um CD é necessário que o estudante de odontologia promova o cuidado direto, de forma autônoma, do paciente, o que requer o desenvolvimento de autoconfiança, responsabilidade ética, habilidades e competências técnicas ainda dentro do ambiente acadêmico. Desta forma, é compreensível que em algum momento durante este processo ocorram falhas, haja vista a complexidade exigida para a prática odontológica, fazendo necessária, portanto, a utilização de instrumentos de prevenção disponíveis. É um imperativo também ético gerenciar os riscos associados à profissão.

Desta forma, após a análise dos dados, foi desenvolvida uma LVSO inédita para a AP prestada dentro do ambiente acadêmico de odontologia. O objetivo é claro: nortear o aluno nos atendimentos com vistas a uma prática odontológica mais segura.

Gostaria de expor que o tema escolhido para a pesquisa a que me propus trabalhar neste mestrado é relativamente novo e exigiu desde o início muita dedicação para desenvolvê-lo, tanto no aspecto da dimensão do assunto quanto do trabalho para ser desenvolvido. Mas ao mesmo tempo foi um tema extremamente provocativo para a busca de conhecimento sobre Segurança do Paciente na Odontologia. Prover o cuidado seguro no âmbito da AP em odontologia se mostrou complexo, mas não impossível.

Espero que o trabalho desenvolvido possa contribuir na FAO para melhoria do cuidado primário prestado pelos alunos em seu processo formativo.

Realizar um mestrado de Odontologia em Saúde Pública representou uma riqueza muito grande não só para minha prática em saúde, mas também me fez refletir sobre o bem coletivo, sobre a humanização e acolhimento nas falhas da profissão e sobre nossa responsabilidade como profissional de saúde para prover um cuidado de qualidade para a sociedade.

REFERÊNCIAS

- BAILEY, E.; TICKLE, M.; CAMPBELL, S. **Patient safety in primary care dentistry: where are we now?** *British Dental Journal*, v. 217, n. 7, p. 339-344, out. 2014. DOI: 10.1038/sj.bdj.2014.857. PMID: 25303580.
- BAILEY, E. **Contemporary views of dental practitioners on patient safety.** *British Dental Journal*, v. 219, p. 535-540, 2015.
- BAILEY, E.; TICKLE, M.; CAMPBELL, S.; O'MALLEY, L. **Systematic review of patient safety interventions in dentistry.** *BMC Oral Health*, v. 15, p. 152, 2015.
- BAILEY, E.; DUNGARWALLA, M. **Developing a patient safety culture in primary dental care.** *Primary Dental Journal*, v. 10, n. 1, p. 89-95, 2021.
- BETANCOURT, J.; CEPERO MORALES, R.; GALLO BORRERO, C. **Factores que pueden afectar la seguridad del paciente.** *AMC*, v. 15, p. 936-945, 2011.
- BLACK, I.; BOWIE, P. **Patient safety in dentistry: development of a candidate 'never event' list for primary care.** *British Dental Journal*, v. 222, p. 782-788, 2017.
- BORDIN, D.; FADEL, C. B.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; SALIBA, N. A. **Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico.** *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 abr. 2013. Seção 1, p. 43.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS).** Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 29 p.: il.
- BRUNTON, P. **Seguridad de los pacientes en odontología: estado de la situación tal como se revela por una base de datos nacional de los errores.** *British Dental Journal* [online], v. 213, p. 126-127, 2012. Disponível em: [URL]. Acesso em: 10 ago. 2012.
- CASSIANI, S. H. B. et al. **Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 5, p. 781-789, set./out. 2004.
- CHANTLER, C. **The role and education of doctors in the delivery of healthcare.** *The Lancet*, v. 353, p. 1178-1181, 1999.
- CHRISTIANI, J.J; ROCHA, M.T. **Percepción de la seguridad del paciente en odontología.** *Revista Asociación Odontológica Argentina*, v. 103, p. 154-159, 2015.

CHRISTIANI, J.J; ROCHA, M.T; VALSECIA, M. **Segurança do paciente na prática odontológica.** *Acta Odontológica Colombiana*, Bogotá, v. 5, p. 21-32, 2015.

CHRISTIANI, J.J; ROCHA, M.T. **Checklist quirúrgico en odontología: componente clave en la seguridad del paciente.** *Revista de la Asociación Odontológica Argentina*, Buenos Aires, v. 107, p. 33-37, 2019.

CORONADO-VÁZQUEZ, V.; GARCÍA-LÓPEZ, A.; LÓPEZ-SAURAS, S.; TURÓN ALCAINE, J. M. **Nursing involvement in risk and patient safety management in primary care.** *Enfermagem Clínica*, Madrid, v. 27, n. 4, p. 246-250, jul.-ago. 2017.

CORRÊA, C. D. T. S. O.; MENDES, W. **Proposal of a trigger tool to assess adverse events in dental care.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00053217, 2017.

CORRÊA, C. D. T. S. O.; SOUSA, P.; REIS, C. T. **Segurança do paciente no cuidado odontológico: revisão integrativa.** *Cadernos de Saúde Pública* (Online), v. 36, n. 10, p. e00197819, 2020.

CORRIGAN, J. M.; KOHN, L. T.; DONALDSON, M. S.; MAGUIRE, S. K.; PIKE, K. C. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.** Washington, DC: National Academy Press, 2001.

CROSKERRY, P.; SINGHAL, G.; MAMEDE, S. **Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing.** *BMJ Quality & Safety*, Londres, v. 22, supl. 2, p. ii58-ii64, 2013.

DÍAZ-FLORES-GARCÍA, V.; PEREA-PÉREZ, B.; LABAJO-GONZÁLEZ, E.; SANTIAGO-SÁEZ, A.; CISNEROS-CABELLO, R. **Proposal of a "Checklist" for endodontic treatment.** *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, v. 6, n. 2, p. e104-e109, abr. 2014.

D'CRUZ, L. **Risk management in general dental practice.** *British Dental Journal*, v. 197, n. 13, p. 770-771, 2004.

DE OLIVEIRA, M. F.; DE OLIVEIRA, G. F.; DOS SANTOS, A. M.; RIBEIRO, F. S.; DE ARAUJO, R. D.; STEHLING, T. V.; ROCHA, V. L. S.; ZANONI, R. D. **Impactos da tecnologia na área médica.** *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 16550-16561, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-198.

FARGHALY, M. M.; SABAH, A. A. H.; KERAA, K. M. **Association between oral health-related quality of life and general health among dental patients: a cross-sectional study.** *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, v. 62, n. 1, p. E67-E74, 29 abr. 2021.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. **A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde.** In: **AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.** *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.* Série

Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013. p. 25-45.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. *Métodos em pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Nacional, 1972.

GOODWIN, N. **Improving the quality of care in general practice: Report of an independent inquiry commissioned by the King's Fund**. Londres: King's Fund, 2011.

HIIVALA, N.; MUSSALO-RAUHAMAA, H.; MURTOMAA, H. **Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey**. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 71, n. 8, p. 1-8, 2013.

HIIVALA, N.; MUSSALO-RAUHAMAA, H.; MURTOMAA, H. **An analysis of dental patient safety incidents in a patient complaint and health-care supervisory database in Finland**. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 74, p. 81-89, 2016.

HUERTAS, M. F.; GONZÁLEZ, J.; CAMACHO, S.; SARRAL, A. L.; RODRÍGUEZ, A. **Analysis of the adverse events reported to the office of the clinical director at a dental school in Bogotá, Colombia**. *Acta Odontológica Latinoamericana*, v. 30, p. 19-25, 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds.). Washington, DC: National Academies Press (US), 2000. Sumário executivo.

JADUN, S.; SYED, N.; DRABU, T. et al. **Patient awareness and quality of oral surgery referrals to specialist practice**. *Oral Surgery*, v. 13, p. 99-107, 2020.

KENDALL, N. **Development of oral surgery services in primary care**. *Oral Surgery*, v. 4, p. 57-64, 2011.

KNEPIL, G. J.; HARVEY, C. T.; BEECH, A. N. **Marking the skin for oral surgical procedures: improving the WHO checklist**. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 51, p. 413-415, 2013.

CARVALHO, L.P.; ABOU HALA, L.; VITÓRIA, L.M.A.; REIS, A.C.; NAOMI, S.M.; FERREIRA, M.M.J.; TAVRES, L.G.J.; LEAL, M.S.R.E. **Avaliação da profundidade da cárie proximal nos exames radiográfico convencional e digitalizado**. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, v. 27, n. 1, p. 1-12, 2023. DOI: 10.5335/rfo.v27i1.15310.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil**. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, p. 279-284, 2009.

NASCIMENTO, G. G.; LEITE, F. R. M.; VESTERGAARD, P.; SCHEUTZ, F.; LÓPEZ, R. **Does diabetes increase the risk of periodontitis? A systematic review and meta-regression analysis of longitudinal prospective studies**. *Acta Diabetologica*, v. 55, n. 7, p. 653-667, jul. 2018.

- OSEGUEDA-ESPINOSA, A. A.; SÁNCHEZ-PÉREZ, L.; PEREA-PÉREZ, B.; LABAJO-GONZÁLEZ, E.; ACOSTA-GIO, A. E. **Dentists survey on adverse events during their clinical training.** *Journal of Patient Safety*, v. 16, n. 4, p. e240-e244, dez. 2020.
- PALMER, J. C.; BLANCHARD, J. R.; JONES, J.; BAILEY, E. **Attitudes of dental undergraduate students towards patient safety in a UK dental school.** *European Journal of Dental Education*, v. 23, p. 127-134, 2019
- PELEG, O.; GIVOT, N.; HALAMISH-SHANI, T.; TAICHER, S. **Wrong tooth extraction: root cause analysis.** *Quintessence International*, v. 41, p. 869-872, 2010.
- PEMBERTON, M. N. **Developing patient safety in dentistry.** *British Dental Journal*, v. 217, n. 7, p. 335-337, 2014.
- PEREA-PÉREZ, B.; SANTIAGO-SÁEZ, A.; GARCÍA-MARÍN, F.; LABAJO-GONZÁLEZ, E. **Proposal for a 'surgical checklist' for ambulatory oral surgery.** *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 40, p. 949-954, 2011.
- PEREA-PÉREZ, B.; SANTIAGO-SÁEZ, A.; GARCÍA-MARÍN, F.; LABAJO-GONZÁLEZ, E.; VILLA-VIGIL, A. **Patient safety in dentistry: Dental care risk management plan.** *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 16, n. 6, p. e805-e809, set. 2011.
- PEREA-PÉREZ, B.; LABAJO-GONZÁLEZ, E.; SANTIAGO-SÁEZ, A.; ALBARRÁN-JUAN, E.; VILLA-VIGIL, A. **Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010.** *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 19, n. 5, p. 500-505, set. 2014. DOI: 10.4317/medoral.19601.
- PÉREZ GÓMEZ, W.; PITA BEJARANO, A. M.; RAMOS VARGAS, C. A.; GONZÁLEZ MONCADA, J.; GÜIZA CRISTANCHO, E. H.; RODRÍGUEZ CIÓDARO, A. **Análisis de los eventos adversos en el área de rehabilitación oral de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá.** *Universitas Odontológica*, v. 36, n. 77, 2017.
- REASON, J. **Human error: models and management.** *British Medical Journal*, v. 320, p. 768-770, 2000.
- RODRIGUES, K. P.; PINHEIRO, H. H. C.; ARAÚJO, M. V. de A. **Percepção de acadêmicos de Odontologia sobre seus conhecimentos para o atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos.** *Revista da ABENO*, v. 15, n. 4, p. 19-28, 2016.
- SAKSENA, A.; PEMBERTON, M. N.; SHAW, A.; DICKSON, S.; ASHLEY, M. P. **Preventing wrong tooth extraction: experience in development and implementation of an outpatient safety checklist.** *British Dental Journal*, v. 217, p. 357-362, 2014.

SCHMITT, C. M.; BUCHBENDER, M.; MUSAZADA, S.; BERGAUER, B.; NEUKAM, F. W. **Evaluation of staff satisfaction after implementation of a surgical safety checklist in the ambulatory of an oral and maxillofacial surgery department and its impact on patient safety.** *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 76, p. 1616-1639, 2018.

SCHMIDT, H. G.; MAMEDE, S.; VAN DEN BERGE, K.; VAN GOG, T.; VAN SAASE, J. L.; RIKERS, R. M. **Exposure to media information about a disease can cause doctors to misdiagnose similar-looking clinical cases.** *Academic Medicine*, v. 89, n. 2, p. 285-291, fev. 2014.

SILVA, J. M. F.; OLIVEIRA, L. C.; DAROZ, B. G.; PEYNEAU, P. D.; PEREIRA, T. C. R.; DE-AZEVEDO-VAZ, S. L. **Erros cometidos por estudantes de Odontologia de uma universidade pública brasileira na realização de radiografias periapicais.** *Revista da ABENO*, v. 16, n. 1, p. 99-109, 2016.

THUSU, S.; PANESAR, S.; BEDI, R. **Patient safety in dentistry – state of play as revealed by a national database of errors.** *British Dental Journal*, v. 213, p. E3, 2012.

VIANA, I. S. et al. **Concepções de cirurgiões-dentistas sobre a segurança do paciente em um centro de especialidades odontológicas brasileiro.** *Revista Saúde.Com*, v. 19, n. 1, p. 3190-3196, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report.* Genebra: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data-poor hospitals.* Genebra: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition.* Genebra: World Health Organization, 2011.

WRIGHT, S.; UCER, T. C.; CROFTS, G. **The adaptation and implementation of the WHO surgical safety checklist for dental procedures.** *British Dental Journal*, v. 225, p. 727-729, 2018.

YAMALIK, N.; PEREA-PÉREZ, B. **Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice.** *International Dental Journal*, v. 62, p. 189-196, 2012.

YOSHIKAWA, J. et al. **Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente.** *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013.

YUSOFF, M. S. B. **ABC of content validation and content validity index calculation.** *Education in Medicine Journal*, v. 11, n. 2, p. 49-54, 2019.



ANEXO B – Formulário para rastreadores de eventos adversos em odontologia ambulatorial

Nome do revisor:			
Número do prontuário:	Data:	Tempo de análise:	Marque com X
1. Necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo procedimento concluído há menos de doze meses.			
2. Lesões ocorridas no ambiente (ambulatório/consultório de odontologia) que não foram causadas pelo tratamento odontológico propriamente dito (por ex. quedas da própria altura ou choque entre o corpo do paciente e equipamentos/instrumentos).			
3. Complicações na área do procedimento durante o tratamento odontológico (por ex.: parestesia; exodontia de dente errado; laceração de tecidos moles; lesão por extravasamento de substâncias químicas; lesão ao globo ocular; aspiração e/ou deglutição de corpo estranho).			
4. Complicações sistêmicas durante ou após o tratamento odontológico			
5. Infecções decorrentes do cuidado odontológico.			
6. Retorno para atendimento de urgência, seja por dor e/ou edema ou outro motivo.			
7. Complicações relacionadas à prescrição medicamentosa.			
8. Insatisfação expressa ou documentada pelo paciente ou por sua família (incluir documentos, queixas documentadas, conflitos entre o paciente/família e profissionais).			
9. Alteração não planejada de plano terapêutico.			
10. Óbito.			
11. Falha ou fratura de instrumento durante o tratamento.			
12. Cirurgia de Caldwell-Luc/aceso ao seio maxilar			
13. Realização de enxerto ou uso de Agregado de Trióxido Mineral (MTA).			
14. Quaisquer outras complicações que não se incluam nos itens anteriores			
Descreva o achado que motivou a escolha do rastreador:			

Marque com um X ao lado de cada rastreador encontrado. No espaço ao final da tabela descreva o(s) achado(s) brevemente e coloque a data em que o registro foi feito no prontuário. É possível que você encontre mais de um rastreador no mesmo prontuário, deve marcar e descrever todos.

Fonte: CORRÊA; MENDES, 2017.

ANEXO C – Lista de Segurança para extração dental

 NatSSIPs	Dental Service	<h1 style="margin: 0;">Dental extractions</h1>	 NHS Barts Health NHS Trust						
Patient's name DOB <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="YYYY"/> MRN		Clinic Date <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="YYYY"/>	Tray tracing label <div style="border: 1px dashed gray; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>						
SIGN IN BEFORE ANAESTHESIA		TIME OUT BEFORE EXTRACTION							
To be completed by operating surgeon		All team members present and focused							
Patient's details		Verbal 2-person check							
Patient/carer stated name, DOB and address? Yes <input type="checkbox"/>		Patient's name, DOB, MRN confirmed? Yes <input type="checkbox"/>							
Consent confirmed? Yes <input type="checkbox"/>		Tooth for extraction confirmed with whiteboard? Yes <input type="checkbox"/>							
Medical history (inc allergies) checked? Yes <input type="checkbox"/>		Tooth for extraction confirmed by patient? Yes <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>							
Radiographs displayed? Yes <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>		Radiographs visible? Yes <input type="checkbox"/>							
Correct equipment available? Yes <input type="checkbox"/>		2-person countdown to tooth for extraction completed? Yes <input type="checkbox"/>							
Whiteboard completed? Yes <input type="checkbox"/>		Repeat countdown if multiple procedures Yes <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>							
Teeth for extraction		SIGN OUT BEFORE PATIENT LEAVES CLINIC							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;">R</td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;">Site</td> <td style="width: 25%; border: none;">L</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid gray; height: 150px;"></td> <td style="border: 1px solid gray;"></td> <td style="border: 1px solid gray;"></td> </tr> </table>		R	Site	L				All team members present and focused	
R	Site	L							
Longhand notation		To be led by operating surgeon							
		Extraction(s) completed as planned? Yes <input type="checkbox"/>							
		All sharps accounted for and removed from tray? Yes <input type="checkbox"/> Initials							
		Post-procedure instructions discussed? Yes <input type="checkbox"/>							
		Operating surgeon/supervisor completing procedure							
		Signature							
		Name (PRINT)							
		Second registered practitioner/student							
		Signature							
		Name (PRINT)							
Please file with consent form		page 1/1							

Fonte: BAILEY E DUNGARWALLA, 2021.