

**FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENSINO NAS  
CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DE  
ENFERMEIROS PÓS GRADUANDOS NO ÂMBITO *LATO SENSU***

**CURITIBA  
2019**

**JANAINA MARA DE ALMEIDA**

**ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DE  
ENFERMEIROS PÓS GRADUANDOS NO ÂMBITO *LATO SENSU***

Dissertação apresentada como requisito parcial de avaliação para conclusão da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe - FPP.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Rosa Machado Prado

**CURITIBA  
2019**

## TERMO DE APROVAÇÃO

JANAINA MARA DE ALMEIDA

### “ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS PÓS-GRADUANDOS NO ÂMBITO LATO SENSU”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rosa Machado Prado**

Doutora em Processos Biotecnológicos. Professora e Orientadora do Programa em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.

  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Rossi Ribeiro**

Doutora em Clínica Cirúrgica. Professora e Orientadora do Programa em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.

  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Letícia Frates Cauduro**

Doutora em Ciências (Enfermagem). Atua como tutora a distancia. Trabalha no departamento de enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Curitiba, 29 de março de 2019.



## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**JANAINA MARA DE ALMEIDA**

### **“ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS PÓS GRADUANDOS NO ÂMBITO *LATO SENSU*”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rosa Machado Prado**

Doutora em Processos Biotecnológicos. Professora e Orientadora do Programa em Ensino nas Ciências da Saúde Da Faculdades Pequeno Príncipe.

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Rossi Ribeiro**

Doutora em Clínica Cirúrgica. Professora e Orientadora do Programa em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Letícia Frates Cauduro**

Doutora em Ciências (Enfermagem). Atua como tutora a Distância. Trabalha no departamento de enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Curitiba, 29 de março de 2019.

## RESUMO

O presente estudo tem como tema o ensino da segurança do paciente: percepção de enfermeiros pós graduandos no âmbito *lato sensu*. Os objetivos do estudo versam sobre: Conhecer a percepção de enfermeiros pós graduandos em relação ao ensino da segurança do paciente durante a graduação; averiguar se os estudantes conhecem as metas internacionais de segurança ao paciente. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. Os participantes do estudo foram compostos por estudantes de uma instituição de ensino superior de Curitiba, no Paraná do curso de especialização em enfermagem em pediatria e cuidados intensivos neonatais, maiores de 18 anos de idade. Os dados foram coletados por meio de um instrumento de coleta de informações e, posteriormente, analisados através da técnica de análise de conteúdo de Minayo. Da análise do conteúdo, emergiram 3 categorias provenientes de temas definidos a partir da análise de cada questão respondida pelos participantes: Ensino da qualidade e segurança ao paciente, Conhecimento sobre as metas internacionais de segurança, Currículo de formação profissional e especialização (e 05 unidades de contexto). Os resultados expressam a necessidade de maior inserção do tema segurança do paciente nos currículos de formação profissional, para que ocorra um ensino contextualizado priorizando aprendizagens significativas e fortalecendo o papel do aluno como sujeito de sua formação e de sua vida. Indicam a necessidade de formação docente para a efetiva condução do processo de ensino e aprendizagem no que se refere aos assuntos relacionados segurança do paciente. Em relação às competências citadas, elas estão descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN); onde as mais destacadas foram a liderança e o gerenciamento. Com base no estudo, é possível destacar a necessidade de inserção de metodologias ativas para o ensino da segurança do paciente e o desenvolvimento das competências descritas nas DCNs. Dessa forma, a formação do enfermeiro atenderá às exigências atuais do desenvolvimento de estratégias e processos pertinentes para alcançar a integralidade da atenção à saúde, a qual necessita de profissional que detenha conhecimento teórico/prático de sua formação, que agregue saberes relacionados à área gerencial, a fim de sedimentar o processo de trabalho de forma ampla. Portanto, são necessárias alterações estratégicas de condução do processo de aprendizado para implementar o tema segurança do paciente nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de enfermagem, vez que, o presente estudo foca na adequação dos currículos de formação profissional, visando preparar profissionais para prestar assistência de qualidade aos pacientes. Ainda, contribui para manutenção de instituições de saúde mais seguras para a população.

**Palavras-chave: enfermagem, ensino e segurança do paciente.**

## ABSTRACT

The present study has as its theme the teaching of patient safety: the perception of nurses post graduate students in the scope lato sensu. The objectives of the study are: To know the perception of postgraduate nurses in relation to the teaching of patient safety during graduation; find out if the students know the international goals of patient safety. This is an exploratory-descriptive research with a qualitative approach. The study participants were composed of students from a higher education institution in Curitiba, Paraná, Brazil, of the specialization course in pediatric nursing and neonatal intensive care, over 18 years of age. The data were collected through an information collection tool and later analyzed using the Minayo content analysis technique. From the analysis of the content, three categories emerged from topics defined from the analysis of each question answered by the participants: Teaching quality and safety to the patient, Knowledge about international safety goals, Curriculum of professional training and specialization (and 05 units of context). The results express the need for a greater insertion of the theme of patient safety in vocational training curricula, so that contextual teaching takes place prioritizing meaningful learning and strengthening the student's role as subject of his / her training and life. Indicate the need for teacher education for the effective conduct of the teaching and learning process regarding issues related to patient safety. In relation to the mentioned competences, they are described in the National Curricular Guidelines (DCN); where the most outstanding were leadership and management. Based on the study, it is possible to highlight the need to insert active methodologies to teach patient safety and to develop the skills described in the DCNs. Thus, nurse training will meet the current requirements of the development of strategies and processes pertinent to achieving integral health care, which requires a professional that has theoretical / practical knowledge of their training, which adds knowledge related to the management area, in order to sediment the work process broadly. Therefore, strategic changes in the learning process are necessary to implement the topic of patient safety in the National Curriculum Guidelines of nursing courses, since the present study focuses on the adequacy of vocational training curricula in order to prepare professionals to provide patients. Moreover, it contributes to the maintenance of safer health institutions for the population.

**Keywords: nursing, teaching and patient safety.**

## **LISTA DE FIGURAS**

1	Figura 01 Linha do Tempo Relacionada a Segurança do Paciente.....	12
2	Figura 02 Definições Relacionadas a Classificação Internacional de Segurança do Paciente...	18
3	Figura 03 Modelo do Queijo Suiço de James Reason .....	20
4	Figura 04 Dimensões da Qualidade.....	22

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem .....	10
Quadro 2 Categorias e Unidades de Contexto.....	56

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 Distribuição dos estudantes entrevistados de acordo com o sexo e idade.... 53

Tabela 2 Distribuição dos estudantes em relação ao ano que se formou ..... 54

Tabela 3 Distribuição dos estudantes em relação a região de formação no Brasil..... 54

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn Associação Brasileira de Enfermagem  
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CEF Conselho Federal de Educação  
CEP Comitê de Ética em Pesquisa  
CNQPS Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde  
COFEN Conselho Federal de Enfermagem  
CQH Controle da Qualidade Hospitalar  
DCNs Diretrizes Curriculares Nacionais  
EPS Educação Permanente em Saúde  
FPP Faculdades Pequeno Príncipe  
ICPS International Classification for Patient Safety  
IES Instituições de Ensino Superior  
IOM Institute of Medicine  
INEP Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais  
JCI Joint Commission Internacional  
OMS Organização Mundial de Saúde  
ONA Organização Nacional de Acreditação  
PDCA Plan Do Check Act  
PIC Práticas Integrativas e Complementares  
PNGS Prêmio Nacional de Gestão em Saúde  
PNQ Prêmio Nacional da Qualidade  
PBQP Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade  
PNSP Programa Nacional de Segurança do Paciente  
PPC Projetos Pedagógicos de Curso  
PR Paraná  
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TIC Tecnologias de Informação e Comunicação

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 OBJETIVOS .....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	16
3.1 QUALIDADE DO CUIDADO DE SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO .....	16
3.2 MELHORANDO OS CURRÍCULOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTRATÉGIAS PARA A CULTURA DE SEGURANÇA AO PACIENTE ...	27
3.3 EXEMPLOS PRÁTICOS PARA INSERIR O TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURRÍCULO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	43
4 METODOLOGIA.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
6 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	74
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	84
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A PÓS- GRADUAÇÃO .....	86

## 1 INTRODUÇÃO

Decidi pelo curso de Enfermagem durante o ensino médio, na ocasião em que participei de uma feira de profissões, no colégio em que estudei, e, mais adiante, após a graduação em nível superior, escolhi trabalhar na área de enfermagem motivada pelo fato de sempre admirar os profissionais desta área, e gostar do processo de cuidar, amar o desconhecido e fazer o bem sem saber a quem, ou seja, sem fazer julgamentos prévios, simplesmente e unicamente cuidar. Durante a minha graduação em Enfermagem, realizei muitas atividades extracurriculares que ajudaram bastante na minha formação profissional e na decisão dos rumos que eu seguiria após a formatura. Realizei alguns estágios voluntários e curriculares em diversas áreas dentro do ambiente hospitalar, que foram de grande valia para o meu processo de aprendizado e assimilação e complementação do aprendizado e aprimoramento do conhecimento teórico/prático.

Em 2008 o curso de graduação em enfermagem se encerrou e no mesmo ano fui efetivada no estágio curricular o qual estava vinculada durante o período da graduação, como enfermeira no âmbito de ambiente hospitalar, o qual continuo atuando até a presente data.

Após a graduação realizei alguns cursos de especialização como, Urgência e Emergência, Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente e Especialização em Educação Profissional Técnica de Nível Médio, pois no decorrer da minha atuação como enfermeira atuei em diversas áreas, razão pela qual procurei adequar o meu comportamento e conduta às circunstâncias concernentes, visando a encarar as mudanças e a desenvolver o espírito de liderança, a fim de conseguir trabalhar em consonância com a subjetividade inerente ao campo de atuação profissional. Passado algum tempo atuando na mesma instituição hospitalar, fui convidada a ocupar o cargo de supervisora de enfermagem de uma equipe formada por, aproximadamente, 150 (cento e cinquenta) funcionários, momento em que despertei o interesse e paixão em trabalhar também na área da educação, como docente para acadêmicos da área de enfermagem.

Nesse interim, senti certa inquietude em relação ao tema segurança do paciente, no momento em que passei a compreender a magnitude do problema,

em relação ao processo de formação, ou seja, ao processo de ensino e aprendizagem com que alguns temas são abordados. E como essa abordagem pode influenciar no entendimento adequado por parte dos discentes, bem como a sua futura atuação no mercado de trabalho.

Diante disso, acredito que a presente pesquisa poderá contribuir para o desenvolvimento do campo da enfermagem, uma vez que coloca a percepção dos(as) enfermeiros(as) pós graduandos(as) em relação ao modo que o tema segurança do paciente foi abordado em algumas instituições.

O enfermeiro que recebe formação generalista, crítica, reflexiva, está capacitado para reconhecer e atuar sobre os problemas de saúde mais prevalentes a nível nacional, consegue agir com responsabilidade e comprometimento com a sociedade. O enfermeiro que tem licenciatura em enfermagem também está apto para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, cabe destacar as competências e habilidades gerais do enfermeiro, como a atenção em saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a educação permanente, a liderança no trabalho em equipe multiprofissional, já que tais profissionais devem estar aptos para gerenciar e administrar tanto os recursos humanos como materiais de uma organização, para desenvolver uma adequada atuação (BRASIL, 2001).

Ainda nesse sentido, Lourenção e Benito (2010), refletem sobre a responsabilidade de formar profissionais competentes para desenvolver ações gerenciais na área da saúde, integrando conhecimento, habilidades e atitudes, para que se tenha um cuidado ético, seguro e de qualidade.

No âmbito normativo, a Diretriz Curricular Nacional (DCN) para o curso de enfermagem salienta que os conteúdos curriculares do curso de graduação em enfermagem apresentam como requisitos os seguintes temas:

Quadro 1 Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem

<b>Bases biológicas e sociais de enfermagem</b>	Morfologia, Fisiologia, Farmacologia, Patologia, Biologia, Nutrição, Saúde Coletiva e Saúde Ambiental
<b>Ciências humanas</b>	Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Comunicação e Educação
<b>Fundamentos de enfermagem</b>	História da Enfermagem, Exercício de Enfermagem, Ética, Bioética, Epidemiologia, Bioestatística, Informática, Semiologia, Semiotécnica e Metodologia da Pesquisa
<b>Assistência de enfermagem</b>	É incluída em nível individual e coletivo prestada a criança, ao adolescente, ao adulto, a mulher e ao idoso
<b>Ensino de enfermagem</b>	Capacitação pedagógica do Enfermeiro
<b>Administração de enfermagem</b>	Gerenciamento de enfermagem é trabalhado de forma prática e teórica, enfatizando a administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem prestada aos pacientes, dentro de organizações de saúde

(BRASIL, 2001).

Diante do exposto, foi possível ter uma ideia do que permeia o processo de formação do enfermeiro e das diversas áreas de atuação do profissional de enfermagem. Para tanto, é pertinente que este enfermeiro busque aperfeiçoar as suas competências, através de capacitações continuamente, como por exemplo especializações, como forma de qualificar a prática profissional.

Nesse sentido, a formação complementar amplia o potencial de uma prática segura e livre de danos.

Tratando do tema em abordagem, Lapão (2005), salienta que as instituições de saúde, como qualquer organização, precisam ser administradas tendo como pilar um método, e não somente a gestão ordenada dos seus bens. Dessa forma, ajustar-se às situações novas, ser maleável e ter a competência de manter bons relacionamentos interpessoais, responsabilizar-se por instigações, são encargos indispensáveis às pessoas que mantêm a função de gestor.

Dessa forma, os novos instrumentos gerenciais, como a gestão da educação, do conhecimento, das habilidades, a liderança, apresentam-se aceleradamente inseridas nas instituições de saúde, transformando o cenário desta administração (CUNHA; XIMENES, 2006).

Os serviços de saúde em seus variados níveis, incluindo os serviços hospitalares, podem ser coordenados pelo enfermeiro, e esta função é um dever que requer capacitação e qualificação para realização de gestão administrativa,

com padrões apropriados para suprir as necessidades da instituição ao atender os pacientes, e buscar resultados satisfatórios (SPILLER et al., 2009).

Portanto, cabe às instituições de ensino e aos docentes a responsabilidade pelo ensino aprendizagem da administração de enfermagem, no que se refere ao conhecimento do desenvolvimento de competências gerenciais, assim como a conexão entre assuntos teóricos e práticos (ROTHBARTH et al 2009).

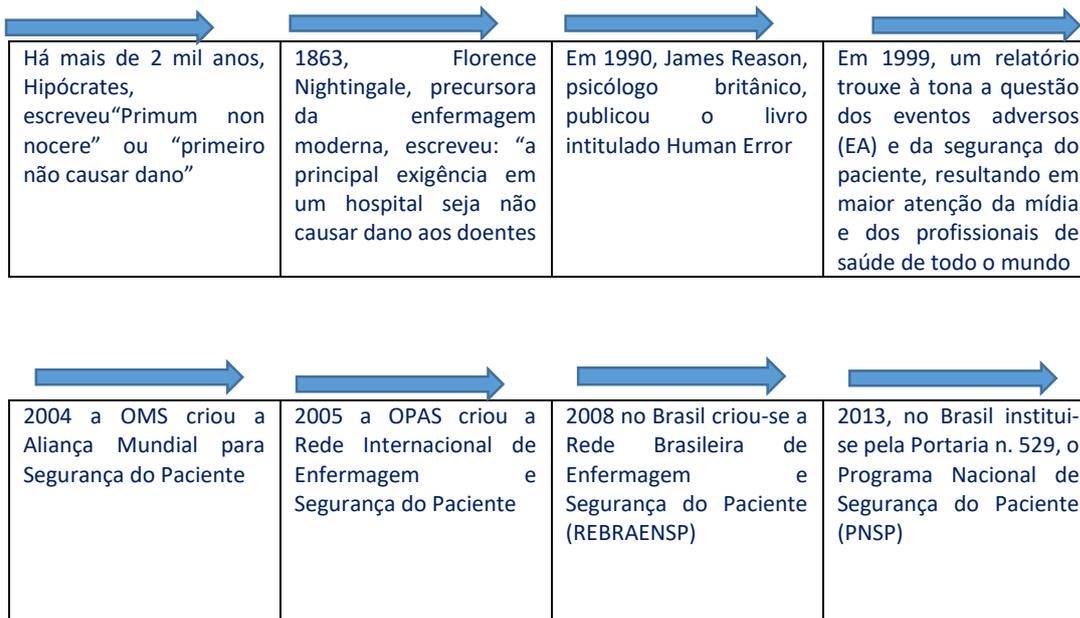
No âmbito dos devidos cuidados do paciente, Spiller (2009), salienta sobre a importância da primazia do fator humano, porquanto a prestação dos serviços de alta complexidade tem uma enorme dependência de quem gerencia o relacionamento do prestador de serviços com os pacientes, e como as ações são realizadas. Ademais, as mudanças que ocorrem na prestação de serviços ao longo do tempo perpassam de alguns fatores, como: quem presta o serviço, o local em que é prestado e em qual momento ocorre.

À vista disso, o fator mais difícil de controlar é o humano, visto que, este apresenta um conjunto de atitudes, podendo ser empatia, atenção, comunicação, flexibilidade, postura, discricção, etc. As atitudes mencionadas serão capazes de criar e estreitar vínculos, gerar confiança e fortalecer as relações entre a equipe multiprofissional. Dessa forma, as instituições são representadas por pessoas, e os bons resultados dependerão das suas expectativas, desejos, hábitos e graus de estabilidade física e emocional (SPILLER et al., 2009).

Sobre o cuidado em saúde, a limitação de recursos humanos, materiais e financeiros expõe os pacientes a riscos, os quais podem acarretar danos irreversíveis (KURCGANT, 2014).

Nesse aspecto, o cuidado e a segurança do paciente são comprometidos, se as atividades desenvolvidas na área da saúde forem realizados de maneira inadequada, aumentando ainda mais os riscos em que muitas vezes os pacientes são submetidos, considerando que nem sempre se tem um cenário favorável para praticar o cuidado e gerenciar a assistência com qualidade. Portanto o foco de atenção às pessoas é de extrema importância (KURCGANT, 2014).

Diante do exposto, faz-se necessário refletir sobre alguns fatos históricos que há muito tempo permeiam sobre a segurança do paciente, conforme linha do tempo inserida abaixo:



1Figura 01 Linha do Tempo Relacionada a Segurança do Paciente

Ainda, tratando do presente tema, Rigobello et al. (2012), afirmam que o interesse com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na área da saúde, pois agrega benefícios a todos os envolvidos. A ocorrência de erros infelizmente é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências. Desta maneira, a segurança do paciente pode ser estabelecida, como o ato de impossibilitar, prevenir erros ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar.

Em face ao descrito, uma possibilidade de melhorar e ou mudar esse cenário, seria no investimento e crescimento de competências na área do ensino da segurança ao paciente, com o objetivo de acumular conhecimentos provenientes da educação, inserindo esse tema no currículo de formação profissional, por ser considerado uma área produtiva de pesquisas, e entender que as falhas ocasionadas em pacientes podem ocorrer devido à formação deficiente dos

profissionais, que por sua vez, assistem os pacientes. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Pinto et al. (2016), também salientam que é esperado das universidades o cumprimento de sua missão na formação profissional, ao disponibilizar para a sociedade egressos que consigam atender as necessidades da população nos diversos cenários da assistência, pois desta forma contribuirão de forma significativa para a qualidade dos serviços.

A segurança do paciente, por sua vez, é tema de destaque e sua abordagem na graduação e pós graduação está previsto em diretrizes nacionais. O Ministério da Saúde, através da portaria nº 529/2013, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e um de seus objetivos específicos é difundir a inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da Saúde, pois essa conduta poderá ser capaz de mudar o meio em que se vive para impulsionar a qualidade de cuidados, tornando-a cada vez mais segura (BOHOMOL, 2016).

O PNSP sugere a inclusão desse tema nos cursos, porém essa orientação não está explicitada. Por outro lado, o documento de referência para o PNSP, publicado em 2014, reforça a importância da inclusão do tema de segurança do paciente no ensino, e destaca a necessidade da criação de um catálogo atualizado com vários programas para auxiliar os gestores, profissionais e pacientes, além de recomendar que os estabelecimentos de saúde desenvolvam capacitações, atualizações e especializações, presenciais, semipresenciais e a distância (ANVISA, 2014).

Revela-se com isso, a inquietação em instruir os egressos para as tendências do mercado de trabalho, que atualmente exigem profissionais com habilidades de comunicação, trabalho em equipe e conhecimentos de melhoria da qualidade e segurança, ao sugerir soluções para organizações de grande complexidade (PINTO et al., 2016).

Segundo Bohomol (2016), o ensino sobre segurança do paciente é abordado de forma fragmentada, necessitando de investigação e expansão de conceitos, conforme recomenda o guia da Organização Mundial da Saúde. A introdução dos conteúdos sobre segurança do paciente ainda é uma proposta incipiente nas instituições de ensino do Brasil, havendo a necessidade de uma revisão dos

currículos, para se contemplar uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar para o desenvolvimento deste tema.

A relevância do estudo indica uma reflexão sobre como as matrizes curriculares dos Cursos de Enfermagem, podem sofrer adequações no processo ensino aprendido, ao executar métodos didáticos para que a formação do enfermeiro atenda às exigências atuais do mercado de trabalho.

Considerando o tema segurança do paciente nas instituições de ensino, o estudo abordará a percepção de enfermeiros pós graduandos no âmbito *lato sensu*, a fim de responder a questão norteadora: qual a percepção de enfermeiros pós graduandos de uma instituição de ensino privada sobre a temática segurança do paciente durante a formação acadêmica?

Diante deste panorama, a realização da presente pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer e aprofundar a reflexão sobre o tema ensino da segurança do paciente; já que este é de caráter transversal, que perpassa por todas as áreas da saúde.

Neste estudo, a segurança do paciente foi abordada concomitantemente com a temática de qualidade, pois é uma das dimensões da gestão da qualidade, e com isso pretende-se delinear a percepção de enfermeiros pós graduandos, e perceber como foi abordado e/ou correlacionado o tema segurança do paciente durante os anos de formação.

## **2 OBJETIVOS**

Conhecer a percepção de enfermeiros pós graduandos em relação ao ensino da segurança ao paciente durante a graduação.

Averiguar se os estudantes conhecem as metas internacionais de segurança ao paciente.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 QUALIDADE DO CUIDADO DE SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO

Para Lima (1994), a preocupação com a formação do enfermeiro no Brasil sempre foi percebida como algo importante, desde a realização do levantamento sobre os recursos e necessidades, até a posição da enfermagem no mercado de trabalho e na organização do seu ensino. O envolvimento da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) em todas as questões relacionadas ao ensino, tanto no que diz respeito à qualidade do ensino de enfermagem, como a adequação dos currículos à realidade do país, sempre foi marcante para o desenvolvimento da profissão. Nesse sentido, tamanha é a importância do tema ensino da segurança do paciente de formação em enfermagem, que em 1947, no 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado pela ABEn, a maioria dos trabalhos referia-se à educação em enfermagem.

Segundo Siqueira et al (2018), os recursos humanos recebem destaque quando se menciona aos cuidados de pacientes, e por este motivo, o crescimento dos profissionais é fundamental. Com isso, o abrangente quantitativo de profissionais na enfermagem, as várias opções de formação e atuação, são elementos significativos na organização das tarefas de capacitação e de crescimento profissional.

Uma reestruturação que vem sendo debatida na formação dos profissionais dos cursos da área da saúde, é a inserção de conteúdos direcionados à Segurança do Paciente, devido a sucessão de problemas, erros e eventos adversos que ocorrem durante a prestação do cuidado, levando diferentes malefícios aos pacientes (PINTO et al. 2016).

De acordo com a Resolução nº 569 de 08 de dezembro de 2017 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Segurança do Paciente é um dos atributos da qualidade do cuidado, e em todo mundo tem ganhado grande destaque para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, com o objetivo de ofertar uma assistência segura, pois incidentes relacionados ao cuidado em saúde representam um elevada taxa de morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde.

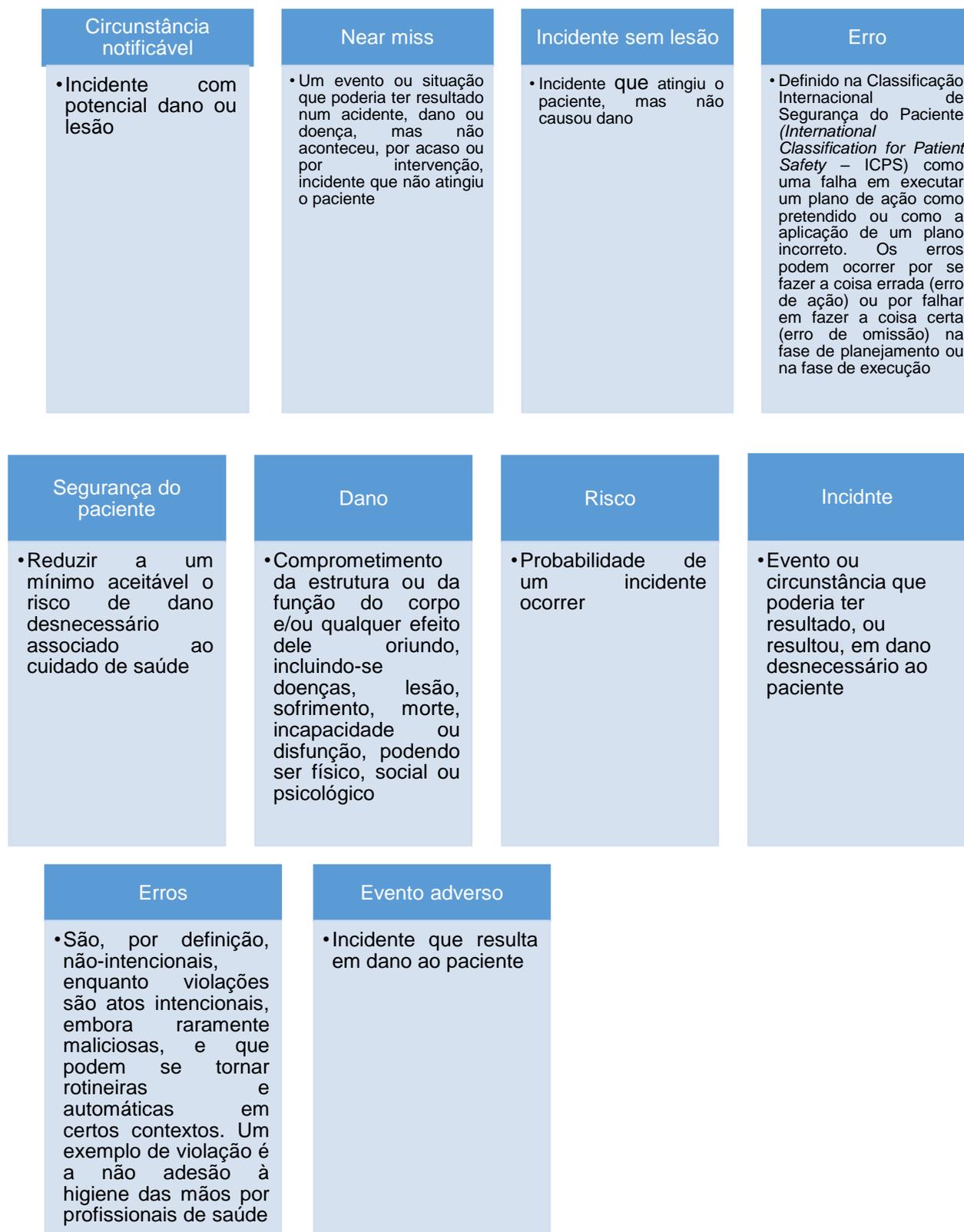
Diante disso, a segurança do paciente é estabelecida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados à assistência em saúde, e deve estar presente nas instituições de ensino em suas abordagens durante todo o período de formação dos estudantes. (PINTO et al., 2016).

Nesse seguimento, um marco histórico sobre a segurança do paciente aconteceu na década de 2000, onde vários pesquisadores dedicaram-se a aprofundar suas pesquisas nas questões da qualidade e segurança ao paciente. Nesse sentido, buscou-se identificar as causas das ocorrências de eventos adversos, que muitas vezes podem ser entendidas como falhas na estrutura, falha nos recursos humanos, onde há o descuido por parte de profissionais de saúde, além dos comportamentos inseguros de alguns pacientes (REIS, MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Tratando desse tema, cabe salientar alguns conceitos em torno da segurança do paciente, pois existe uma enorme diferença de termos para discutir essa temática, mas apesar das definições hoje propostas por órgãos distintos, permanece um vasto engano no emprego de tais nomenclaturas (SCHIESARI; MALIK, 2018).

Para tanto, é essencial buscar uma uniformização de conceitos e terminologias, tendo em vista que essa temática aos poucos integrará a rotina da saúde de modo global, alcançando desde cursos técnicos até os de pós graduação, transitando por todos os tipos de serviços relacionados a área (SCHIESARI; MALIK, 2018).

Diante disso, conforme os conceitos preconizados pela OMS e pelo PNSP, segue algumas definições relacionados com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).



2Figura 02 Definições Relacionadas a Classificação Internacional de Segurança do Paciente.  
Fonte: BRASIL, 2013.

Os erros podem ocorrer devido a sistemas que foram mal desenhados e produzem resultados ruins, retirando o foco do erro individual, para direcionar o

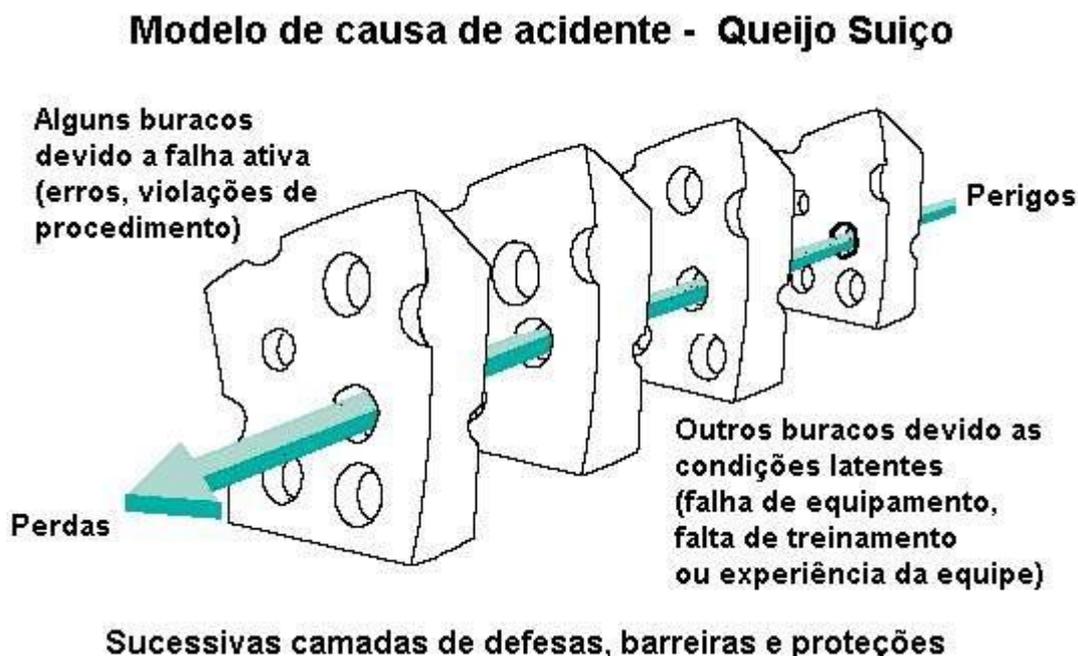
foco nas falhas do sistema. Nessa perspectiva, o erro pode então ser dividido entre dois tipos de erro; por exemplo, o erro ativo acontece pelo profissional que está diretamente com o paciente, quando ocorre a troca de medicamento, e o erro latente quando há falta de medicamento no hospital (LEAPE, 2009).

Diante do exposto, faz-se necessário abordar as definições relacionadas à segurança do paciente durante a formação do profissional da área da saúde, objetivando reduzir os danos ocasionados aos pacientes no futuro da prática profissional. Para tanto, é preciso esclarecer os pontos a seguir:

- Instituições de saúde são - estabelecimentos destinados a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes. Dessa forma, se a função primordial das instituições e de profissionais de saúde é melhorar, curar e tratar os pacientes, as funções inconscientes e involuntárias podem resultar em efeitos contrários ao desejado, piorando a condição de saúde dos doentes, contribuindo negativamente com o funcionamento e o equilíbrio do subsistema hospitalar (MERTON, 1996).
- Hospital - é uma das mais complexas empresas existentes, devido às suas múltiplas atividades e, já ao ser construído, exige a participação de uma equipe multidisciplinar (FERNANDES, 2002).
- Complexidade - pode ser entendida como um conjunto de possibilidades de ocorrência do dano no ambiente de um sistema, os quais devem ser selecionados de modo a reduzir as chances de incidência, diminuindo dessa forma a sua complexidade.
- Erro humano - o marco mundial dos movimentos para a segurança do paciente foi a publicação do relatório "Errar é humano" (To err is human: building a safer health system), em 1999, que destacava que o castigo, a punição e a reparação sobre o dano continuavam focalizado sobre a ação individual, sendo este um importante obstáculo à segurança humana (KOHN et al., 2000).
- Instituições de pesquisa em saúde - reconhecem que as causas de um evento não podem ser simplesmente vinculadas às ações individualizadas dos profissionais, envolvidos diretamente com o

doente, mas à totalidade orgânica do serviço de saúde, indicando maior atenção às exigências do próprio sistema.

Nesse sentido, vale refletir sobre o modelo desenvolvido por Reason para os acidentes em organizações complexa, conforme a figura 03.



3Figura 03 Modelo do Queijo Suíço de James Reason, 2009.

A superlotação das instituições de saúde, o déficit de prontuários ou prescrições eletrônicas, a falta de dispensação unitária de medicamentos, as normas, os padrões e os protocolos de funcionamento imprecisos ou inexistentes, a redução nos custos que levam a falta de materiais e equipamentos, quando somados ao estresse e a pressão das condições do ambiente de trabalho, são alguns fatores organizacionais que aumentam as chances de dano ao paciente.

De uma maneira geral, a cultura administrativa da direção de instituições de saúde deformam os princípios básicos da dinâmica de funcionamento institucional ao estabelecer o fator humano como a única barreira mecânica para promover a segurança do paciente. Portanto, focalizar os erros latentes do está na tentativa de encolher os buracos de transposição do dano pela criação de múltiplas camadas adicionais de proteção. Esse mecanismo reduz a possibilidade de alinhamento desses orifícios e, assim, impede que o erro os atravesse e alcance o paciente (GOMES, 2012).

Deste modo, a barreira de precaução não deve ser voltada para o comportamento humano perfeito, já que a maioria dos danos provocados nos pacientes envolve profissionais competentes, cuidadosos e atenciosos, sendo necessário resistir à tentação de concentrar as investigações e punições sobre o erro ativo, descuidando-se dos erros latentes das instituições hospitalares (WACHTER, 2010).

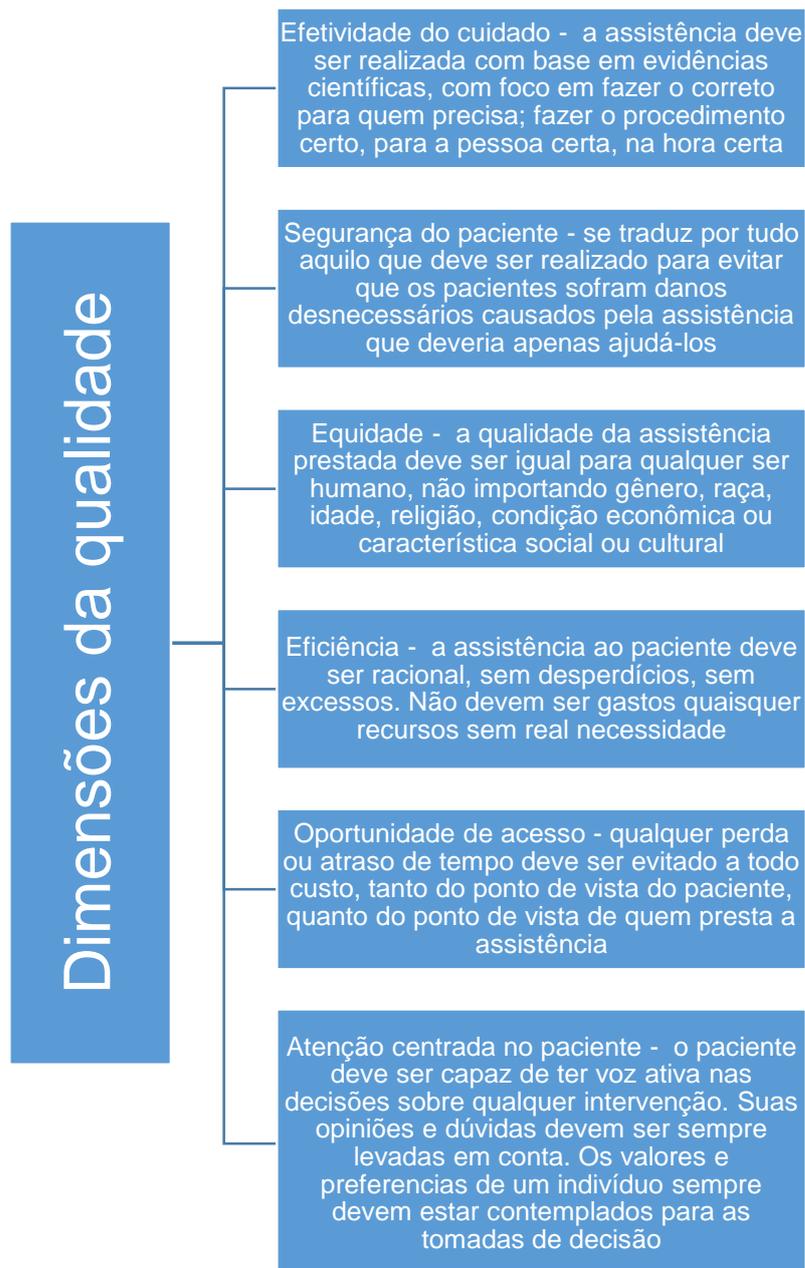
Correa e Cardoso Junior (2007) salientam que algumas instituições estão mais propensas de serem acometidas por danos em relação a outras. Essa maior incidência é causada devida à “Síndrome do Sistema Vulnerável”, composta por três elementos: a atribuição da culpa aos indivíduos da linha de frente, a negação da existência de erros sistêmicos que causam seu enfraquecimento e a perseguição cega por indicadores financeiros e de produção.

Esses elementos, contribuem para consolidar a conotação negativa do dano direcionando o ato inseguro para o comportamento do profissional. A maioria das investigações é interrompida nessa fase que, ao depositar a culpa no profissional impossibilita a correta investigação da causa-raiz do dano e inviabiliza a adoção de estratégias preventivas eficientes e eficazes (CORREA; CARDOSO JUNIOR, 2007)

Seria nessa fase (investigação da causa raiz), a revisão dos processos de trabalho e a adoção dos fundamentos e metas específicas da segurança do paciente como uma prioridade institucional (BRASIL, 2016).

Para tanto, essas organizações dependem da notificação voluntária dos profissionais de saúde, entretanto, o foco punitivo voltado para o erro do profissional, também enaltecido pelo modelo tradicional de responsabilidade civil, desencoraja o compartilhamento das informações com o objetivo de proteger a si mesmo, dificultando a implantação de políticas públicas de saúde que evitem a recorrência do dano no futuro (BRASIL, 2016).

A segurança do paciente, é hoje encarada de diversas formas, e para as pessoas que atuam na área da qualidade em saúde, é vista como uma das suas dimensões (BRASIL, 2013). Portanto, as dimensões da qualidade, são:



4Figura 04 Dimensões da Qualidade. Fonte: BRASIL, 2013.

Dessa forma, a preocupação com a qualidade na saúde é antiga, desde a data de 1700 a.C, com o destaque para o Código de Hammurabi, no artigo 218, onde se afirma que se o médico realizar uma incisão e matar o paciente ou se ao abrir um tumor, ele perfurar seu olho, suas mãos serão cortadas. Hipócrates considerado o pai da Medicina que viveu entre 460 a 370 a.C., é atribuída a frase *Primum non nocere* (primeiro não prejudicar) ou *First do no harm* (primeiro não faça nenhum mal). As duas citações demonstram o reconhecimento da existência do dano associado ao exercício da medicina (CREMESP, 2014).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses - ICN*) é uma federação constituída por mais de 133 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros a nível mundial. Foi fundado em 1899 e foi a primeira organização internacional de profissionais de saúde. Este conselho também considera a segurança do paciente fundamental para a qualidade em saúde e do cuidado de enfermagem.

A ênfase dada a segurança do paciente globalmente ocorreu no final da década de 1990, onde foi constatado o aumento de despesas com erro médicos e o sensacionalismo da imprensa que abordou alguns casos de pacientes que sofreram eventos adversos em hospitais; esses fatos contribuíram para a magnitude do tema, impulsionando os governos e políticas públicas a se preocupar com o assunto (CORREA, 2009).

Oliveira et al (2014), relatam que há mais de dez anos, no final do século 20 e início do 21 um relatório foi anunciado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*) averiguou vários prontuários e identificou que sérios prejuízos iatrogênicos haviam ocorrido durante as internações, onde muitos provocaram disfunções permanente e envolveram a morte do paciente). Fundamentado nestes resultados, estimou-se que os danos haviam contribuído para a ocorrência de vários óbitos por ano naquele país. Posteriormente a divulgação desse relatório, tornou-se imediato a atenuação de eventos adversos mundialmente.

A importância do tema e a grandeza da repercussão dos eventos adversos na saúde das populações levou a Organização Mundial de Saúde (OMS), a debate-lo em assembleias de 2002 e 2004, resultando na apresentação da *World Patient Safety Alliance* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) no ano de 2004, com o objetivo de propor medidas para minimizar os riscos associados aos cuidados em saúde.

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) surgiu da criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em novembro de 2005, no Chile e a partir de reuniões promovidas pelo Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. Nesses encontros foram analisadas as tendências e as prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área de

Enfermagem e Segurança do Paciente, foram discutidas as prioridades de cooperação técnica e de troca de informações e necessidades de estudos que fortalecem o cuidado de enfermagem, a sua gestão, investigação, informação e educação inicial e na área da enfermagem e segurança do paciente.

No ano de 2008 em São Paulo, a Rede foi formalmente constituída como meio de potencializar o conhecimento e esforços entre atores comprometidos com o desenvolvimento permanente desta área no Brasil. Esta reunião, com enfermeiros representantes de vários estados do Brasil e Instituições e Ensino e de Assistência, deu origem a REBRAENSP Nacional.

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente é a estratégia de articulação e de cooperação técnica entre instituições diretas e indiretamente ligadas à saúde e educação de profissionais em saúde, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado em 2013, através da Portaria GM/MS nº 529, para auxiliar na qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem ganhado, mundialmente, enorme importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura.

A segurança do paciente, como é vista e debatida atualmente, preserva próxima relação com a melhoria da qualidade, com a finalidade de minimizar os incidentes e eventos adversos que se relacionam com o cuidado, dessa forma é necessário melhorar a qualidade da assistência de maneira global, ao intervir em áreas consideradas críticas (SCHIESARI; MALIK, 2018).

A prevenção e redução de infecções relacionada com os cuidados de saúde, o cuidado limpo e o cuidado seguro, foram imprescindíveis para o 1º desafio global de segurança do paciente, onde uma grande campanha foi realizada” Uma assistência limpa é uma assistência mais segura” (*Clean care is safer care*). Já no ano de 2007 as Cirurgias seguras salvam vidas” (*Safe surgery save lives*) foi escolhido como o 2º desafio global de segurança do paciente, proporcionando listas de verificação de segurança, *check-list* e manuais de boas práticas (BRASIL, 2013).

Dessa forma, mencionar a assistência à saúde nos hospitais brasileiros, considera-se que os erros e suas consequências são notavelmente superiores, devido à fragilidade dos serviços prestados, à falta de recursos humanos adequados, à carga horária exorbitante e à má remuneração dos profissionais (OLIVEIRA et al, 2014).

Tratando desse tema, Reis, Martins e Laguardia (2013), afirmam que as falhas ativas por sua vez, seriam comportamentos inseguros ou omissões por parte dos profissionais de saúde, cuja a consequência seriam os efeitos adversos sentidos pelos pacientes, podendo ocorrer devido a um erro, ou falta de cumprimento das etapas. As falhas latentes são as existentes no sistema, na sua estrutura, no processo, as quais muitas vezes permanecem ocultas até que exponham um paciente a algum risco. Nas instituições de saúde essas condições podem estar relacionadas ao ambiente de trabalho, a supervisão inadequada, a sobrecarga de trabalho, a comunicação ineficaz, ao estresse e principalmente a falta de treinamento ou formação deficiente.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, definem as competências e habilidades gerais e específicas que o aluno deve desenvolver ao longo do curso, sendo estas de extrema importância para uma atuação profissional adequada, como por exemplo desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional, assim como intervir no processo saúde doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência prestada em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; planejar, implementar e participar de programas de formação, educação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde; desenvolver, participar e aplicar pesquisas e outras formas de produção de conhecimentos que visem a qualificação da prática profissional; utilizar instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde (BRASIL, 2001).

No entanto, Santos e Randuz (2011), afirmam que durante o processo de formação e capacitação os profissionais de saúde não recebem preparo para avaliar e prevenir erros, aumentando assim a probabilidade de muitos profissionais levarem os pacientes a exposições de riscos.

Segundo Pinto et al. (2016), muitas situações de risco são provenientes de atos inseguros, que estão relacionados às pessoas, ou às situações inseguras, sendo vistas como latentes no sistema de trabalho. Dessa forma, o futuro profissional necessita desenvolver a capacidade crítica para realizar ações que possam minimizar a diversidade indesejada do comportamento humano, com o objetivo de oferecer maior confiabilidade para as organizações, através de orientação, supervisão, educação continuada ou instalação de políticas e protocolos.

O documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente da ANVISA (2014), também corrobora sobre a necessidade de investir em educação para se obter mais qualidade, afirmando que existe a real necessidade de incluir o tema segurança do paciente nos currículos de graduação na área da saúde, pois essa conduta pode ser capaz de transformar o meio em que vive, impulsionando a qualidade dos cuidados, com o intuito de torná-lo cada vez mais seguro.

Dessa forma, torna-se imprescindível um acúmulo de conhecimentos provenientes da pesquisa e da educação, para que os gestores consigam atuar nas instituições com capacitação suficiente para trabalhar na gestão da qualidade. (NETO; MALIK, 2014).

Nesse sentido, vale ressaltar que o processo de aprendizado de administração em enfermagem é muito importante, pois a partir do momento que existe um processo de aprendizado de administração em enfermagem de maneira adequada, conseqüentemente teremos a capacidade de modificar e melhorar situações que levariam os pacientes a riscos desnecessários, uma vez que o professor responsável pela mediação do aprendizado do aluno, durante o processo de formação profissional, estimule os discentes a tornarem-se mais habilidosos, competentes e capaz de transformar a realidade social em que se está inserido de maneira crítica e reflexiva em prol dos pacientes que serão por eles atendidos (CAVEIÃO, 2013).

Oliveira et al (2009), também corroboram sobre a importância do papel do professor, no que se refere a sua auto avaliação e reflexão da sua prática pedagógica, visando ajudar o aluno no processo da sua formação e no alcance do desenvolvimento na competência gerencial.

Nessa perspectiva, Camarinha (2018), afirma que existe a necessidade da formação de uma rede de prestadores de serviço de confiança, e isso demanda muitos participantes, sendo que estes devem ter uma conexão, pois quanto mais próximos eles forem mais eficaz será a mensuração e o ajuste do nível de qualificação, além de aperfeiçoar a comunicação e finalmente entregar resultados mais satisfatórios para os pacientes.

Para tanto, se faz necessário aprimorar o currículo de formação profissional, ao utilizar várias estratégias dentro da academia no que se refere ao ensino da segurança do paciente, almejando agregar conhecimentos inovadores ao redor do melhoria da cultura de segurança dentro do meio acadêmico e profissional.

### 3.2 MELHORANDO OS CURRÍCULOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ESTRATÉGIAS PARA A CULTURA DE SEGURANÇA AO PACIENTE

Para melhorar os currículos de formação profissional, é necessário que os estudantes se apropriem de assuntos relacionados ao Programa de Segurança do Paciente (PNSP). Este programa promove ações que articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial e contemplam demais políticas de saúde para somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, os estudantes da área da saúde devem ser apresentados aos protocolos de segurança do paciente durante a academia, já que a sua implantação exige pouco investimento para a sua iniciação, diante da grandeza dos erros e eventos ocorridos na falta destes. Portanto, essas questões motivaram a OMS a eleger protocolos de segurança do paciente a seguir:

Protocolo de Identificação do paciente – tem como finalidade garantir a correta identificação do paciente, com o objetivo de minimizar a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

Nesse sentido, o conhecimento dos alunos da área da saúde sobre a existência do protocolo de identificação do paciente é fundamental, já que estes estarão inseridos nos cenários da prática para a realização de estágios supervisionados, pois erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do

tratamento. Diversos fatores podem contribuir para a ocorrência de riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Em relação ao Protocolo para prevenção de úlcera por pressão, este estimula a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele.

Dessa forma, os professores poderão instigar alunos para trabalhar com a prevenção através do protocolo poderá evitar o aparecimento das alterações de pele, riscos de infecções, prolongamento de internações, custos adicionais, atraso da recuperação funcional, além da mortalidade.

O Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, tem como objetivo incentivar práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

Frente a possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se imprescindível identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

Nesse sentido, os alunos da área da saúde precisam ter conhecimento sobre o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, aja vista que este protocolo deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

O Protocolo de cirurgia segura tem como objetivo determinar as medidas a serem inseridas para minimizar a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando maior segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, através do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

É necessário fazer com que os estudantes da área da saúde conheçam o protocolo de cirurgia segura, pois houveram relatos de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram um órgão sadio removido. Dessa forma, a finalidade de conhecer o

protocolo e aplicar o protocolo de cirurgia segura auxiliará na confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde, que muitas vezes se encontram abalados após a existência de tais incidentes.

Nesse seguimento, a implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura deverá ser vista como uma ferramenta fortemente recomendada nas instituições de saúde, já que existem evidências de que o seu uso reduz complicações e salva vidas.

O Protocolo de higiene de mãos em serviços de saúde tem como finalidade promover a higiene das mãos nos serviços de saúde, com objetivo de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), almejando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes. Portanto, a apropriação do protocolo de higiene de mãos por estudantes da área da saúde, se torna imprescindível.

Tratando desse tema, se faz necessário compreender o que se define por ponto de assistência: local onde três elementos estejam presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente). Dessa maneira, o protocolo deve ser aplicado em todos os Pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre. Para tanto, é necessário o fácil acesso a um produto de higienização das mãos, como por exemplo, a preparação alcoólica. O Produto de higienização das mãos deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou local de tratamento, sem a necessidade do profissional se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente.

O Protocolo prevenção de quedas por sua vez, tem a finalidade de diminuir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, através da implantação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

A queda pode ser definida como deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias diversas que podem resultar ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo,

ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer do mesmo nível, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

A queda pode provocar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda. Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, além de gerar abalo na equipe de saúde, reproduzir repercussões na credibilidade da instituição e problemas de ordem judicial. As quedas também podem interferir na continuidade do cuidado.

Dentre os pacientes que sofreram queda, existem relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência. Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural. Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

Face ao exposto, foi possível, perceber a importância de abordar os protocolos de segurança do paciente durante a graduação, assim como facilitar que todos os estudantes da área da saúde saibam o que são as metas de segurança do paciente, que podem ser conceituadas como:

**Meta 1 – Identificar Corretamente o pacientes**

Identificar corretamente cada paciente atendido no hospital é o primeiro passo para uma assistência segura.

**Meta 2 – Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde**

Uma assistência segura depende de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e entre setores, garantindo de forma completa a transmissão de informações que irão favorecer a continuidade do cuidado.

**Meta 3 - Melhorar a Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos**

Erros de medicação representam uma ameaça à segurança dos pacientes. Medicamentos de Alta Vigilância são assim considerados por representarem um risco ainda maior se administradas de forma equivocada. Estes medicamentos precisam ser gerenciados de maneira diferenciada dos demais, contemplando o processo de armazenamento, prescrição, dispensação, administração e monitoramento dos efeitos após administração.

Meta 4 – Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu diretrizes para promover a segurança durante procedimentos cirúrgicos, definindo etapas e responsabilidades para toda equipe multiprofissional. O objetivo é garantir que o procedimento correto, seja feito no paciente correto, no local correto, com todos os recursos necessários disponíveis.

Meta 5 – Higienizar as mãos para evitar infecções

A prevenção e o controle de infecções são grandes desafios na maioria das instituições de saúde. A principal atividade para a prevenção e eliminação de infecções é a higiene adequada das mãos. As diretrizes de higiene das mãos baseadas em evidências estão disponíveis na Organização Mundial da Saúde (OMS).

Meta 6 – Reduzir o risco de queda e úlcera por pressão

Quedas em ambientes hospitalares podem causar danos aos pacientes. Diante do risco identificado, os profissionais adotam medidas preventivas e orientam pacientes e acompanhantes. Além disso, a Instituição conta com um ambiente hospitalar que visa minimizar os riscos, disponibilizando mobiliários adequados e estrutura física planejada.

Dessa forma, incentivar que os estudantes da área da saúde se apropriem do que são os protocolos e as metas internacionais de segurança do paciente é imprescindível, aja vista a magnitude do problema, se os mesmos não forem devidamente implantados e disseminados entre todos os atores que adentram as instituições de saúde. Nesse sentido, a implantação de protocolos deve ser vista como uma ferramenta de alta qualidade e de baixo custo, comparado aos custos dispensados quando ocorrem eventos adversos e os protocolos não são aplicados.

Nessa perspectiva os protocolos de segurança do paciente e as metas internacionais de segurança do paciente tem como características ser sistêmicos, podendo oportunizar o gerenciamento de riscos facilmente pelos gestores, auxiliando na promoção da comunicação efetiva ao provocar maior vivência do trabalho em equipe. Sendo assim estes assuntos devem ser integrados no currículo de formação profissional de forma contínua e sistêmica, em vários momentos da graduação.

Portanto, o debate referente a inserção da temática segurança do paciente nas instituições provoca a necessidade de reavaliação dos currículos, ao explorar variados momentos para o desenvolvimento da prática multidisciplinar e abordar novas condutas para o desenvolvimento de competência nos estudantes (PINTO et al., 2016)

Segundo Gonçalves e Kawagoe (2013) existem estratégias de envolvimento de pacientes e família com a segurança dos pacientes, como a comunicação com os pacientes e suas famílias, orientando e educando sobre todos os aspectos do seu atendimento é um elemento importante na segurança do paciente, pois quando os pacientes sabem o que esperar, eles são mais conscientes de que as escolhas que fazem podem afetar a sua saúde, e eles estão mais propensos a detectar erros potenciais.

Os estudantes e profissionais de saúde por sua vez, podem usar diversas estratégias para envolver e incentivar a participação ativa de pacientes e suas famílias nos cuidados de saúde, como por exemplo, educar os pacientes sobre a importância do papel que desempenham no seu próprio cuidado, transmitir aos pacientes que eles têm o direito e a responsabilidade de estar ciente dos cuidados que estão recebendo, para compreendê-lo, e para participar das decisões.

Portanto, é fundamental, que dentro das instituições de ensino, os docentes estimulem os futuros profissionais de saúde a incentivar os pacientes a fazerem questionamentos, encorajando pacientes e familiares a relatarem as preocupações com a sua segurança. Os pacientes e familiares devem ser tratados como parceiros, e devem sentir à vontade para participar do cuidado.

Quando se fala em melhoria dentro de uma organização, é imprescindível fazer com que os alunos de graduação em enfermagem conheçam e utilizem ferramentas que ajudarão a solucionar os problemas vivenciados diariamente.

Deste modo, se faz necessário abordar sobre como implantar um projeto de melhoria da qualidade, durante a graduação, utilizando uma sigla de palavras, plan (planejar), do (fazer), check (checar), e act (agir), “PDCA”. Esta ferramenta de gestão tem como objetivo promover a melhoria contínua dos processos, através de um círculo com quatro etapas: planejar (plan), fazer (do), checar (check), e agir (act), com o intuito de compreender como o problema surge, como ele pode ser solucionado, centrando na causa dos problemas. Após identificar a forma de se fazer a melhoria, a ação é colocada em prática, almejando alcançar o controle contínuo da qualidade (CARLINO; JÚNIOR, 2010).

Pinto et al. (2016), relata que ao aplicar o ciclo PDCA em graduandos de enfermagem, se introduz uma estratégia para o ensino da segurança do paciente, pois seu propósito é incentivar o estudante a trabalhar situações que necessitam de melhoria na qualidade do cuidado de enfermagem e segurança do paciente, no cenário da prática em que atuam, e oportunizar uma reflexão sobre seu amadurecimento, no ponto de vista de um gestor da assistência.

Uma outra maneira de envolver os pacientes e acompanhantes no processo de segurança é através do acesso ao site NOTIVISA, onde o paciente pode notificar a ausência de exame não realizado, a troca de exames ou algum erro durante o atendimento, enfatizando também que o hospital ou o paciente podem fazer a notificação do evento adverso e ou incidente. Dentro disso, fica claro perceber que o NOTIVISA traz empoderamento para o paciente, porém essa é uma ferramenta que não é muito divulgada, e a mesma precisa ser amplamente divulgada no meio acadêmico e para população em geral ter acesso (ANVISA, 2017).

Tratando desse tema, vale ressaltar a importância de envolver os pacientes e acompanhantes no processo de segurança através do empoderamento, que pode ser dado a eles, ou seja, quando instituições de ensino e de saúde se comprometem em fazer parecerias visando melhorar o ensino e consequentemente a assistência prestada por futuros profissionais, pode-se pensar em instigar os acadêmicos de enfermagem durante o estágio, ao colocar grandes folders na porta de entrada dos hospital e dos setores com várias perguntas e afirmações como: Qual é o meu problema principal de saúde? O que eu preciso fazer? Por que é importante fazer isso? Fale se estiver dúvidas... etc. Fazendo com que o paciente e o acompanhante se tornem verdadeiros

parceiros no processo de segurança do paciente, tornando-os mais críticos e reflexivos sobre o processo de saúde e doença deles, permitindo também com que as equipes multiprofissionais estejam preparadas e abertas para responder a esses tipos de perguntas, havendo uma significativa mudança de cultura nas instituições de saúde (GONÇALVES; KAWAGOE, 2013).

Deste modo, o estudante de graduação em enfermagem, poderá incentivar o acompanhante do paciente a tranquilizá-lo nos momentos difíceis, oferecer informações importantes sobre a história e a rotina do paciente, atuando de maneira crítica nos cuidados prestados pelos profissionais da saúde. Portanto, estratégias de envolvimento de familiares podem ter um retorno positivo, por permitir que esse acompanhante se torne capaz de entender o papel dos profissionais de saúde e questioná-los quando for necessário. Porém, para que isso ocorra de maneira eficaz, é necessário que exista um compartilhamento de informações, onde os profissionais de saúde devem comunicar e partilhar as informações de forma completa e imparcial com os pacientes e seus familiares. Os pacientes e suas famílias necessitam de informação imediata, completa, clara, compreensível e precisa, a fim de efetivamente participar no cuidado e tomada de decisão.

Nesse sentido, Gonçalves e Kawagoe (2013) apontam que os erros proporcionam aprendizagem e oportunizam a revisão de processos, uma vez que cultura de segurança promove uma aprendizagem na organização, onde os membros da equipe compartilham informações sobre os erros a fim de prevenir a sua recorrência. As instituições de ensino e de saúde devem enfatizar que a responsabilidade é compartilhada, o que significa que todos têm responsabilidade pela segurança do paciente, independente do cargo, sendo que pacientes e familiares devem ser incluídos como parceiros e devem entender a sua própria responsabilidade, para manterem-se seguros.

Compreende-se ser imprescindível discursar sobre a cultura organizacional das instituições de saúde, quando se fala em segurança do paciente, que pode ser estabelecida como uma maneira de entender, refletir e reconhecer de uma equipe; isto é, se a cultura organizacional da instituição em relação a conduta de eventos adversos estiver baseada na punição e culpa isso poderá causar omissão dos relatos desses eventos, dificultando a construção de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente (FRANÇOLIN et al 2015).

Françolin et al (2015), afirmam que para ocorrer a inserção e inclusão da cultura de segurança do paciente em qualquer instituição de ensino e de saúde, faz-se necessário elevado nível de comprometimento da gerência e dos profissionais da instituição, assim como forte espírito de ligação entre os vários departamentos, fatores indispensáveis para a garantia de assistência segura, tanto para o profissional como para o paciente.

Dentro das instituições de saúde, o enfermeiro pode ser considerado o moderador no processo de identificação de riscos de eventos adversos, o que se configura em elemento chave nesse processo, tendo em vista o seu protagonismo na assistência. Compreende-se que à medida que os enfermeiros assumem de seu papel de liderança junto à equipe, há evidências de melhoria da assistência, sendo assim, devem relatar comparar e mensurar os fatos e suas consequências dos eventos adversos. Ademais, o enfermeiro é o responsável pela equipe de enfermagem frente ao seu conselho de classe, e irá responder a possíveis processos judiciais relacionados à ocorrência de eventos adversos (FRANÇOLIN et al 2015).

O empoderamento do paciente, por sua vez, é um novo termo utilizado nas instituições de saúde, e está relacionado com a segurança do paciente, podendo ser definido como um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde. Quatro elementos são fundamentais para o desenvolvimento do processo: A compreensão do paciente/família sobre o seu papel; o paciente adquira conhecimento suficiente para ser capaz de se envolver com sua saúde; habilidades do paciente; e a presença de um ambiente facilitador (GONÇALVES; KAWAGOE, 2013).

É importante destacar o termo “literacia em saúde”, ou alfabetização em saúde, que é a capacidade de compreender a informação de saúde e usar essa informação para tomar decisões sobre saúde e cuidados médicos, pois a baixa literacia em saúde pode afetar qualquer pessoa de qualquer idade, etnia, origem ou nível de educação (GONÇALVES; KAWAGOE, 2013).

Uma pessoa pode ser alfabetizada em geral, mas ter literacia em saúde baixa. Falhas de comunicação, por uma baixa literacia, podem causar mal-entendidos, proporcionando a ocorrência de erros e eventos adversos, tornando-se importante que os estudantes e profissionais de saúde entendam que nem todos os pacientes têm ou possuem as seguintes características: entendem a

terminologia médica; tem habilidades de leitura que lhes permita ler ou compreender; compreendem as explicações orais fornecidas pelos profissionais de saúde; realmente entendem, ou que eles concordam quando assinam um termo de consentimento (GONÇALVES; KAWAGOE, 2013).

Os autores citados a cima, ainda sugerem algumas estratégias para melhorar a compreensão dos pacientes e familiares, facilitando o envolvimento e participação dos mesmos:

- Utilizar linguagem clara e simples;
- Empregar frases curtas, simplificar as sentenças;
- Utilizar múltiplos métodos de ensino, de acordo com as necessidades do paciente ou familiar: instruções verbais, material escrito, áudio, vídeo, desenhos etc.;
- Reforçar informações importantes, repetindo-as quantas vezes forem necessárias;
- Avaliar cuidadosamente se o paciente ou familiar compreendeu a informação (por exemplo: peça ao pacientes para “ensinar de volta” as instruções que foram dadas). A comunicação é a base para o desenvolvimento de um relacionamento de parceria. Os serviços de saúde com uma cultura de segurança centrado no cuidado ao paciente e família devem garantir em todos os níveis de atenção, a qualidade da comunicação como parte integrante da assistência à saúde.

Praticar a educação é o processo mais importante no envolvimento de pacientes e familiares. Aprender é uma maneira de transformar o conhecimento, percepções e habilidades. A educação é fundamental para o envolvimento do paciente, e reforçam que educar não é apenas garantir que os pacientes possam ler e entender informações sobre saúde, mas também educá-lo de forma que possam compreender e exercer o seu empoderamento (GONÇALVES; KAWAGOE, 2013).

A educação deve incluir os conhecimentos necessários durante o processo do cuidado e aqueles necessários após a alta do paciente para outro local de cuidado ou para sua casa, como por exemplo, o uso seguro de medicamentos e equipamentos médicos, interações potenciais entre medicamentos e alimentos, orientação nutricional, gerenciamento da dor, técnicas de reabilitação e prevenção de infecções, podendo ser feita através de folhetos, demonstração,

recursos impressos, recursos na internet, gravações de áudio, ilustrações e jogos. A oportunidade do ensino em grupo também pode ser considerada uma alternativa. A abordagem e os recursos que serão utilizados devem ser considerados a partir das características do paciente e o objetivo a ser atingido (GONÇALVES; KAWAGOE, 2013).

Rigobelo et al (2012), apontam que uma maneira de ampliar o clima de segurança nas organizações seria aplicar um instrumento para avaliar as atitudes de segurança individuais, que é chamado de Questionário de Atitudes de Segurança, e a partir daí, passar a conhecer as opiniões das pessoas que trabalham na empresa, para então melhorar os aspectos que precisam ser modificados, como por exemplo, fazer com que o colaborador se sinta à vontade para falar abertamente sobre um problema que afete a segurança dos pacientes para a sua chefia imediata, e que os erros ocasionados não resultem sempre em medidas punitivas e sim educativas, construtivas, fazendo com que a pessoa que errou de fato consiga aprender com o erro.

A Anvisa (2014), relata que para se fortalecer a cultura de segurança nas organizações, é necessário buscar por falhas no sistema e não somente individuais, adotando uma cultura mais justa, sendo transparente com os pacientes, priorizando o cuidado centrado no paciente, enaltecendo o trabalho em equipe, existindo uma responsabilização no que se refere a prestação de contas.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente através do núcleo de segurança do paciente, apoia o envolvimento dos pacientes e familiares neste processo, visando aumentar o acesso da sociedade as informações relativas a segurança do paciente, assim como produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente, além de impulsionar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação da saúde (ANVISA, 2014).

Deste modo, é importante esclarecer que errar é humano, inclusive quando se fala em profissionais que atuam na área da saúde, porém faz-se necessário que o sistema crie mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente, ou seja, cabe a gestão criar condições para que o erro do profissional não atinja o paciente, como por exemplo, implantar a prescrição eletrônica, protocolo de passagem de plantão e de transferência do paciente, dispensação de

medicamentos por dose unitária, evitar que o profissional trabalhe cansado ou estressado, etc.(ANVISA, 2014).

A partir das necessidades de conhecimento dos enfermeiros, torna-se imprescindível ensinar nas instituições de ensino as maneiras de obter barreiras que impeçam que o risco atinja o paciente, sendo que essas barreiras podem ser os profissionais atualizados, o uso de protocolos pelas instituições de saúde, o uso do check list cirúrgico, protocolo de higiene das mãos, dose unitária de medicamentos, entre outros. (REASON, 2003).

Portanto, o documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, sugere seis grandes mudanças para que seja iniciada uma jornada com vistas a uma cultura de segurança dentro das instituições de saúde:

1 É necessário mudar a busca de erros como falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas no sistema.

2 É necessário mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa.

3 Mudar do sigilo para a transparência.

4 O cuidado deve deixar de ser centrado no médico para ser centrado no paciente.

5 Mudar os modelos de cuidados baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional.

6 A prestação de contas é universal e recíproca, e não do topo para a base.

De acordo com a Resolução nº 569 de 08 de dezembro de 2017, os cursos de graduação devem incorporar aos seus Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), em suas variadas formas, usando ferramentas para efetivar a formação e as práticas para a educação e comunicação em saúde, assim como sua inserção nas relações interpessoais.

Dessa forma, visando ampliar a cultura de segurança ao paciente, também tornou-se necessário compreender se o avanço tecnológico pode contribuir para a redução na sobrecarga de trabalho e para o aumento da assistência humanizada e segura, assim como descobrir qual a relação com a experiência profissional e ocorrência de incidentes.

Évora (1993) refere que o sistema de informação em enfermagem surgiu em 1982, nos Estados Unidos, que tinha o objetivo de utilizar dados para planejar, fornecer, avaliar e documentar o cuidado prestado ao paciente, contendo dados coletados para apoiar a assistência prestada pela equipe e para o controle de custos hospitalares.

Nessa perspectiva, o sistema de informação computadorizado, que abrange o processo de informação no cuidado direto ao paciente é essencial no processo de enfermagem, que necessita de integração e interpretação de complexas informações clínicas para a tomada de decisões sobre o cuidado humanizado.

Massad et al. (2003) orientam que a utilização de um sistema de informação adequado, contribui para o processo de trabalho em enfermagem, permitindo flexibilidade no uso do sistema para ter acesso as informações necessárias, fornecendo qualidade ao documentar as condições do cliente, diminuindo o tempo gasto em documentar as informações do paciente, eliminando redundâncias, tornando a comunicação entre as equipes eficaz, fornecendo informação à equipe multidisciplinar, além de oferecer informações sobre medicamentos, e protocolos de prática.

Conseqüentemente, o enfermeiro terá aumento de tempo para o cuidado direto, melhor qualidade da documentação, aumento da produtividade, diminuindo a margem de erros, aumentando a satisfação no trabalho, criando uma base de dados clínicos comuns aos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente.

Pinto et al. (2016), salientam que utilização de um sistema de notificação informatizado para realizar o levantamento de eventos adversos poderá ser uma estratégia de identificação e seleção das não conformidades, com o objetivo de planejar melhorias e oportunizar o aprendizado com os erros.

É fundamental que os estudantes tenham a oportunidade de ter contato com esses sistemas, com o objetivo de compreenderem sua importância, ao utilizar dados para debater os tipos de eventos que atingiram os pacientes, e pensar em ações de melhorias para fortalecer a cultura de segurança do paciente, pois o sistema de informação na área da saúde contribui para uma enorme expectativa no que se refere a melhoria da gestão, da qualidade da assistência prestada, do contentamento dos pacientes, pois possibilita ampliar a conexão com toda a rede de atenção à saúde (PINTO et al., 2016).

No que se refere em qual a relação com a experiência profissional e ocorrência de incidentes, segundo os pensamentos de Silva et al. (2010), existem muitos desafios a serem enfrentados por profissionais recém formados na prática de enfermagem, podendo gerar um estresse aos iniciantes da prática profissional, já que muitas vezes as instituições de ensino aprovam alunos com muitas lacunas de conhecimento a serem preenchidas, levando profissionais inseguros que receberam preparo insuficiente para o campo de trabalho .

Cabe-se ressaltar a importância de uma formação adequada, tendo o objetivo de capacitar pessoas com competências e habilidades técnicas, sendo capazes de realizar procedimentos de baixa a alta complexidade com maior segurança, visando evitar conflitos entre as equipes de enfermagem, assim como a exposição de pacientes a certos riscos.

Silva et al. (2010), também afirmam que existe uma relação com a falta de experiência profissional e a ocorrência de incidentes, já que muitas vezes durante o processo de formação na graduação do curso de enfermagem por exemplo, o aluno não teve a oportunidade de realizar procedimentos primordiais para o correto exercício da sua profissão, necessitando receber um melhor apoio por parte das chefias imediatas no seu primeiro contato com a prática profissional.

Dentro disso, deve-se destacar que os cursos de formação profissional precisam criar estratégias de integração de estudantes ao mundo do trabalho, simulando o que este profissional em questão irá encontrar na realidade do cotidiano, a fim de minimizar as angústias, inseguranças e consequentes erros por parte de profissionais recém-formados (SILVA, et al. 2010).

Nessa concepção, como outra forma de implantar melhorias na segurança ao paciente, é fundamental, que as pessoas envolvidas no cuidado ao paciente, como estudantes durante a graduação e profissionais que já atuam na prática profissional conhecem o que é o núcleo de segurança do paciente, assim como suas principais atribuições.

Segundo a Anvisa (2016), uma responsabilidade de grande importância do núcleo de segurança do paciente é a união de diferentes departamentos que trabalham com riscos na instituição, considerando o cuidado centrado no paciente, com o objetivo de deixá-lo mais seguro, independente, sendo necessário promover uma ligação dos processos de trabalho e da publicação

das informações que impactam nos riscos ao paciente. Deste modo, pode-se afirmar que as principais atribuições do núcleo de segurança do paciente são:

Implantar os protocolos de segurança do paciente, como por exemplo, higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de lesão por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas, segurança na prescrição, utilização e administração de medicamentos e realizar o monitoramento dos indicadores;

Desempenhar ações para a inclusão e conexão entre os profissionais no serviços de saúde, visando o envolvimento e participação da direção, dos profissionais da assistência e da administração;

Criar, introduzir, publicar, e conservar modernizado o Plano de Segurança do Paciente, onde deve conter estratégias, que envolvam as áreas de maior risco nos serviços de saúde, lembrando que qualquer alteração deve ser divulgada no serviço de saúde, como por exemplo, se houver uma grande mudança na realização de procedimentos e processos;

Estimular ações para a gestão do risco no serviço de saúde (atuar na prevenção, observação precoce e redução dos casos de eventos adversos, utilizando as ferramentas da gestão de risco, para a análise dos fatores contribuintes e das causas ligadas aos eventos adversos);

Gerar instrumentos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processo efetuados, sugerindo intervenções preventivas e corretivas; para tanto, é preciso conhecer o processo de cuidado como um todo, de tal maneira a identificar os pontos críticos e permitir a reestruturação desses processos, com o objetivo de prevenir e detectar precocemente, ou ainda agir na atenuação dos erros.

Determinar barreiras para a prevenção dos incidentes nos serviços de saúde fazendo analogia aos buracos encontrados no queijo suíço, ou seja, quando os buracos se encontram, significa que não houve barreiras para o perigo atingir o paciente. Desse modo, falando em administração de medicação, por exemplo, o paciente em questão deve estar cercado de cuidados pelos profissionais responsáveis por armazenar e entregar as medicações, bem como pelos profissionais responsáveis por administrar as medicações, e a pessoa responsável que realizou a identificação do paciente dentro da instituição de saúde, formando assim barreiras que impeçam que o perigo se transforme em evento adverso e gere dano ao mesmo.

Fortalecer, inserir e acompanhar programas de capacitação em segurança no paciente e qualidade em instituições de saúde (o núcleo deve propagar informações sobre o tema, participando da capacitação periódica de profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas de qualidade e segurança do paciente).

Investigar e mensurar os dados sobre incidentes, decorrentes da prestação do serviço de saúde através das notificações ao sistema nacional de vigilância sanitária, através da busca ativa em prontuários que podem ser um meio de captar informações importantes e através da auditoria da qualidade. No entanto, vale lembrar, que a utilização de um ou mais mecanismos deve estar compatível com a estrutura da instituição e contar com o amadurecimento das pessoas envolvidas.

Distribuir e revelar à direção e aos profissionais de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes relacionados a assistência à saúde, isto é, o núcleo deve divulgar o retorno das informações, estimulando a continuidade da notificação e dos outros mecanismos de captação de informação, sendo que essas informações devem ser discutidas entre as equipes de saúde, alta direção, comissões, e corpo clínico, afim de reescrever processos se houver necessidade e promover o aprendizado entre a equipe multiprofissional.

Encorajar a notificação ao sistema nacional de vigilância sanitária quando houver eventos adversos, enaltecendo o aprendizado coletivo, sem ameaças ou punições, devendo ser feito através do Sistema nacional de Notificação para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), mantendo essas informações guardadas e disponibilizar a autoridade sanitária quando necessário.

Dentro disso, cabe-se inferir que poderão ser utilizadas diversas estratégias para adequar os currículos de formação profissional e incluir de maneira prática os temas qualidade e segurança do paciente no dia-a-dia, facilitando o processo de ensino aprendizagem, ao instigar com que os estudantes adquiram uma consciência profissional acerca dessa temática, que é fundamental para reduzir possíveis danos aos pacientes.

### 3.3 EXEMPLOS PRÁTICOS PARA INSERIR O TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURRÍCULO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A Organização Mundial de Saúde, criou em 2011, um programa para o ensino multiprofissional sobre Segurança do Paciente, denominado *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofession Edition*, que evidencia a educação dos estudantes dentistas, médicos, obstetizes, enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais que assistem pacientes nas organizações de saúde, fornecendo ferramentas para gestores e professores a tratarem desse tema nos cenários da prática, apresentando 11 tópicos para a exploração do conteúdo (PINTO et al., 2016).

De acordo com o Guia Curricular de Segurança do Paciente (2016), os tópicos propostos para auxiliar os professores a integrar o currículo são:

1. O que é a segurança do paciente? Esse tópico revela a necessidade de minimizar os danos e o sofrimento dos pacientes e de suas famílias, bem como destacar os evidentes benefícios econômicos que a melhoria na segurança do paciente pode trazer.
2. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente? Sugere-se que durante esse tópico um especialista seja convidado para auxiliar os alunos a compreender de que modo os sistemas e produtos podem ser idealizados para melhorar o desempenho das pessoas. Abordando as interações homem-homem e homem-máquina, tais como comunicação, trabalho em equipe e cultura organizacional.
3. A Compreensão dos sistemas e o efeito da complexidade no cuidado ao paciente Os alunos são apresentados ao conceito de que um sistema de saúde é a soma de muitos sistemas formados por organizações, departamentos, unidades, serviços e práticas. Soma-se a essa complexidade a relações entre pacientes, cuidadores, prestadores de cuidados à saúde, pessoal de apoio, administradores, economistas e membros das comunidades.

4. Atuar na equipe de modo eficaz. Esse tópico exigirá que os alunos conheçam os benefícios de equipes multidisciplinares e como elas podem ser eficientes na melhora dos cuidados e na redução de erros, pois uma equipe eficaz é aquela cujos integrantes, incluindo o paciente, se comunicam entre si, conciliam suas observações, competências e responsabilidades pela tomada de decisão com o objetivo de otimizar o atendimento ao paciente.
5. Apreender com os erros para evitar danos. Esse tópico irá facilitar a compreensão do por que profissionais de saúde cometem erros, sendo necessário para entender como sistemas mal elaborados e outros fatores contribuem para falhas no sistema de saúde. É imprescindível que os alunos iniciem sua formação entendendo a diferença entre a abordagem pela culpa e a abordagem sistêmica.
6. Compreender e gerenciar o risco clínico. O gerenciamento do risco clínico foca na melhoria da qualidade e da segurança dos serviços de saúde, identificando as circunstâncias que colocam os pacientes em risco e agindo para prevenir ou controlá-los.
7. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar o cuidado Este tópico apresenta os princípios da teoria da melhoria da qualidade e as ferramentas, atividades e técnicas que podem ser incorporadas à prática clínica.
8. Envolver o pacientes e os cuidadores Os alunos serão apresentados ao conceito de que a equipe de cuidados à saúde inclui também os pacientes e/ou seus cuidadores, e que estes desempenham um papel fundamental na garantia de assistência segura ao auxiliar no diagnóstico; decidir sobre os tratamentos adequados; escolher um profissional experiente e seguro; garantir que os tratamentos sejam realizados adequadamente; identificar eventos adversos e adotar medidas cabíveis.
9. Prevenção e controle de infecções Este tópico apresenta as principais causas e os tipos de infecção. Tem o intuito de ajudar os alunos na identificação de atividades que colocam pacientes em risco e de dar condições para que eles tomem as medidas apropriadas visando evitar a transmissão.

10. Segurança do paciente e procedimentos invasivos. Esse tópico servirá para reduzir efeitos adversos delas decorrentes. Uma das principais causas de erros em pacientes, de locais e de procedimentos inadequados é a falta de uma comunicação efetiva (processos e verificações inadequados) entre os profissionais durante os procedimentos pré-operatórios. Alguns exemplos de erros são: paciente errado no centro cirúrgico; cirurgia realizada no lado ou no local errado do corpo; execução de procedimento equivocada; falta de comunicação sobre mudanças no quadro do paciente; desentendimentos em relação à interrupção de procedimentos; e falha em relatar erros.
11. Melhorar a segurança no uso de medicação As causas dos erros incluem uma variedade de fatores, entre eles: conhecimento insuficiente dos doentes e de seu quadro clínico; conhecimento inadequado dos medicamentos; erros de cálculo; escrita ilegível nas prescrições; confusão com o nome do medicamento; e levantamento insuficiente do histórico clínico do paciente.

Segundo o Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (2016), trabalhar com o tema segurança do paciente é algo relativamente recente, e é sempre desafiador inserir qualquer novo conteúdo em um currículo, pois falar sobre segurança do paciente exige abordar vários conteúdos que não são tradicionalmente ensinados aos estudantes da área de saúde, como fatores humanos, reflexão sistêmica, trabalho em equipe e gestão de erros.

Diante do exposto, se faz necessário apresentar aos estudantes da área da saúde durante a graduação as ferramentas da qualidade, que são técnicas utilizadas no processo da gestão da qualidade, a fim de facilitar a melhoria contínua direcionada a segurança do paciente (FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014).

Desse modo, é possível citar alguns exemplos de ferramentas de gestão da qualidade, assim como métodos didáticos alternativos para integrar a temática segurança do paciente no currículo de formação profissional, como o diagrama de causa e efeito, Análise de Causa Raiz, ferramenta 5W3H, Arco da

Metodologia Problematizadora, Espiral Construtivista, Aprendizagem Baseada em Equipes, entre outras.

A Análise de Causa Raiz é uma metodologia que possibilita investigar incidentes de uma maneira formal, pois ela indica como e por que o problema aconteceu, de forma que seja possível impedir sua reincidência. A análise de causa raiz é um método reativo, sendo utilizado sempre após a ocorrência de um incidente (FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014).

Segundo, Caleman (2016) a ferramenta 5W3H, também é uma ferramenta que pode ser utilizada na gestão da qualidade, e corresponde a uma lista de ações que devem ser desenvolvidas após a identificação de problemas. A denominação 5W3H deriva das iniciais em inglês *What, Why, Who, When, Where, How, How much e How measure*. A aplicação dessa ferramenta possibilita mapear atividades ao direcionar o que irá ser feito (*What*), e porque (*Why*), quem o fará (*Who*), em que período de tempo (*When*), qual local (*Where*), como a atividade será desenvolvida (*How*), quanto irá custar (*How Much*), como mensurar ação planejada através de um indicador (*How measure*).

A utilização desse método facilitará a comunicação entre os atores envolvidos com esse processo, sejam eles estudantes ou profissionais, no que se refere às ações planejadas e propiciar o acompanhamento das mesmas, devido à grande clareza e praticidade que a mesma se apresenta (CALEMAN, 2016).

A espiral construtivista, por sua vez, é uma metodologia didática que expõe elementos da aprendizagem baseada em problemas, da problematização, da metodologia científica, da aprendizagem significativa e da abordagem dialógica; a mesma permite a abordagem de situações problema, como narrativas da prática. Por outro lado, a metodologia problematizadora, baseada no Arco de Charles Maguerez, será utilizada pela identificação de problemas, através da observação da realidade nos cenários da prática (campo de estágio, ambientes com simulações realísticas) almejando construir intervenções que possam produzir melhorias em uma determinada realidade (SCHIESARI, 2017).

Já a aprendizagem baseada em equipes ou TBL – *Team-based Learning*, é utilizada para ligar estudantes de diversas regiões nacionais, e abordar a metodologia ativa para uma quantidade grande de grupos de estudantes (SCHIESARI, 2017).

Nesse sentido cabe-se vincular o ensino-aprendizagem de segurança do paciente a disciplinas tradicionais dos cursos de enfermagem, tendo como exemplo a identificação correta dos pacientes. Neste caso poderão ser realizados aos acadêmicos de enfermagem os seguintes questionamentos:

Na disciplina Processo de Cuidar de Enfermagem em Obstetrícia (Pré-Natal, Parto e Puerpério) - Como os recém-nascidos são identificados pelo nome da mãe de modo a evitar que sejam trocados por engano e acabem saindo do hospital com a família errada? Na disciplina Processo de Cuidar de Enfermagem Clínico-cirúrgica à Criança e Adolescente - Se um paciente precisa de uma transfusão de sangue, que procedimentos de verificação são feitos para garantir que ele receba o tipo sanguíneo correto? Na disciplina de ética e bioética - Como os pacientes são incentivados a se manifestar nos casos em que não entendem por que um médico está realizando um procedimento inesperado? (OMS, 2016).

O objetivo de instigar os estudantes de enfermagem com tais questionamentos é fazer com que os mesmos tenham conhecimentos gerais sobre o tema, e compreendam que confusões na identificação correta dos pacientes podem gerar intercorrência, quando há 02 pacientes com o mesmo nome, em uma mesma enfermaria e um deles não consegue se comunicar verbalmente. Da mesma maneira que se faz necessário entender a importância da identificação correta do paciente na coleta de sangue para testes de compatibilidade e perceber como podem ocorrer erros durante este procedimento e aprender estratégias para evitá-los (OMS, 2016).

Portanto, a OMS (2011), afirma que analisar a agregação dos tópicos de segurança do paciente as disciplinas é fundamental para a melhoria da qualidade prestada aos pacientes, podendo citar os seguintes exemplo: Diminuir infecção por meio de melhorias no controle de enfermidades poderá ser abordado nas disciplinas de microbiologia, estágio supervisionado; Melhorar a segurança no uso de medicação poderá ser abordado na disciplina de farmacologia; Atuar em equipe de forma eficaz poderá ser trabalhado na disciplina de habilidades de comunicação em saúde, gestão em enfermagem, estágio supervisionado; O que é segurança do paciente poderá ser trabalhado na disciplinas de ética, profissionalismo de enfermagem, entre outros.

A área de segurança do paciente é muito ampla e devido à grande magnitude desses ensinamentos, é possível que haja muitas oportunidades para incorporar

o ensino eficiente de segurança do paciente às sessões que já existem, ou seja, após analisar o currículo, se faz necessário compreender quais pontos da segurança do paciente já são trabalhados, e decidir quais pontos precisam ser incluídos (OMS, 2016).

As instituições de ensino necessitam envolver projetos formativos com abordagens contemporâneas, distintas do ensino tradicional, instigando os estudantes a saírem da posição passiva de receptor de informações a se modificarem em peças importante no processo de aprendizagem (PINTO et al., 2016).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa científica foi do tipo exploratória descritiva com abordagem qualitativa.

Segundo Del Masso, Cotta e Santos (2007), a pesquisa exploratória levanta informações sobre um determinado tema, colocando limites no campo de trabalho a ser estudado, trazendo as informações de maneira específica, tem como intuito ampliar o entendimento de um fato pouco conhecido, ou de um problema de pesquisa pouco explorado.

Ainda sobre a ótica de Del Masso Cotta e Santos (2007), a pesquisa descritiva realiza a descrição das características do objeto que está sendo estudado, proporcionando uma visão nova da realidade existente.

Nesse sentido a pesquisa com abordagem qualitativa, diz respeito ao aprofundamento do conhecimento para interpretar, diante da análise de conteúdo, não utilizando procedimentos estatísticos, ou seja, é muito empregada para investigar problemas que os procedimentos estatísticos algumas vezes não conseguem alcançar, sendo estes problemas percepções, comportamentos, aspectos psicológicos, etc. Desta forma cabe-se destacar que a pesquisa com abordagem qualitativa discorre a complexidade de um problema de pesquisa, analisando e interpretando os resultados de maneira subjetiva (DEL-MASSO; COTTA; SANTOS, 2007).

### 4.2 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado com enfermeiros pós graduandos dos cursos de especialização em Enfermagem em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais, de uma instituição de ensino superior privada, situada em Curitiba, no Paraná, que oferece cursos exclusivamente na área da saúde.

Os enfermeiros pós graduandos foram selecionados para ser participantes deste estudo, pois esta categoria profissional está mais próxima do cuidado com o paciente, no que se refere às 24 horas de cada dia, e muitos enfermeiros já

tiveram a oportunidade de exercer a prática profissional e conseguem relatar qual foi a percepção da temática segurança do paciente durante na academia. Sendo assim, a seleção dos participantes foi intencional, devido à proximidade que os pesquisadores tem com a instituição de ensino e ao campo de coleta da especialização.

Para preservar o anonimato dos participantes, foi colocado a letra “P” para indicá-los (P1, P2, P3).

#### 4.3 COLETA DAS INFORMAÇÕES

O presente trabalho utilizou um instrumento de coleta de dados de pesquisa em forma de entrevista (Apêndice 2), que foi elaborado pela pesquisadora principal da pesquisa, o qual foi aplicado aos enfermeiros pós graduandos nas salas de aula da instituição de ensino em questão, em horários previamente agendados com os estudantes de 02 turmas de especialização, durante o intervalo do curso em um final de semana do mês de abril. Este instrumento foi elaborado de acordo com estudos realizados na revisão de literatura e busca conhecer qual a percepção de enfermeiros pós graduandos de uma instituição de ensino privada sobre a temática de segurança do paciente. Para o instrumento de coleta de dados, foi optado por abordar questões como: dados demográficos, idade, gênero, curso, período, distribuição da disciplina ao longo do curso, carga horária, a importância que o estudante confere a respeito do ensino da segurança do paciente.

#### 4.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para a análise das informações foi utilizado a técnica de análise de conteúdo e análise temática, sendo mais utilizada para simbolizar a abordagem dos dados de uma pesquisa qualitativa, que consiste em descobrir através de uma pesquisa teórica e prática no meio das investigações sociais, buscando significados sobre determinado assunto, almejando interpretar o resultado das investigações realizadas (MINAYO, 2014). Nesse sentido a análise temática é dividida em três partes:

### 1ª- Pré-análise

Fundamenta-se na seleção dos documentos a serem analisados, no resgate das hipóteses e dos objetivos da pesquisa, podendo ser separada em leitura flutuante (equivale-se em apropriar-se exaustivamente do material, possibilitando saturar-se pelo seu conteúdo); constituição do corpus (representa a organização do material, contemplando todos os aspectos levantados no roteiro, obtendo a consistência do universo desejado, tendo precisão e pertinência dos documentos analisados ao conteúdo do trabalho); formulação de hipóteses e objetivos (devem ser abordados de maneira mais flexível, já que nem sempre a realidade é evidente). Na pré-análise determinam-se as frases ou palavras chaves, a demarcação do contexto, forma de categorização, codificação, e as concepções mais abrangentes que nortearão a pesquisa (MINAYO, 2004).

### 2ª- Exploração do material

A exploração dos dados constitui-se na intervenção da codificação, na transformação dos dados, que visa alcançar a compreensão do tema, recortando o texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase um tema, um personagem ou um acontecimento. Em um segundo momento é escolhido alguma maneira de mensuração, diante disso realiza-se a classificação e o agrupamento dos dados, selecionando as categorias que orientarão a especificação dos temas (MINAYO, 2004).

### 3ª- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Os resultados são sujeitos a complexas análises, que possibilitam enaltecer as informações obtidas. Deste modo, o analista propõe deduções e significações sugeridas após a leitura do material (MINAYO, 2004).

## 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, ou seja, toda pesquisa que “individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais foi submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa” (CEP) -Ministério da Saúde, Resolução 466/12, o estudo foi analisado e recebeu

parecer ético favorável, aprovado pelo CEP das Faculdades Pequeno Príncipe sob o parecer nº 2.397.742.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa cursaram a graduação de enfermagem em instituições de ensino das regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do país.

O período para a coleta de dados ocorreu durante o mês de abril de 2018, entre 37 (trinta e sete) enfermeiros pós graduandos, que, convidados a participar da pesquisa, todos aceitaram o convite. Entre os 37 (trinta e sete) participantes da pesquisa, 12 (doze) estudaram em instituições públicas durante a graduação, 23 (vinte e três) estudaram em instituições privadas, e 02 (dois) estudantes não responderam onde cursaram a graduação.

### 5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Os resultados do perfil sociodemográfico são apresentados por meio de tabelas. Foram utilizados números absolutos e porcentagens considerando-se até a segunda casa decimal.

Observou-se a predominância de estudantes do sexo feminino, retratando o perfil de profissionais de enfermagem que é maioritariamente feminino. É importante ressaltar que a idade de 20-30 anos foi a que apareceu com maior prevalência, sendo que (92%) dos estudantes estão na faixa etária de até 40 anos de idade, somando as idades entre 20 e 40 anos, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 Distribuição dos estudantes entrevistados de acordo com o sexo e idade

<b>Idade</b>	<b>(n)</b>	<b>%</b>
20 a 30 anos	21	57
30 a 40 anos	13	35
40 a 50 anos	3	8
Total	37	100

Fonte: a autora, 2018

Em relação ao ano de obtenção do grau de enfermeiro, observou-se que 65% se formaram entre 2011 a 2016 e apenas 2,7% em 2017, como apresentado na tabela 2.

Tabela 2 Distribuição dos estudantes em relação ao ano que se formou

<b>Ano</b>	<b>(n)</b>	<b>%</b>
2005 a 2010	9	24,3
2011 a 2016	24	65,0
2017	1	2,7
Não Responderam	3	8,0
Total	37	100

Fonte: a autora, 2018

Em relação a região onde realizaram a graduação, observou-se que 68% relatam ter se formado na região Sul e 5% na região Nordeste, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 Distribuição dos estudantes em relação a região de formação no Brasil

<b>Região</b>	<b>(n)</b>	<b>%</b>
Norte	0	0
Nordeste	2	5
Centro-oeste	4	11
Sudeste	4	11
Sul	25	68
Não responderam	2	5
Total	37	100

Fonte: a autora, 2018

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP(2018), o curso de enfermagem, até o ano de 2015, estava entre os 20 (vinte) maiores cursos de graduação em número de matrículas no Brasil, tendo 261.215 matrículas realizadas, sendo 84,7% do gênero feminino e 15,3% do gênero masculino, ocupando o 6º lugar no ranking nacional.

O curso de enfermagem também estava entre os 20 (vinte) maiores cursos de graduação em número de ingressantes no Brasil até o ano de 2015, tendo 87.348 ingressantes, sendo 82,8% do gênero feminino e 17,2% do gênero masculino, ocupando o 7º lugar no ranking nacional.

Em relação à conclusão da graduação, a enfermagem estava entre os 20 (vinte) maiores cursos de graduação em número de concluintes no Brasil até o ano de 2015, tendo 34.799 concluintes, sendo 86,4% do gênero feminino e 13,7% do gênero masculino, ocupando o 6º lugar no ranking nacional.

Conforme os dados da Pesquisa sobre o perfil da Enfermagem no Brasil, FIOCRUZ/COFEN(2013), 147.743 pessoas estudaram em instituições públicas;

238.104 em instituições privadas, 19.087 em instituições filantrópicas, 419 em outras, e 9,359 não responderam, delineando o perfil de enfermeiros segundo natureza da instituição formadora.

Em relação a região que se graduam 23.189 (5,6%) se formam na região norte, 97.399 (23,5%) na região nordeste, 199.937 (48,2%) na região sudeste, 53.268 (12,8%) na região sul e 28.350 (6,8%) na região centro oeste (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

Vale ressaltar que, atualmente, no Brasil, entre todos os cursos de graduação existentes, o de Enfermagem é o sexto dos dez com mais alunos matriculados e é um grande desafio preparar este grupo de profissionais em aspectos relacionados à segurança do paciente (GOMES, 2017).

## 5.2 Percepção dos estudante em relação ao ensino de segurança do paciente

Após a análise de conteúdo realizada, de acordo com Minayo (2014), as respostas foram transcritas do instrumento de pesquisa e desenvolvidas 03 categorias com 05 unidades de contexto, provenientes de temas definidos a partir da análise de cada questão respondida pelos participantes. Assim, as questões representam as categorias e as unidade de contexto demonstrado no quadro 01.

Quadro 2 Categorias e Unidades de Contexto

<b>Categoria</b>	<b>Unidades de contexto</b>	
<b>Categoria 1: Ensino da qualidade e segurança ao paciente</b>	Abordagem no curso	
<b>Categoria 2: Conhecimento sobre as metas internacionais de segurança</b>	Conhecimento parcial	Redução de danos
<b>Categoria 3: Currículo de formação profissional e especialização</b>	Adequação curricular	Importância da especialização

Fonte: os autores, 2018.

Pelizzari et al. (2002) afirmam que para se obter uma aprendizagem prazerosa e eficaz, segundo a teoria da aprendizagem de Ausubel, é necessário que o conhecimento prévio dos alunos sejam valorizados, pois quando o conteúdo a ser aprendido não consegue se conectar a algo já conhecido, ocorre a aprendizagem mecânica.

Nesse sentido, a **categoria 1“Ensino da qualidade e segurança ao paciente”**, emergiu da questão 01, que consta no instrumento de coleta de dados (apêndice 02), a qual aponta que os egressos do curso de enfermagem, embora afirmem que os temas de qualidade e segurança foram abordados durante o curso, referem existir falhas na forma como os conteúdos foram abordados, demonstrados nos discursos da unidade de contexto **‘Abordagem durante o curso’**:

*“Sim, mas de maneira dispersa, nenhum assunto relacionado ao manual de segurança do paciente”. (P1)*

*“Tais temas foram abordados principalmente durante os estágios de forma superficial. Faltou um pouco mais de aprofundamento do tema”. (P7)*

*“Não foi abordado”. (P15)*

*“Sim, mas não foi abordado de forma satisfatória”. (P26)*

*“Naquela época ainda não utilizávamos esta nomenclatura, contudo, algumas questões sempre eram abordadas, no entanto, não com a mesma ênfase dada nos dias atuais”. (P32)*

*“Foi abordado, porém de maneira simples, não tive disciplina específica e as aulas foram mínimas”. (P33).*

Desse modo, faz-se necessário enfatizar como foi importante ter uma diretriz nacional, do Ministério da Saúde, através da portaria nº 529/2013, que lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e um de seus objetivos específicos foi difundir a inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da Saúde.

As referências mínimas de boas condições hospitalares é conhecida como acreditação. Esta representa uma modalidade de avaliação e de melhoria consecutiva da qualidade dos serviços de saúde que se tornou internacionalmente reconhecida e atualmente, é aplicada por um grande número de países (BRASIL, 2017).

No Brasil, a acreditação surgiu como plano para a melhoria da qualidade hospitalar no início da década de 1990. Em 1994, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS), que desenvolveram importante papel na instituição da acreditação no país. A avaliação e a certificação de serviços de saúde foram consideradas estratégicas e prioritárias pelo Ministério da Saúde nos anos de 1997 e 1998. No entanto, até a presente data, o número de serviços de saúde acreditados no país ainda é incipiente (BRASIL,2017).

De acordo com Schiesari e Malik (2018), a cultura da segurança do paciente são ensinamentos oferecidos aos membros de uma organização de saúde como maneira correta para perceber, pensar e sentir-se em relação aos problemas que ali existirem.

No entanto para que seja possível obter uma cultura da segurança dentro das organizações, é preciso que aja estímulo a uma prática assistencial segura, através de protocolos assistenciais, planos de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, núcleos de segurança do paciente, sistema de notificação de incidentes e sistema de notificação de eventos adversos no Brasil. Para tanto, se faz necessário, incluir o tema de segurança do paciente no ensino: educação permanente, graduação e pós-graduações em saúde. O que evidencia as respostas descritas a cima, no que se refere que ao tema segurança e qualidade no cuidado ao paciente precisa ser mais abordado, sendo de fato

disseminado durante a formação profissional, para que no futuro existam hospitais mais seguros e profissionais melhores preparados. (BRASIL, 2014).

Ainda sobre a **categoria 1 “Ensino da qualidade e segurança ao paciente”**, que emergiu da questão 01, através do instrumento de coleta de dados (apêndice 02), os estudantes consideraram os temas qualidade e segurança ao paciente importantes para serem trabalhados, conforme relatados abaixo:

*“Considero importante sim e creio que a importância ultrapassa as questões curriculares, estando envolvidas às questões relacionais com a equipe e paciente também”. (P2)*

*“Com certeza é importante ser trabalhado na formação profissional, afinal temos que ser líderes e prestar a melhor assistência aos clientes” (P5).*

*“Sim foi abordado os dois temas na faculdade, porém acredito que faltou dimensionamento da importância do tema; essa análise só pude realizar na prática assistencial. Creio que faltou conscientização sobre esses temas” (P6).*

*“Considero importante pois utilizamos deste tema diariamente em nosso trabalho” (P13).*

*“Considero um tema importante no currículo de formação profissional de enfermagem” (P16).*

*“É um tema de suma importância, pois independente da área a ser atuada após a formação, será utilizada e necessita de conhecimento e domínio do tema” (P20).*

*“Sim, Pois a segurança do paciente é um cuidado da equipe de enfermagem de muita importância” (P23).*

No Brasil um dos propósitos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado em 2013, é impulsionar a inserção do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e de pós graduação na área da saúde (MELLEIRO et al., 2014).

Dessa forma, nos relatos ficou claro a importância do conteúdo referente a qualidade e segurança do paciente e observa-se que dentro das concepções de Schiesari e Malik (2018), um dos acontecimentos que envolveram a questão da segurança do paciente no Brasil, foi em 2009, quando ocorreu um dos primeiros estudos publicados em periódico internacional. Em conformidade do que foi realizado em outros países, ele exibiu a incidência de eventos adversos em

hospitais brasileiros, deixando ainda mais palpável a relevância do tema. Dessa forma, a segurança do paciente passou a integrar as diretrizes curriculares do Ministério da Educação e Cultura para os cursos da área da saúde, passando a ser vista com maior destaque na formação profissional.

Nesse perspectiva, a **categoria 1 “Ensino da qualidade e segurança ao paciente”**, emergiu da questão 01, que consta no instrumento de coleta de dados (apêndice 02), onde dois estudantes entrevistados relataram que a carga horária foi satisfatória e apenas dois estudantes relataram insatisfação alegando que o tema não recebeu o devido aprofundamento. Nos discursos a seguir apontamos também que alguns estudantes não conseguiram quantificar a carga horária:

*“A carga horária tanto teórica como prática foi insatisfatória, pois é de extrema importância para o currículo de formação, lidamos com isso o tempo todo”. (P3)*

*“É difícil quantificar se a carga horária foi suficiente, haja vista além da conscientização formada pelo aluno, também é necessário que protocolos sejam implantados na instituição, para a melhoria deste fator na prática. Penso que no meu curso foi satisfatório”. (P4).*

*“Não sei informar a carga horária” (P13).*

*“Em relação a carga horária deixou a desejar, faltando aprofundar o tema” (P20).*

*“Era um tema abordado em todas as matérias, mas nada como aprender na prática muito importante” (P30).*

Melleiro et al. (2014), afirmam que os temas relativos à segurança do paciente estiveram presentes em diferentes disciplinas nos cursos da área da saúde no Brasil, porém o ensino foi disseminado de forma fragmentada ao longo do curso.

**A categoria 2: Conhecimento sobre as metas internacionais de segurança e unidade de contexto redução de danos**, emergiu da questão 03, que consta no instrumento de coleta de dados (apêndice 02), a qual indaga se houvesse um maior aprofundamento da temática segurança do paciente durante a graduação, haveria a diminuição de danos ao paciente, a maioria dos participantes da pesquisa responderam que sim, podendo ser visualizado nas falas abaixo.

*“Sim. Muitos danos, acidentes poderiam ser evitados” (P3).*

*“Sim, se todos os profissionais tivessem esse assunto abordado na graduação com certeza evitariam e diminuiriam os danos causados aos pacientes” (P8).*

*“Sim, pois desta forma sairiam com olhar mais crítico, onde saberíamos administrar e encontrar forma de uma assistência de qualidade ao paciente” (P9).*

*“Sim, devido ao preparo científico e técnico desse conhecimento” (P14).*

*“A abordagem mais ampla seria de grande relevância, tendo em vista que é pouco abordado devido ao pequeno espaço do tempo” (P19).*

*“Sim. Diminuiria os danos. Educação continuada ao longo do trabalho” (P22).*

*“Sim. É sempre necessário estar abordando esse tema para a melhoria na qualidade da assistência” (P24).*

*“Sim, com maior esclarecimento sobre o assunto muitos erros poderiam ser evitados” (P34).*

*“Sim, é um tema que passa muito rápido, sendo que a segurança é fundamental para o paciente” (P35).*

Conforme, o relato do participante 24, é sempre necessário estar abordando esse tema para a melhoria na qualidade da assistência, ou seja, é válido trabalhar com esse tema através de cursos, treinamentos, capacitações, educação continuada, educação permanente, com o intuito de atualizar os profissionais atuantes na área da saúde, pois muitos destes profissionais não foram apresentados as metas internacionais de segurança ou as maneiras de prevenir danos durante a graduação, devido a diretriz e Programa de Segurança do Paciente, que se inseriu no Brasil apenas em 2013.

Nesse seguimento, um incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se como *near miss* (incidente que não atingiu o paciente, como por exemplo, uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão); incidente sem dano (evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível, como por exemplo, a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação); incidente com dano, evento adverso, incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2017).

Conforme os ensinamentos de Gonçalves, Siqueira e Caliri (2017), o relatório do *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos da América To Err is Human em 1999, evidenciou que aproximadamente, 100 mil pessoas morreram a cada ano em hospitais norte-americanos, devido a eventos adversos evitáveis, pois quando se tem uma assistência insegura, haverá uma grande morbidade e mortalidade que poderiam ser evitadas, prevenindo também gastos demasiados com a manutenção dos sistemas de saúde.

Leape (2002), salienta que para se ter segurança e redução de danos são necessários algumas mudanças em relação aos diferentes procedimentos, equipamentos, treinamentos e organização, pois tendo estas ações unidas, elas proporcionarão o crescimento de uma cultura de segurança.

Para tanto, se faz necessário implantar hábitos baseados em princípios do fator humano, ou seja, o valor de práticas baseadas em conceitos compensadores de falhas humanas intelectuais, como o uso de padronizações, através de protocolos. Dessa forma, pode se afirmar que segurança é frequentemente um problema global e não de um sujeito isolado. Portanto, instituições com processos de trabalho melhores organizados, devem se fortalecer pra evitar erros.

Segundo a Resolução nº 569 de 08 de dezembro de 2017, os egressos de cursos da área da saúde devem ter formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, ética e transformadora, comprometida com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, capazes de atuar na análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas de saúde, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas e serviços de saúde.

Na **categoria 2: Conhecimento sobre as metas internacionais de segurança e unidade de contexto conhecimento parcial**, emergiu da questão 02, que consta no instrumento de coleta de dados (apêndice 02) 'Conhecimento e apontamento sobre as metas internacionais de segurança', cerca de 17 estudantes responderam que não conhecem as metas de segurança do paciente, 02 estudantes não responderam e embora 18 estudantes responderam que conhecem as metas, a maioria das respostas foi descrita de forma incompleta, foram expostas de forma parcial, de acordo com os discursos a seguir:

*“Sim. Identificar o paciente, melhorar a comunicação efetiva, reduzir os riscos de lesões, reduzir os riscos de infecções” (P2).*

*“Identificação do paciente, melhoria da comunicação, prevenção de quedas” (P7).*

*“Queda, medicação 09 certos, cirurgia segura, identificação correta com 3 parâmetros no mínimo” (P19).*

*“Reduzir danos... Durante a assistência, tanto danos físicos como psicológicos” (P24).*

*“Higienizar as mãos para diminuir infecções” (P26).*

*“Sim, conheço vagamente e se trata da identificação, comunicação, prescrição, higienização das mãos, risco de queda, cirurgia correta” (P29).*

*“Sim, no momento não recorro as metas, mas já ouvi falar” (P36).*

*“Sim, não lembro todas. Cirurgia segura, prevenção de queda, medicação” (P37).*

A World Patient Safety Alliance (Aliança Mundial para a segurança do paciente), elegeu como prioridades 06 áreas de atuação, com a finalidade de serem transformadas em metas de maneira global (WHO, 2005).

Em 2013, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente, através da portaria nº 529, de 1º de abril e após este fato seis protocolos de segurança foram priorizados (SCHIESARI e MALIK, 2018).

Segundo World Health (2009), as metas internacionais de segurança do paciente são: Identificação correta do paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia ao paciente correto; higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.

A definição desses tópicos se deu em virtude da relevância dos incidentes consequentes de falhas nesses processos, assim como da aplicação financeira reduzida para implantação de tais estratégias (SCHIESARI e MALIK, 2018).

Dentro das ideias de Schiesari e Malik (2018), as metas internacionais de segurança do paciente devem ser reconhecidas como um tema de alta relevância, já que a aplicação de tais metas pode ajudar a diminuir eventos adversos em hospitais e demais instituições de saúde.

Atualmente, torna-se imprescindível que o temas relacionados a qualidade e segurança do paciente sejam rigorosamente discutidos nos variados cenários da saúde, através da educação permanente e educação continuada, tendo em vista que no Brasil somente no ano de 2013 os Núcleos de Segurança do Paciente foram implantados, e conseqüentemente os protocolos de segurança foram priorizados. Portanto, vários profissionais que se graduaram antes dessa época não foram apresentados as metas internacionais de segurança durante a graduação, e estas devem ser disseminadas, de tal forma que em determinado momento faça parte verdadeiramente dos hábitos do cuidado.

Para tanto, se faz necessário investir na Educação Permanente em Saúde (EPS), e das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) como peças constituintes da formação, reafirmando conceitos e ampliando a saúde, pois ao investir na formação e desenvolvimento de profissionais, estes servirão como agentes de mudanças primordiais para atender as necessidades da população (RESOLUÇÃO Nº 569 DE 08 DE DEZEMBRO DE 2017).

Deste modo, a Educação Permanente em Saúde (EPS), pretende ultrapassar a fragmentação do saber, que é percebido quando são utilizadas nas políticas educacionais somente abordagens estruturadas em temas segmentados, sem conexão entre si. Com isso, implementa-se um dispositivo estratégico para a formação, a gestão, a atenção e o controle social em saúde (RESOLUÇÃO Nº 569 DE 08 DE DEZEMBRO DE 2017).

Segundo a OMS (2011), alguns requisitos de conhecimento são necessários para o melhor desempenho referente a temática segurança do paciente, como por exemplo, preferir que a aprendizagem do aluno aconteça no local de trabalho, pois assim o tema ficará mais nítido aos alunos, quando estes compreendem de que forma os cuidados são realizado e como eles se familiarizam com o ambiente de trabalho. Dessa forma os alunos terão maior probabilidade de mudar suas práticas se tiverem a oportunidade de usar o que aprenderam logo depois da aula.

**A categoria 3 “currículo de formação profissional e especialização” a unidade de contexto ‘adequação curricular’, emergiu da questão 05, que consta no instrumento de coleta de dados (apêndice 02) a maioria dos estudantes julgou ser necessário ampliar a carga horária em relação a qualidade**

e segurança do paciente, além de incentivar a leitura e atualização constante dos estudantes. Esses discursos são demonstrados a seguir:

*“As instituições tanto de trabalho quanto de ensino, devem incentivar o aluno. É necessário prática real após todas as aulas teóricas. Incentivar a leitura em relação à atualização com artigos científicos” (P2).*

*“Mais enfoque no que se diz qualidade, bons resultados e os próprios profissionais buscarem qualificação” (P3).*

*“Melhorar o ensino de gestão e liderança, para que o enfermeiro saia da graduação com perfil de líder, para que assim possa conduzir sua equipe a uma assistência de qualidade” (P5).*

*“Estar inserindo na grade curricular este tema tão relevante. Além disso criar uma grade universal onde todas as faculdades trabalhem temas iguais” (P9).*

*“Precisa aproximar mais a teoria da prática e adequar aos novo modelos de saúde e gestão” (P15).*

*“Enfatizar o tema de políticas de segurança do paciente desde o nível técnico até a pós graduação, e sempre englobar os pacientes familiares nessa temática” (P24).*

*“Inserção de temas correlacionados na graduação profissional, de diferentes níveis, como médicos, técnicos, enfermeiros, fisioterapeutas, e presença de programas de capacitação em serviço que abordem estes temas” (P32).*

*“Os cursos de aperfeiçoamento contribuiriam muito para o crescimento. cursar especializações de segurança do paciente” (P33).*

*“Foco maior e melhor formação profissional na área de segurança do paciente, redução de danos e riscos” (P34).*

A utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa é uma das recomendações da Resolução nº 569 de 08 de dezembro de 2017, que proporciona a participação e autonomia dos estudantes, se tornando sujeitos ativos na construção de conhecimento, visualizando os docentes como facilitadores, mediadores e ativadores desse processo.

Nesse seguimento, as metodologias participativas proporcionam abertura para diálogo e reflexão sobre temas variados, propiciam a criticidade de todos os envolvidos, permitindo que os profissionais da área da saúde desenvolvem habilidades e atitudes para uma atuação mais segura, e sugerem ações para

minimizar os riscos e eventos adversos (RESOLUÇÃO Nº 569 DE 08 DE DEZEMBRO DE 2017).

De acordo com a OMS (2011), para melhor adequação do currículo se faz necessário usar exemplos realistas para o meio em que se está inserido, identificando aplicações práticas, pois dessa forma é capaz que os alunos fiquem mais atentos a uma prática segura, tendo como por exemplo a identificação correta do paciente, que será importante para enviar amostras de sangue, realizar medicação, rotular formulários de solicitação de exame, escrever no receituário e no prontuário do paciente, realizar procedimentos, trabalhar com pacientes que tenham dificuldades de comunicação, comunicar-se com familiares de pacientes, encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde.

Segundo Porto e Régner (2003), torna-se cada vez mais importante adquirir a capacidade para gerar e absorver conhecimentos e inovações para uma organização, exigindo dessa maneira novos investimentos em pesquisa, desenvolvimento, educação e capacitação. Nesse contexto, a gestão do conhecimento apresenta-se como um fator fundamental para conectar ciência e tecnologia ao desenvolvimento.

Dessa forma, o Conselho Nacional de Educação (2001), salienta que o profissional enfermeiro deve ser dotado das competências e habilidades gerais como:

**Atenção À Saúde:** Os profissionais devem realizar suas atribuições levando em conta os mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo a responsabilidade da atenção à saúde que não se acaba com procedimentos técnicos, mas sim, com a resolução do problema de saúde.

**Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões com o objetivo de usar adequadamente e com eficiência os custos, a força de trabalho, os medicamentos, os equipamentos, os procedimentos e práticas. Para tanto, os mesmos devem possuir condutas adequadas, baseadas em evidências científicas.

**Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. Dessa forma, a comunicação

envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.

**Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade

**Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto dos recursos humanos, quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

**Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Nesse sentido, segundo o Conselho Nacional de Educação os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar: - Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais; Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Administração de Enfermagem; Ensino de Enfermagem.

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir a capacidade acadêmica e profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país e de sua região. Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Na

formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

**A categoria 3 “currículo de formação profissional e especialização” a unidade de contexto ‘Importância da especialização’,** emergiu da questão 04, que consta no instrumento de coleta de dados (apêndice 02), a maioria dos estudantes acredita ser necessário realizar especialização em qualidade e segurança no paciente após a graduação, conforme os discursos visualizados abaixo:

*“Sim. O profissional que se especializa desenvolve um pensamento crítico, o que reflete na assistência para o paciente e para a equipe que o cerca” (P2).*

*“Sim. Se houvesse mais enfoque neste tema, o cuidado e os resultados, evolução seriam mais satisfatórios” (P3).*

*“Sim. Porque trabalhamos diretamente com os pacientes e assim conseguiríamos orientar a nossa equipe de profissionais sobre a segurança do paciente e até mesmo orientarmos os pacientes e familiares sobre os riscos de danos ao paciente” (P8).*

*“Sim, pois é uma prática ainda pouco presente dentro das instituições, principalmente pública” (P10).*

*“Sim. Temática importante para garantir uma assistência de maior qualidade” (P16).*

*“Sim, pois nossa profissão nos exige o trabalho com qualidade e segurança aos pacientes para não haver danos e riscos aos pacientes” (P17).*

*“Sim. Profissionais mais qualificados para implementação de protocolos institucionais ajudando toda a equipe na redução de danos ao paciente” (P19).*

*“Sim. Pois trazendo este conhecimento para o ambiente de trabalho, conscientizaríamos os profissionais atuantes na assistência, diminuindo o malefício e riscos para o paciente (P20).*

*Sim, seria de grande valia os danos, eventos adversos e traumas em pacientes seriam reduzidos ao máximo” (P21).*

*“Sim. A demanda nos hospitais é muito grande, quanto mais segurança para paciente melhor sua recuperação” (P35).*

Para Ferreira (2008), torna-se cada vez mais importante a realização de especialização do processo de gestão de recursos humanos, financeiros e materiais, principalmente devido a estrutura complexa das organizações, bem como a qualificação e conhecimentos referentes a toda a equipe multiprofissional de saúde, com o objetivo de tornar possível um melhor gerenciamento.

Ainda nessa ótica, Caldas (2008), salienta que quando o gestor obtém formação específica, unida a experiências gerenciais prévias, existe uma probabilidade maior de sucesso em sua direção.

Segundo Padilha (2018), a criação de institutos de ensino e pesquisa em hospitais se apresenta como uma estratégia educacional no que se refere a reorientação da capacitação de profissionais de saúde, principalmente em relação a atualização, especialização e criação de conhecimentos, de tal forma a obter atenção de melhor eficácia na atenção à saúde.

Nesse sentido a educação dos trabalhadores da saúde é uma área que exige muito esforço para o aprimoramento de métodos educativos que atinjam com eficácia a equipe multiprofissional. Para criar o desempenho do processo de trabalho é necessário elencar estratégias de educação que propiciem a participação dos trabalhadores da área da saúde e assim possibilitem a capacitação profissional (PEIXOTO, et al 2013).

É importante sinalizar que Educação Permanente, Educação Continuada e Educação em Serviço são processos que se caracterizam pela continuidade das ações educativas, ainda que baseadas em metodologias diversas, e quando implementadas em conjunto possibilitam a transformação profissional através do desenvolvimento de habilidades e competências e assim fortalecem o processo de trabalho (PEIXOTO, et al 2013).

Nesse seguimento, a Educação Permanente em Saúde visualiza o mundo do trabalho como uma escola, pois as experiências no trabalho são uma fonte sistemática de formação, de geração de novas ideias e conhecimentos que nascem da prática. Quando conecta-se o mundo do trabalho ao mundo da educação, o ambiente de aprendizagem dos estudantes e profissionais ganham mais significado, rompendo a dicotomia teoria-prática (RESOLUÇÃO Nº 569 DE 08 DE DEZEMBRO DE 2017).

De acordo com o Conselho Nacional de Educação superior, a partir da década de 70 do século passado, os cursos de pós-graduação expandiram-se, quantitativa e qualitativamente, porém a pós graduação lato sensu teve um crescimento gigantesco, de modo desordenado e, certamente, sem a qualidade progressiva dos mestrados e doutorados, submetidos a rigorosos processos de avaliação e supervisão.

Diante do problema, o Conselho Federal de Educação (CFE) criou uma comissão, encarregada de definir as modalidades de cursos de especialização e de aperfeiçoamento, cujos títulos seriam reconhecidos pelo CFE como válidos nos processos de reconhecimento de Instituições de Ensino Superior (IES). Diante disso resultante do Parecer n.º 432, de 1.º de setembro de 1983, estabeleceu, dentre outras, as seguintes disposições: a) carga horária mínima de 360 (trezentas e sessenta) horas, excluído o tempo dedicado aos estudos individuais ou coletivos; b) corpo docente constituído de, no mínimo, mestres titulados em IES credenciadas, admitindo-se 1/3 (um terço) de não portadores do título de mestre, credenciados pelos conselhos competentes; c) IES com cursos de graduação ou de mestrado reconhecidos pelo menos há 5 (cinco) anos na mesma área do curso de pós-graduação lato sensu pretendido; d) frequência mínima de 85% da carga horária e 70% de aproveitamento mínimo na escala de notas.

Dentro da concepções de Oliveira et al (2009), a qualificação profissional deve estar em sintonia com os padrões exigidos pelo mercado de trabalho, sinalizando ser importantíssimo que os enfermeiros atuantes nos serviços de saúde, estejam constantemente buscando um saber científico que sustente a prática assistencial.

Nesse sentido, os cursos de pós-graduação *lato sensu* na área de enfermagem propõem ao profissional um preparo direcionado a uma área determinada do conhecimento com o objetivo de aprimorar a prática do cuidado ao cliente, usuário, da família e da comunidade, pois a qualificação profissional precisa manter-se continuamente fixada na formação do profissional enfermeiro, com o objetivo de oportunizar o encontro das suas capacidades. Especializar-se é ampliar as ações do enfermeiro, o que provoca um trabalho mais agradável, mais correto e mais fidedigno (OLIVEIRA et al, 2009).

O entendimento do aperfeiçoamento do enfermeiro tem sido o foco para o trabalho em saúde, tanto para a satisfação do trabalhador como para assistência de qualidade aos usuários dos diversos sistemas de saúde. Nessa perspectiva, os cursos de especialização em enfermagem buscam criar oportunidades de reflexão no que se refere a realidade vivenciada profissionalmente na enfermagem. Além disso, tem como objetivo colaborar nas transformações da prática assistencial com o intuito de promover esclarecimentos do próprio processo de trabalho no qual, os enfermeiros estão inseridos e estimular o conhecimento da relação e da importância da enfermagem (OLIVEIRA et al, 2009).

Tratando desse tema Lima e Porto (1977), afirmam que os cursos de especialização em enfermagem na modalidade residência, podem ser vistos no Brasil como uma alternativa de atendimento à necessidade sentida pelas enfermeiras e pela comunidade. Salientando, ainda, que a Residência em Enfermagem implantou-se no Brasil em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, e que, desde então, várias experiências foram desenvolvidas.

Barros e Michel (2000), apontam que a criação da Residência em Enfermagem tornou-se uma referência em termos de qualidade da assistência de enfermagem prestada no hospital, havendo um contingente extra nas unidades onde existe a presença de residentes. Em vista disso, pode-se afirmar que as residentes contribuem positivamente para a mudança de comportamento das colegas em relação ao trabalho desenvolvido.

Embora existam críticas em relação a ampla carga horária nos programas de residência, Barros e Michel (2000), acreditam que esta extensão é necessária, para que seja possível preparar enfermeiras procedentes de variadas formações, e remodelar em profissionais demasiadamente qualificadas. Portanto, os programas de residência refletiram de modo benéfico na assistência de enfermagem prestada no hospital e no ensino da graduação.

Neste sentido, Tellez (2013) afirma que é necessário estimular os enfermeiros a continuar estudando, seja através de treinamentos em serviço, realização de pós graduação, entre outros, pelo fato de desenvolverem um trabalho que exige conhecimentos, habilidades e atitudes.

Dessa forma, cabe sinalizar que se o profissional da área da saúde não optar por fazer especialização específica na área de qualidade e segurança do paciente, esta conduta não o desqualificará, desde que esteja preocupado em se atualizar de alguma maneira, podendo servir a educação continuada e educação permanente.

## 6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao analisar o ensino da segurança ao paciente, evidenciou-se que este tema foi pouco abordado durante o curso, a partir da realidade pesquisada neste estudo, fato esse que prejudica a formação profissional e conseqüentemente a qualidade prestada aos pacientes.

Desse modo, ficou evidente a falha na divulgação de materiais relacionados a segurança do paciente, assim como o pouco aprofundamento ofertado a esse tema inclusive nos cenários de prática, o que não gerou uma plena satisfação por parte dos estudantes. E esse fato pode ser atestado, quando alguns alunos nem sequer recordam a carga horária oferecida para tal tema, pois nos anos em que alguns estudantes se formaram não eram discutidos os temas citados.

Outro fato encontrado, diz respeito ao desconhecimento em relação a terminologia no que se refere a qualidade e segurança do paciente durante a graduação, faltando sensibilização por parte do corpo docente em relação a ampla divulgação desses temas.

A maioria dos estudantes, acredita que os temas qualidade e segurança são imprescindíveis, para que os enfermeiros como líderes de equipe consigam prestar a melhor assistência aos pacientes, uma vez que trabalhar na área da saúde, exigirá a apropriação por parte dos profissionais com esses assuntos.

O aprofundamento do conteúdo qualidade e segurança do paciente por sua vez, poderá gerar atenuação de prejuízos causados aos pacientes, despertando no discente uma visão mais exigente em relação as maneiras de se realizar uma gestão adequada, buscando diversas estratégias para oferecer a assistência com embasamento científico.

Em se tratando de segurança do paciente, torna-se explícito o desconhecimento de alguns estudantes acerca do que são todas as metas internacionais de segurança do paciente, o que pode acabar prejudicando o andamento adequado do cuidado ao paciente.

Alguns discentes também relataram que conhecem parcialmente as metas internacionais de segurança do paciente, o que pode ser visto como algo positivo, já que o programa de segurança do paciente surgiu em 2013, e somente a partir daí as instituições de saúde e de ensino passaram a se preocupar com

as metas internacionais de segurança do paciente e consequentemente com os protocolos de segurança do paciente.

Portanto, sem o entendimento do que são as metas, mais pacientes estarão expostos a falta de identificação correta, a falhas no processo de comunicação, aos erros relacionados a administração de medicação, aos danos em relação ao procedimento cirúrgico, a disseminação de infecções causados pela não higienização das mãos e ao aumento de quedas e lesão por pressão.

Diante do exposto, faz-se necessário encontrar estratégias para melhorar o currículo de formação profissional, quando sugere-se adequar a matriz curricular dos cursos de graduação em enfermagem, ao abordar a segurança do paciente como tema transversal no currículo durante a formação.

Para tanto, é válido propor que os conhecimentos prévios dos alunos sejam valorizados, para que possam criar estruturas mentais, que permitem descobrir e redescobrir outros conhecimentos, enfatizando uma aprendizagem prazerosa e eficaz.

Nessa perspectiva, convém afirmar, que a realização de especializações na área da saúde ajudam a tornar profissionais melhores habilitados para trabalhar, e assim favorecer os pacientes, que terão no que lhe diz respeito, um cuidado de maior qualidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção desse estudo foi conhecer a percepção de enfermeiros pós graduandos em relação ao ensino da segurança do paciente durante a graduação e averiguar se os mesmos conhecem as metas internacionais de segurança ao paciente.

Diante do exposto, algumas considerações merecem destaque como pontos do estudo, alertando que não se propõe uma conclusão, mas seu encaminhamento, deixando espaço para possíveis retomadas, continuidades, novos estudos.

Foi possível visualizar no perfil sociodemográfico que a predominância do sexo feminino permanece entre o curso de enfermagem. A maior significância com relação ao ano de formação profissional de enfermagem está representada entre 2011 e 2016, caracterizando uma população de egressos com menos de 10 anos de formação acadêmica. Esse tempo de formação é expresso como ponto negativo, no que se refere ao conhecimento que os estudantes demonstraram ter em relação ao temas relacionados a qualidade e segurança ao paciente, explicitam a ausência desse tema ser mais abordado no processo de ensino e aprendizagem nas disciplinas de enfermagem, assim como a disseminação da educação permanente em saúde, para os profissionais que não tiveram a oportunidade de ter esses temas abordados durante a graduação.

O ensino da segurança ao paciente permite refletir sobre a prática de ensino das disciplinas de graduação em enfermagem, onde mostrou-se que os estudantes reconhecem que o tema de segurança do paciente é importante e poderia ser melhor abordado durante as disciplinas, cabendo-se afirmar que se as instituições de ensino trabalhassem mais em torno desses assuntos, seria possível uma significativa redução de danos para os pacientes durante o atendimento de saúde.

Nesse sentido, sugere-se que as instituições de ensino integrem o currículo de formação profissional com a temática segurança do paciente, através do uso de simulação realística e problematização durante a graduação, o que poderá contribuir para uma maior aproximação dos discentes aos cenários da prática profissional, tornando a aprendizagem muito mais significativa.

Para tanto, é necessário que o novo conteúdo absorvido por um aluno adquira significado para ele a partir da relação com seu conhecimento prévio; isto é, ao contrário, esse forma de ensino e aprendizagem se tornará mecânica ou repetitiva, pois produziu menor absorção e atribuição de significado, e o novo conteúdo passa a ser armazenado isoladamente ou por meio de associações arbitrárias na estrutura cognitiva.

Ficou claro que os currículos de graduação em enfermagem precisam ser menos fragmentados e ter mais conexões/links com assuntos que sejam significativos e que sirvam de instrumento para a melhoria da prática profissional. O estudante de graduação em enfermagem precisa sair da instituição de ensino munido de conhecimentos sobre como atuar em uma equipe de trabalho priorizando a segurança do paciente, porém muitas vezes no dia a dia apresentam déficit para desenvolver determinadas atribuições, devido ao fato das instituições de ensino organizarem as disciplinas de maneira dissociada, o que poderá prejudicar atuação de futuros profissionais.

Atualmente, os profissionais de saúde se deparam com vários desafios para atuar em saúde com qualidade, pois nem sempre as instituições de saúde conseguem garantir ambientes seguros para a população que adentra nesses cenários, não proporcionando segurança para os profissionais atuarem de maneira adequada e assim realizarem um trabalho de excelência com os pacientes.

No que se refere ao conhecimento sobre as metas internacionais de segurança mostrou-se de uma maneira muito vaga, o que é preocupante, visto a grande complexidade dos ambientes de trabalho e a importância que tais metas significam sobre as ações dos profissionais de saúde. A apropriação completa referente as metas poderá ser realizada através de educação permanente, pois esta apropriação servirá desde diminuição das taxas de infecção hospitalar, até a melhoria contínua da comunicação em saúde, aumentando os benefícios e reduzindo os malefícios aos pacientes de uma maneira ampla, quando se fala em segurança do paciente.

A partir das reflexões expostas evidenciou-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais, assim como as matrizes curriculares dos cursos de graduação de enfermagem, precisam implementar durante todas as disciplinas dos temas voltados a segurança do paciente, podendo fazer essas adequações de maneira

prática e dinâmica, do mesmo modo que a busca por especializações relacionadas ao tema ajudará de forma eficiente a manter ambientes de saúde muito mais seguros.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA /ANVISA – **Documento de Referência para o programa nacional de segurança do paciente** – Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA /ANVISA. **Notivisa - Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária** – Anvisa. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/notivisa>,2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

BARROS, A.L.B.L.; MICHEL,J,L.M.**Curso de Especialização Em Enfermagem – Modalidade Residência: Experiência de Implantação Em Um Hospital Escola**. Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto - v. 8 - n. 1 - p. 5-11 - janeiro 2000

BOHOMOL, E.; FREITAS, M.A.; CUNHA, I.C.K.O. **Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres**. Revista Interface Comunicação, saúde e educação,2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, (2013a).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2016.

BRASIL. **Portaria 529 de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente** – PNSP (2013b).

BRASIL.Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação. Diretrizes 07 de novembro de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde (CNS) Resolução 569, de dezembro de 2017**. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, destinado a apresentar novos princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais

(DCN) de todos os cursos de graduação da área da saúde, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos nas IES.

CALEMAN, G. **Projeto Aplicativo: termos de referência**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde, 2016.

CAMARINHA, D. **Formação de Uma Rede Qualificada de Prestadores de Serviços Na Área da Saúde/ Como garantir um melhor serviço ao cliente?** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

CALDAS, B.N. **O papel do dirigente hospitalar: A percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior. Dissertação de Mestrado em administração**. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas, São Paulo, 2008

CARLINO,C.;JUNIOR,M.F. **A aplicação da ferramenta da qualidade (Diagrama de Ishikawa) e do PDCA no desenvolvimento da pesquisa para a reutilização dos resíduos sólidos de cocô verde**. Bahia: Ingepro, 2010.

CAVEIÃO, C. **Percepção de docentes sobre o processo de aprendizado de administração em enfermagem**. Curitiba: Faculdades Pequeno Príncipe, 2013.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (**CQH**) Manual de indicadores de enfermagem NAGEH / - 2.ed. São Paulo : APM/CREMESP, 2012. 60p.Inclui referências bibliográficas.1. Enfermagem(Qualidade) 2. Indicadores de serviços de saúde (Qualidade) I. Associação Paulista de Medicina (APM). II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). III. Título Conselho Internacional de Enfermeiros (**ICN**). Disponível em: <https://www.icn.ch/22/04/2019>.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (**CREMESP**). O juramento de Hipócrates. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br>, 2014.

CORREA, L.C.R. **Os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde brasileiro e a segurança do paciente**. São Paulo:Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2009.

CORREA, C.R.; CARDOSO JUNIOR, M.M.. **Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais**. Associação Brasileira de Engenharia de Produção, v.17, n.1, 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65132007000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132007000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 abr. 2019.

CUNHA,K.D.C. **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, 2005

CUNHA, I.C.K.O, XIMENES,N.F.R. **Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, (2006)

DEL-MASSO, M. C. S.; COTTA, M. A. DE C.; SANTOS, M. A. P. **Ética em Pesquisa Científica : conceitos e finalidades**. Acervo Digital.Unesp, p. 1–16, 2007.

ÉVORA, Y.D.M. **Enfermagem e informática: tendências atuais e perspectivas futuras.** Ribeirão Preto, 1993. 230p. Tese de doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FERNANDES, A. **Um hospital Particular no Brasil.** São Paulo: A. Fernandes, 2002.

FERREIRA, L.C. M. **O poder nas organizações hospitalares: administradores hospitalares fantoches da hegemonia hierárquica médica? Dissertação (Mestrado em Administração)** – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2008.

FRANÇOLIN, L. et al. **Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros.** Rev Esc Enferm USP - 2015; 49(2):277-283

FIOCRUZ/COFEN - Fonte: **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013.**

FONSECA, A.S.; YAMANAKA, N.M.A.; BARISON, T.H.A.S.; LUZ, S.F. **Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar.** O Mundo da Saúde 2005; 29 (2):161-8.

FONSECA, A.S.; PETERLINI, F.L.; COSTA, D.A. **Segurança do Paciente.** São Paulo: Martinari, 2014.

GOMES, F.S.L. **A segurança do paciente no contexto do ensino de graduação em enfermagem.** Revista de Enfermagem do Centro - Oeste Mineiro - Reccom, 2017.

GOMES, S. M. **A efetiva prevenção e reparação do dano cirúrgico: descompasso entre as diretrizes públicas de saúde para a segurança do paciente e a tendência jurisprudencial brasileira.** In: CASTRO G.F. (J.d. Organizadores.). Aspectos, opiniões e destaques sobre segurança. Belo Horizonte, MG: Edições Superiores, 2012. p. 247

GONÇALVES, P.; KAWAGOE, J.Y. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** – ANVISA, 2013.

GONÇALVES, N.; SIQUEIRA, L.D.C.; CALIRI, M.H.L. **Ensino sobre a segurança do paciente nos cursos de graduação: um estudo bibliométrico.** Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem UERJ, 2017.

INEP - Resumo técnico : **Censo da Educação Superior 2015.** 2. ed. – Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2018.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION (JCAHCO). **Accreditation Manual for Hospital. Nursing care 1989; 79-85**

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system.** Washington, D.C., United States: National Academy Press, 2000.

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, 2 ed.

LAPÃO, L.V. **A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitetura de sistemas e de profissionais altamente qualificados: o problema da saúde – inexistência de informação impossibilita a gestão.** Téchne, 2005.

LEAPE,LL; BERWICK,D.M. BATES,D.W. **What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety.** Journal of the American Medical Association, 2002.

LEAPE, L.L. **Errors in medicine.** Clin Chim Acta. 2009; (404): 2-5.

LIMA, D.M.; PORTO, M.E.A. **Residência em Enfermagem - subsídios para possíveis estudos.** Enf.Novas Dimensões, v. 3, n. 5, p. 294-298, 1977.

LIMA, M.A.D.S. **Ensino de Enfermagem: Retrospectiva, situação atual e perspectivas.** R. Bras. Enferm. Brasília, v, 47, n.3, p. 270-277, jul.1set. 1994

LOURENÇÃO, D.C.A; BENITO, G.A.V. **Competências gerenciais na formação do enfermeiro.** Brsasília: Revista Brasileira de Enfermegaem,2010.

MACEDO, D.F. et al. **A importância do administrador na gestão hospitalar: percepção de médicos, enfermeiros e administradores de um hospital universitário.** Alagoas :Revista Foco, 2015

MARTINS, V. A. et al. **Atuação gerencial do enfermeiro na perspectiva dos recém-egressos do curso de enfermagem.** Escola Anna Nery, v. 10, n. 1, p. 101–108, 2006.

MASSAD,E. Et al. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo, 2003. 213p.

MELLEIRO, M.M.;TRONCHIN, D.M.R.; LIMA, M.O.P.; GARZIN, A.C.A.; MARTINS, M.S.;CAVALCANTE, M.B.G.; GENNARI, T.D.; AFONSO, M.H.M.;POPOV, D.C.;CARNEIRO,A.M.C.;CATALA,C.**Temática segurança do paciente nas matrizes curriculares de escolas de graduação em enfermagem e obstetrícia.** São Paulo, 2014.

MERTON, R.K. **On social structure and science.** (P. SZTOMPKA, Ed). Chicago and London: The University of Chicago Press, 1996.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitecc, 2014.

MOTTA,P.R.M. **Decisões e formulações de políticas/imposições do contexto administrativo,** 2ed p103, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

NETO, G.V.;MALIK, A.M. **Gestão em saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

NOTIVISA <http://portal.anvisa.gov.br/notivisa>

OGUISSO, T.;CAMPOS,P.F.S.; FREITAS, G.F. **Pesquisa em História da Enfermagem.** São Paulo: Manole, 2011.

OLIVEIRA, J.C. et al. **Grau de competência gerencial em enfermagem na perspectiva de graduandos de uma universidade privada.** São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem, 2009.

OLIVEIRA,N.A. et al. **Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem: Contribuições Na Prática Profissional dos Egressos**. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, Florianópolis, 2009.

OLIVEIRA, R.M. et al. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(1) Jan-Mar 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE /OMS. **Guia curricular de segurança do paciente: edição multiprofissional** / Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. — Rio de Janeiro: Autografia, 2016.

PADILHA,M.I.C.S; MANCIA, J.R. **Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história**. Rev Bras Enferm 2005 nov-dez; 58(6):723-6.

PADILHA, R.Q. **Ensino e Pesquisa nos Hospitais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

PEIXOTO,S.L. **Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos**. Revista Eletrônica Trimestral de Enfermeira. ENERO, 2013.

PEREIRA, M.C.A.; FÁVERO,N. **A motivação no trabalho da equipe de enfermagem**. São Paulo:Rev Latino-am Enfermagem, 2001.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Gerência e competências gerais do enfermeiro**. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 492–499, 2006.

PERES,H.H.C. **O ser docente frente ao mundo da informática: um olhar na perspectiva da fenomenologia social**. São Paulo, 2001. 228p. Tese de doutorado – Escola de Enfermgem, Universidade de São Paulo.

PELIZZARI, A.; KRIEGEL, M.L.; BARON, M.P.; FINK, N.T.L.;DOROCINSKI, S.I. **Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel**. Curitiba: Revista PEC, 2002.

PINTO, M.J.S.; BOHOMOL, E.; SILVA,L.M.G.; REICHERT, M.C.F.; CUNHA,I.C.K.O.; FOGLIANO, R.R.F.**Ensino sobre a segurança do paciente na disciplina de administração em enfermagem**. Revista Norte Mineira de Enfermagem, 2016.

PORTO,C; RÉGNIER,K. **O ensino superior no mundo e no Brasil – condicionantes, tendências e cenários para o horizonte 2003-2025**. Uma Abordagem Exploratória. Dezembro, 2003.

REASON, J. **Human error**. London: Cambridge University Press, 2003. 302p.

REASON, J. T. **Human error**. 20ª ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302 p.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE **(REBRAENSP)**. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br> 22/04/2019.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura**

TT - Patient safety as a dimension of the quality of health care: a look at the literature. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2029–2036, 2013.

**RESOLUÇÃO COFEN 0520/2016 Aprova a Criação da Comissão Nacional da Qualidade (CNQ), as diretrizes para a concessão do Selo da Qualidade - Cofen e dá outras providências.**

**RESOLUÇÃO Nº 569 DE 08 DE DEZEMBRO DE 2017**

RIGOBELLO, M. C. et al. **Clima de segurança do paciente : percepção dos profissionais de enfermagem.** *Acta Paul Enferm.*, v. 25, n. 5, p. 728–735, 2012.

ROTHBART ET AL. **O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem.** Texto contexto, 2009.

SADE,P.M.C.; PERES, A.M.; WOLFF, L.D.G. **A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa.** *Revista de enfermagem UFPE online*. Recife, 2014.

SANTOS, V.E.P; RANDUZ, V. **O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente.** *Revista de Enfermagem UFRJ*, Rio de Janeiro, 2011.

SCHIESARI, L. et al. **Curso de Especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente.** São Paulo: Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde, 2017.

SCHIESARI, L.M.C.; MALIK, A.M. **Qualidade e Acreditação.** Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2018. Capítulo 27.

SCHIESARI, L.M.C.; MALIK, A.M. **Segurança do paciente.** Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2018. Capítulo 28.

SILVA,D.G.V et al. **Os desafios enfrentados pelos inciantes na prática de enfermagem.** São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem, 2010.

SIQUEIRA, I.L.C.P. et al. **Serviços Técnicos: Gerenciamento do Serviço de Enfermagem.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SPILLER, E.S. et al. **Gestão dos serviços em saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009, 1 ed.

TELLEZ, M. **Você é tão inteligente!: por que não estudou medicina?** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100001&script=sci_arttext). Acesso em: 22 fev 2015.

URBANETTO, J.D.S; GERHARDT,L.M.;EIDT,O.R. **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - Estratégias para a segurança do paciente: Manual para profissionais de saúde.** Porto Alegre: EDIPUCRS,2013.

WACHTER, R.M. **Princípios básicos para a segurança do paciente.** In: WACHTER, R.M. *Compreendendo a segurança do paciente.* *Artmed*, 2010. p. 35-43, 213-28.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**:forward programme. Geneva: WHO; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. . **World Alliance for Patient Safety**. Taxonomy.The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Geneva: WHO; 2009.

## **APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu,

---

---

estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “Ensino da segurança do paciente: percepção de enfermeiros pós graduandos”, cujo objetivo e justificativas são: Conhecer a percepção de enfermeiros pós graduandos em relação ao ensino da segurança do paciente durante a graduação e averiguar se os estudantes conhecem as metas internacionais de segurança ao paciente, com a justificativa de relatar a importância deste tema nos currículos de graduação de enfermagem. A minha participação no referido estudo será no sentido de responder um instrumento de coleta de dados previamente elaborado pelos pesquisadores. Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios tais como apontar características do tema a ser discutido, como identificar se o estudante se sente em relação ao ensino da segurança do paciente. Podendo assim, resultar em uma possível adequação dos currículos em relação ao tema segurança ao paciente. Recebi por outro lado os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos e negativos somente serão obtidos após sua realização. Assim o risco desta pesquisa é o medo de exposição em relação ao preenchimento do instrumento. A fim de minimizá-lo, não haverá identificação do participante no instrumento. Para isso, será utilizado códigos numéricos preservando assim o anonimato. E o mesmo será posteriormente avaliado apenas pelo pesquisador principal. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Os

pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Profa. Dra. Maria Rosa Machado Prado e a mestranda Janaina Mara de Almeida, ambas das Faculdades Pequeno Príncipe e com os quais poderei manter contato pelo telefone (41) 991520121. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, bem como me é garantido livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, e tudo que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. No entanto caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação da pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte: depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação do estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Curitiba, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

---

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntaria o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de ter ciência das normativas da Resolução 466/12.

---

Janaina Mara de Almeida

---

Profa. Dra. Maria Rosa Machado Prado

## APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A PÓS-GRADUAÇÃO

Ensino da segurança do paciente: percepção enfermeiros pós graduandos no âmbito *lato sensu*

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Curso: \_\_\_\_\_

Ano que se formou: \_\_\_\_\_

Onde cursou a graduação: \_\_\_\_\_

- 1- O tema qualidade e segurança ao paciente foi abordado durante o curso? Se sim, ele foi abordado de forma satisfatória em relação a carga horária? Você considera esse conteúdo importante para ser trabalhado no currículo de formação profissional em enfermagem?

---

---

---

---

---

- 2- Você conhece as metas internacionais de segurança do paciente? Se sim, cite-as.

---

---

---

---

---

- 3- Você acredita que se o tema segurança do paciente fosse sido mais trabalhado durante a graduação, os profissionais saberiam evitar ou diminuir danos causados aos pacientes?

---

---

---

---

---

4- Você considera importante os profissionais se especializarem na qualidade e segurança ao paciente? Justifique.

---

---

---

---

---

5- Na sua opinião o que ainda pode ser realizado para melhorar os currículos de formação profissional e conseqüentemente a qualidade de assistência prestada aos pacientes?

---

---

---

---

---