



**Vera Lucia Neves Marra**

**Metodologias de Aprendizagem Ativa na graduação médica:  
Uma proposta de ensino-aprendizagem de Segurança do Paciente**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

Monografia apresentada ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da PUC-Rio, como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Jorge Biolchini

Rio de Janeiro  
Outubro de 2015



**Vera Lucia Neves Marra**

**Metodologias de Aprendizagem Ativa na graduação médica:  
Uma proposta de ensino-aprendizagem de Segurança do Paciente**

Monografia apresentada ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da PUC-Rio, como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas metodologias. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Prof. Jorge Biolchini - Orientador**  
Coordenador da Pós Graduação - PUC-Rio

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2015

## **Vera Lucia Neves Marra**

Graduou-se em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1977. É especialista em Hematologia, pelo Hemorio/RJ, 1979; em Gestão Hospitalar, pela ENSP/Fiocruz-RJ, 1998 e Segurança do Paciente, pela ENSP/Fiocruz-RJ, 2015.

### Ficha Catalográfica

Marra, Vera Lucia Neves

Metodologias de Aprendizagem Ativa na graduação médica: Uma proposta de ensino-aprendizagem de Segurança do Paciente; Orientador: Jorge Biolchini - 2015.

67 f. : il.

Monografia (Especialização em Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Metodologia de Aprendizagem Ativa, 2. Graduação Médica, 3. Segurança do Paciente, 4. Eventos Adversos. I. Título.

***Dedico este trabalho a Olivia Neves Marra, que  
mais uma vez me apontou os caminhos.***

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Jorge Biolchini, pela coragem, perseverança e comovente dedicação ao curso, abraçando de forma incondicional a um grande desafio e a uma espetacular perspectiva de transformação do ensino médico no Brasil, meu muito obrigada pelos ensinamentos recebidos e eterna admiração.

Ao Professor Marcelo Andrade, que com extraordinário carisma e competência nos mostrou a importância do grande mestre, na aplicação de qualquer tipo de metodologia de ensino.

Ao Professor Walter Mendes, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp-Fiocruz), meu especial agradecimento, pelos ensinamentos sobre Segurança do Paciente e por suas valiosas e decisivas sugestões para a conclusão deste trabalho.

Sou imensamente grata aos queridos amigos Dr. Eduardo Marques, Diretor Técnico Assistencial da Fundação Saúde do Rio de Janeiro, à Enfermeira Adriana Carla Bridi, doutoranda da UNIRIO e à Professora de arte e arquiteta Maria Helena Neves, que se dispuseram a fazer revisão deste trabalho e cujas contribuições foram inestimáveis.

Quero deixar registrado meu reconhecimento à Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em especial à sua Diretora Executiva, Dra. Clarisse Lobo, pelo auxílio à participação do curso e pela confiança em mim depositada.

A todos os colegas da turma, um agradecimento muito carinhoso. Magia é como considero a relação que construímos, ao longo do curso, em especial ao “*grupo da mesa do fundo*”: *Mônica Schreiber, Lilian Scheinkman, Isabela Braga, Felipe Aguinaga e Ricardo Steffen*, com quem dividi momentos inesquecíveis e, principalmente, muita alegria.

Meus agradecimentos ao designer gráfico Wesley Santos e ao Professor de Inglês Marcio Alencar, pelo auxílio em alguns momentos deste trabalho

Por fim, e sempre, agradeço a Flavio Maciel Marra por sua indispensável presença neste e em todos os momentos da minha vida.

## RESUMO

**MARRA, VLN. METODOLOGIAS DE APRENDIZAGEM ATIVA NA GRADUAÇÃO MÉDICA: Uma proposta de ensino-aprendizagem de Segurança do Paciente.** Monografia de conclusão do curso “*Especialização em Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias*”. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - PUC-Rio.

Este trabalho tem como propósito elaborar um modelo pedagógico sobre o tema Segurança do Paciente, para a graduação médica, utilizando metodologias de aprendizagem ativa. O fio condutor partiu da necessidade de elaborar o TCC - Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização ‘Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias’, ministrado pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da PUC-Rio, concluído em abril de 2015. Serviram de referencial para a elaboração da proposta pedagógica os documentos ‘Proposta Para uma Graduação Médica Contemporânea - Modelo PUC-Rio’, publicado em 2011 e as ‘Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação de Medicina’, publicadas em 2014. Para a elaboração do conteúdo de Segurança do Paciente, nos servimos fundamentalmente das recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde, em abril de 2013 e que tem como principal desafio a mudança da cultura da segurança entre profissionais de saúde. Entendendo que mudança de cultura implica em trabalho de longo prazo e, sobretudo com jovens, avaliamos que esta é uma excelente oportunidade para a elaboração deste trabalho.

**Palavras-chave:** Metodologias de aprendizagem ativa, Graduação Médica, Segurança do Paciente, Eventos Adversos.

## SUMMARY

**MARRA, VLN. ACTIVE LEARNING METHODOLOGIES IN MEDICAL SCHOOLS: A project of teaching-learning on Patient Safety.** Monograph (Specialization on 'Teacher Education in Medicine and Health Sciences: New Methodologies'). The Life Sciences Center and PUC-Rio Health Department, April 2015.

This project aims to develop a pedagogical model on Patient Safety theme, for medical graduation, using active teaching-learning methodologies. It started from the need to prepare the TCC - End of Job Specialization 'Teacher Education in Medicine and Health Sciences: New Methodologies', given by the Life Sciences Center and PUC-Rio Health Department, concluded in April 2015. It served as a reference for the elaboration of the pedagogical proposal. The documents 'Proposal for Contemporary Medical Graduation - PUC-Rio' model, published in 2011 and the 'National Curriculum Guidelines for Medical Graduation', published in 2014. For the preparation of Patient Safety content was used the recommendations of the World Health Organization and the National Patient Safety Program, launched by the Ministry of Health in April 2013 and whose main challenge is to change the culture of safety among health care providers. Understanding that culture change involves long-term work and especially with young people, this is an excellent opportunity for the project preparation.

**Keywords:** Active learning-teaching methodologies, Medical Graduation, Patient Safety, Adverse Events.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	13
1.1 OBJETIVO	13
1.2 METODOLOGIA	13
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.3.1 Metodologias Tradicionais de Ensino	15
1.3.2 Metodologias de Aprendizagem Ativa	17
1.3.3 Modelo PUC-Rio para a graduação médica	24
<b>2. UMA PROPOSTA DE MODELO PEDAGÓGICO DO TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE NA GRADUAÇÃO MÉDICA</b>	25
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO MÉDICA	25
2.1.1 Quando e onde estudar o tema Segurança do Paciente	27
2.1.2 Como desenvolver o tema Segurança do Paciente	28
2.1.3 Estratégias Pedagógicas para os Ciclos 1 e 2	35
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CICLO 1	37
2.2.1 Temas Específicos sobre Segurança do Paciente no Ciclo 1	39
2.2.2 Temas Integradores sobre Segurança do Paciente no Ciclo 1	41
2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CICLO 2	43
2.3.1 Temas Específicos sobre Segurança do Paciente no Ciclo 2	45
2.3.2 Temas Integradores sobre Segurança do Paciente no Ciclo 2	48
2.4 ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO PARA OS CICLOS 1 E 2	50
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	53
<b>REFERÊNCIAS</b>	58
<b>GLOSSÁRIO</b>	63
<b>APÊNDICE</b> (Bibliografia recomendada para o corpo docente)	66



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Métodos de Aprendizagem Colaborativa utilizadas no ensino médico. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015 -----	20
Quadro 2 - Competências do médico, segundo o Modelo PUC-RIO e atividades do Curso MedPUC, correlacionadas com a DCN-2014. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.	24
Quadro 3 - Matriz das competências de Segurança do Paciente a serem desenvolvidas pelo egresso do curso de Medicina. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015. -----	31
Quadro 4 - Distribuição dos temas integradores e específicos sobre Segurança do Paciente, por ciclo da graduação. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015. -----	33
Quadro 5 - Introdução do Eixo Temático Segurança do Paciente na estrutura curricular do modelo PUC-Rio do ciclo 1. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015. -----	38
Quadro 6 - Atividades pedagógicas indicadas para o desenvolvimento das competências associadas aos temas integradores do Ciclo 1. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015-	42
Quadro 7 - Inserção do Eixo Temático Segurança do Paciente na estrutura curricular do modelo PUC-Rio do ciclo 2. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015. -----	45
Quadro 8 - Atividades Pedagógicas a serem adotadas para os temas <i>integradores</i> sobre Segurança do Paciente, no Ciclo 2. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.	49
Quadro 9 - Métodos de avaliação adequados às competências de segurança. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015 -----	51

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Mapa Conceitual sobre o planejamento do tema Segurança do Paciente, no currículo de graduação de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015 --- 29
- Figura 2 - Mapa Conceitual, elaborado pela autora: Proposta de Modelo Pedagógico sobre o tema Segurança do Paciente, na graduação médica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015 ----- 34

## LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

ABCa	Aprendizagem Baseada em Caso
ABE	Aprendizagem Baseada em Equipe
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABPe	Aprendizagem Baseada em Pergunta
ABPr	Aprendizagem Baseada em Projeto
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
APSEF	Australian Patient Safety Education Framework
BSC	Módulo de Saúde Coletiva
BSP	Módulo de Saúde Pessoal
CBL	Case Based Learning
CLIBADE	Clínica Baseada em Demanda
8ª CNS	8ª Conferência Nacional de Saúde
CPE	Clinical Practice Examination ou Exame de Desempenho
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
ELAP	Estágio Longitudinal em Atenção Primária
ELAPS	Estágio Longitudinal em Atenção Primária e Secundária
EMBS	Educação Médica Baseada em Simulação
ET-SP	Eixo Temático Segurança do Paciente
FMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
IRAS	Infecção Associada à Assistência à Saúde
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MAA	Metodologia(s) de Aprendizagem Ativa
MedPUC	Curso de Graduação em Medicina da PUC-Rio
MS	Ministério da Saúde
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPM	Orientação para Monografia
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i> ou Exame clínico objetivo estruturado por estações

PBL	<i>Problem Based Learning</i>
PBZ	Problematização
PGC	Perfil Geral de Competências
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POGIL	<i>Process Oriented Guided Inquiry Learning</i>
PrBL	<i>Project Based Learning</i>
SBAR	<i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
SP	Segurança do Paciente
SUS	Serviço Único de Saúde
TBL	<i>Team Based Learning</i>
UAP	Unidade de Atenção Primária
UP	Unidade (s) Pedagógica (s)

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é oferecer um roteiro estruturado para que o tema Segurança do Paciente possa ser ministrado, pelo corpo docente de uma faculdade de medicina, através de metodologia de aprendizagem ativa.

Os objetivos específicos são apresentar aos alunos do 1º ao 4º ano de graduação de medicina, as diretrizes de segurança na assistência em saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, desenvolvendo as competências necessárias para que o egresso exerça uma assistência à saúde com segurança.

## 1.2 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, orientado por revisão documental e pelo conteúdo e atividades do curso *“Especialização em Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias”* - MedPUC<sup>1</sup>, inserindo-se, portanto, nos campos das ciências da saúde e da educação.

O documento que serviu de referencial para a intervenção foi a obra *“Proposta Para uma Graduação Médica Contemporânea-Modelo PUC-Rio”*, cuja grade curricular parte de premissas que se constituem na base para a aplicação de uma metodologia transformadora para a graduação em medicina, conforme pode ser apreciado, em seu capítulo introdutório (ARANHA, 2011, p. 28):

“[...] Os cursos de Medicina das universidades contemporâneas devem cumprir a mesma função da escola fundada por Dom João, a de instituições de ensino e de formação de profissionais de defesa da melhoria da vida presente e de construção dos alicerces para um futuro melhor. Não basta serem centros de pesquisa científica, de descoberta e de desenvolvimento de novas soluções para os problemas de saúde. Assim sendo, o MedPUC surge com a proposta de promover a aproximação da PUC-Rio com a comunidade e propor as melhorias necessárias ao sistema de saúde vigente. Uma instituição científica e humanista, comprometida com o conhecimento e com o ser humano, com a sociedade e o bem-estar. Uma instituição dedicada à promoção da saúde, no sentido lato.”

---

<sup>1</sup> Curso ministrado pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - PUC-Rio, com o objetivo de formação de docentes da área de saúde, em acordo com as diretrizes formuladas pelo MEC para profissionais mno país. (<http://www.empg.puc-rio.br/arquivos/744>), acessado, em 08, abril, 2015.

Partindo-se do modelo pedagógico proposto na publicação supracitada e por orientação da coordenação do curso, cada aluno escolheu como tema de seu trabalho de conclusão, o desenvolvimento de uma unidade pedagógica (UP), de acordo com o que mais se aproximasse de sua vivência profissional. Embora não constasse da grade curricular original, minha escolha recaiu sobre o tema “Segurança do Paciente” (SP), assunto de meu particular interesse.

Além desta obra, serviram de acervo para este trabalho as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Ministério da Educação e Cultura em suas versões 2001 (CNE, 2001) e 2014 (CNE, 2014) além de documentos científicos e normativos, relativos à SP publicados por diversas fontes, sobretudo pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Finalmente merecem destaque os trabalhos que discutem a educação de profissionais de saúde na graduação, em especial o *National Patient Safety Education Framework*<sup>2</sup>, o *Patient Safety Competencies*<sup>3</sup> e o *Patient Safety Curriculum Guide*<sup>4</sup>.

A análise documental permitiu a apreensão de novos conhecimentos, o que propiciou a elaboração de uma proposta composta por um modelo pedagógico sobre o tema Segurança do Paciente na Assistência à Saúde a ser ministrado, ao longo do primeiro e segundo ciclos do curso de graduação de medicina, adotando-se as Metodologias de Aprendizagem Ativa.

### 1.3 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de contextualizar a proposta pedagógica, faremos algumas considerações acerca das principais características que envolvem o ensino médico, sobretudo as metodologias adotadas, passando pelas exigências atuais que partem das Diretrizes Nacionais Curriculares de 2014 (DCN, 2014).

A estrutura do currículo proposto pela PUC-Rio nos servirá de guia para a formulação da proposta.

---

<sup>2</sup> Marco Australiano sobre Segurança do Paciente, publicado em 2005 pelo Conselho Australiano para a Segurança do Paciente que descreve as competências que os profissionais de saúde precisam para garantir uma assistência segura ao paciente. (AUSTRALIAN COUNCIL ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2005).

<sup>3</sup> Marco Canadense sobre Segurança do Paciente, de 2008 e elaborado pelo Instituto Canadense de Segurança do Paciente, que descreve detalhadamente as competências de segurança necessárias ao Profissional de Saúde. (FRANK, 2008 e KING, 2012)

<sup>4</sup> Guia Curricular sobre Segurança do Paciente, lançado em 2011, pela OMS e que se destina a auxiliar as escolas médicas de todo mundo a incluir a Segurança do Paciente em seus currículos regulares (WHO, 2011).

### 1.3.1 Metodologias Tradicionais de ensino

Historicamente, o ensino médico em todo o mundo, tem como ponto fundante a aprendizagem centrada no conteúdo a ser transmitido passivamente, baseado em palestras e aulas ministradas para um grande número de alunos. Trata-se de uma metodologia vertical, que corresponde a uma espécie de subordinação e respeito ao professor, figura que não apenas detém o conhecimento, mas que também determina o conteúdo a ser transmitido.

Paulo Freire se referia a esta forma de ensino como uma espécie de “Educação Bancária”, na qual os alunos são considerados metaforicamente “vasilhas vazias”, que devem ser “enchidas” pelos educadores. A esta diretriz pedagógica o educador também denominou “a cultura do silêncio” (FREIRE, 1974), fazendo alusão à uma ferramenta que ideologicamente reduz a autonomia do indivíduo por não contribuir para que o mesmo possa transformar a sua trajetória de vida e, por conseguinte, exercer plenamente a sua cidadania. Não por acaso, a primeira reforma universitária brasileira, legitimada na ditadura militar, pela Lei nº 5540/1968 (LIRA, 2009), consolidou uma estrutura departamental, dividindo o curso médico em duas partes (ciclo básico e ciclo profissional). Com estas e outras medidas, a universidade, que até então operava com questões relativas ao pensamento reflexivo e acadêmico, transformou-se numa “organização funcional”, termo cunhado por Marilena Chaui, para explicar que diante destas reformas, o ambiente universitário passou a servir à ideologia política recém-implantada, que se baseava na produtividade e formação de mão-de-obra, para fazer frente à necessidade daquele momento político que o país vivia (CHAUÍ, 2015).

Para além das questões ideológicas, no campo pedagógico, citam-se entre os maiores problemas deste método, a falta de integração entre as disciplinas e a excessiva autonomia do professor, diante do conteúdo de sua matéria. A consequência é a pulverização de atividades pedagógicas pela falta de um fio condutor de aprendizagem a ser alcançada que lhes ofereça uma lógica. O exemplo típico é a sequência de aulas sem qualquer preocupação de alinhamento temático e muito menos integração de assuntos. Ademais, é uma metodologia que se mostra anacrônica, uma vez que desconhece as principais demandas das novas gerações, como por exemplo, o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação, cuja necessidade no contexto educacional nos dias de hoje, é inegável.

O precursor do modelo tradicional na graduação médica foi Abraham Flexner, um polêmico educador alemão, que erradicado nos Estados Unidos da

América (EUA), publicou o célebre “Relatório Flexner” (FLEXNER, 1910). Este documento foi responsável por uma profunda reforma no ensino médico dos EUA e do Canadá, no início do século XX, dando origem ao chamado “*modelo Flexniano de Ensino Médico*”. Após visitar 155 escolas de medicina destes países, por cerca de seis meses, Flexner concluiu que o processo de graduação do médico deveria focalizar a eficiência técnica, ser desenvolvido apenas em meio universitário (o que não era uma regra), sistematizado em disciplinas independentes e baseado em métodos comprovados por trabalhos científicos especializados. É necessário explicar que naquela ocasião a situação das escolas médicas naqueles países era caótica, predominando os interesses mercantilistas, mediocridade científica e empirismo (COOKE, 2006). Alguns estudiosos afirmam que as ideias de Flexner não passavam de compilações de tendências que estavam surgindo à época na Alemanha e em algumas universidades dos EUA (KEMP, 2004). Contudo, com extraordinária força, este relatório motivou o fechamento de inúmeras escolas e deu início a um novo modelo de educação médica, que permanece vigente, em grande parte do mundo (PAGLIOSA, 2008). As ideias de Flexner influenciaram profundamente os currículos das Universidades de Harvard, Michigan, Pensilvânia e, sobretudo da Universidade Johns Hopkins, que passaram a adotá-las, iniciando-se uma era de grande fomento a publicações de trabalhos científicos (PAGLIOSA, 2008). No entanto, quinze anos mais tarde, o próprio Flexner (1925 *apud* COOKE, 2006, p. 1.343). reconheceu que a graduação médica centrada na doença e baseada em disciplinas compartmentadas privilegiou os aspectos científicos em detrimento dos aspectos social e humanista: “[...] *a medicina científica na América-jovem, vigorosa e positivista - é hoje tristemente deficiente de ‘base’ cultural e filosófica*”

Esta metodologia pedagógica sofreu um grande abalo, em todo o mundo na década de 1980, por ocasião da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá e organizada pela OMS, cujo tema principal foi “Saúde Pública dos Países Industrializados”. Este importante evento, deu origem a uma carta de intenções dos países signatários, a célebre “Carta de Ottawa”, que apontava os fatores contribuintes para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000”. Entre estes fatores, destacamos a formação de profissionais de saúde com perfis apropriados para a prestação de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação (WHO, 1986).

Simultaneamente (1986), no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), presidida pelo presidente da Fiocruz, o sanitarista Sérgio Arouca, se consagrou como um dos maiores marcos históricos da saúde brasileira, já que



seu relatório serviu de subsídio para a promulgação da Constituição Cidadã de 1988 (CF/88) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Importante citar o Artigo 200, Inciso III da CF/88 que determina que é atribuição do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (PAIVA, 2014).

Neste contexto, surgem as primeiras escolas médicas brasileiras com ensino baseado em solução de problemas, tendo como incentivo o Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde)<sup>5</sup>. Contudo, em nosso meio, ainda prevalece a metodologia tradicional, ao que Marilena Chaui denomina “Universidade Operacional”, ou seja, uma entidade que não se encontra mais a serviço do ensino ou das questões acadêmicas, mas que se ocupa, quase que exclusivamente, da produção de publicações (CHAUÍ, 2015).

### 1.3.2 Metodologias de Aprendizagem Ativa

Diferente do modelo tradicional, a Metodologia de Aprendizagem Ativa (MAA) se caracteriza pelo construtivismo, concepção pedagógica centrada no aluno que aprende a aprender, através da mediação de conhecimento e se torna protagonista do seu próprio aprendizado. É uma metodologia baseada na Aprendizagem Significativa, que corresponde ao saber que é adquirido à medida que o aluno atribui significado ao que já conhecia ou vivenciou. O conceito de Aprendizagem Significativa foi criado por Ausubel (1976), que identificou no conhecimento prévio de cada aluno (sua estrutura cognitiva) a variante que isoladamente, mais interfere com a sua aprendizagem. No Brasil, Paulo Freire também ressaltou o conhecimento trazido pelos alunos, reconhecendo ser um considerável elemento motriz para a incorporação de novos saberes (FREIRE, 1974). Em suma, enquanto a aprendizagem tradicional se ocupa com “o *quê*” deve ser transmitido e é dependente do método de repetição e memorização dos alunos, a aprendizagem significativa se preocupa com o “*como*” o aluno vai adquirir o conhecimento e acredita que se aprende fazendo.

Por este motivo, a aprendizagem ativa desenvolve não apenas o conhecimento, mas também as habilidades (destrezas) e as atitudes (comportamentos)

---

<sup>5</sup> UNI: *Uma Nova Iniciativa na formação dos profissionais de saúde* é um programa que se baseia na parceria de três componentes: a academia, os serviços públicos de saúde e a comunidade, com vistas à formação de profissionais com visão generalista e humanista. Está presente em vários locais da América Latina e conta com recursos e assessoria técnica da Fundação W. K. Kellogg, dos Estados Unidos. No Brasil, as pioneiras deste programa foram a FAMEMA (Faculdade de Medicina de Marília), escolhida, em 1992 e a UEL (Universidade Estadual de Londrina).

e incentivam a prática precoce, reduzindo o abismo entre a graduação e o trabalho a ser exercido pelo futuro profissional. Consideram ainda, que a velocidade de mudança do conhecimento e de tecnologias na área da saúde exige que o futuro profissional se torne autônomo de sua aprendizagem que o acompanhará na sua vida profissional.

Estas metodologias trazem em comum, conceitos cognitivos que defendem que um dos principais fatores que impulsionam o desenvolvimento da aprendizagem do aluno é marcado pelo desafio para resolver um problema. Trabalhos de Piaget (1940) e Vygotsky (1932) deram importantes contribuições para a compreensão destes processos. Piaget, com a teoria de que o ensino deve provocar um desequilíbrio cognitivo para o alcance do desenvolvimento e Vygotsky, que argumentava que o desenvolvimento cognitivo se dá, por meio de sua interação com outros indivíduos e com o meio social (MOREIRA, 1982).

Sob o ponto de vista pedagógico, as técnicas e atividades adotadas pelas MAA atuam, despertando a curiosidade e a criatividade, à medida que os estudantes trazem novos enfoques para os problemas propostos. Estes elementos servem de base para novas discussões, o que estimula o comprometimento do aluno e a sensação de que são de alguma forma, proprietários do tema.

Uma relevante diretiva é dada por um provérbio chinês, ampliado por Silberman, 1996 (*apud* BARBOSA, 2013) reflete os princípios da MAA:

- O que eu **ouço**, eu **esqueço**;
- O que eu **ouço e vejo**, eu me **lembro**;
- O que eu **ouço, vejo, pergunto e discuto**, eu **começo a compreender**;
- O que eu **ouço, vejo, pergunto, discuto e faço**, eu **aprendo, desenvolvendo conhecimento e habilidade**;
- O que eu **ensino para alguém**, eu **domino com maestria**.

Essa perspectiva de ensino-aprendizagem exige alterações profundas no modelo pedagógico a ser adotado pela escola, sobretudo no que diz respeito ao currículo, que não terá como objeto principal as disciplinas, mas sim as competências, sendo então denominado “**Currículo por Competências**”, entendendo-se por competência, a capacidade de solucionar situações complexas que exijam, conhecimentos, habilidades, experiência e atitudes de diversas naturezas.

Existem inúmeros métodos de aprendizagem ativa, cujas atividades se assemelham em sua essência. Estas, habitualmente desencadeiam aprendizagens simultâneas de diversas naturezas, como busca de informações, análise de dados, poder de síntese, tomada de decisão, análise crítica e reflexiva, capacidade de argumentação, entre outras habilidades. Desenvolvem, ainda, atitudes e

comportamentos essenciais ao exercício da profissão, como tolerância, respeito às ideias diferentes das suas e autoestima. Caracteristicamente, as MAA se utilizam de múltiplos métodos de ensino-aprendizagem, entre os quais, destacamos aqueles que visam despertar a análise crítica, a criatividade e o autodesenvolvimento do discente. Trata-se do Mapa Conceitual, que é um recurso esquemático utilizado para representar um conjunto de significados conceituais, e o Portfólio, instrumento pedagógico que demonstra e analisa a trajetória percorrida para a construção de um determinado conhecimento. São, portanto, ferramentas que se prestam ao ensino e também à avaliação do aluno (MOREIRA, 1982).

Outro grupo que se destaca na área da saúde, corresponde às chamadas Atividades de Grupo, que se baseiam nas seguintes premissas: (1) *Aprendizagem Cooperativa*: O trabalho em equipe implica em múltiplas visões para o mesmo problema, gerando discordâncias, que promovem questionamentos, críticas, debates e aprofundamento sobre o tema; (2) *Formação de Novos Conceitos*: Corresponde à fase em que o conhecimento prévio do discente é processado diante de novos elementos, representando uma forma de consolidação do que já sabia e, (3) *Metacognição*: Refere-se à reflexão sobre a própria aprendizagem, seguida de auto avaliação de desempenho. Geralmente a técnica é aplicada com a troca de informações entre os membros do grupo, que se utilizam exclusivamente de seus conhecimentos prévios. Posteriormente há uma fase de estudo individual e finalmente nova troca de informações, agora já com os novos conhecimentos.

Esta técnica é composta por diversas modalidades de ensino-aprendizagem, como a Aprendizagem Baseada em Problema (ABP ou *PBL - Problem Based Learning*), em Caso ABCa ou *CBL - Case Based Learning*), em Projeto (ABPr ou *PrBL - Project Based Learning*), em Equipe (ABE ou *TBL - Team Based Learning*), em Perguntas Guiadas (*POGIL- Process Oriented Guided Inquiry Learning*) e a Problematização (PBZ).

Diferente das demais metodologias, que podem ser utilizadas em qualquer estrutura curricular, a ABP, mais do que uma metodologia pedagógica é uma abordagem instrucional, ou seja, uma metodologia que dá estrutura ao projeto político-pedagógico da instituição. Baseia-se na proposição de um problema que se presta à seleção dos conteúdos pedagógicos, através de módulos temáticos integrados.

O Quadro 1 mostra, de forma esquemática, esse grupo de metodologias / atividades pedagógicas e suas principais características.

Quadro 1 - Métodos de Aprendizagem Colaborativa utilizadas no ensino médico. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.

ITENS	APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMA (PBL)	PROBLEMATIZAÇÃO (PBZ)	APRENDIZAGEM BASEADA EM CASO (ABCa)
<b>Composição</b>	Grupos de 8 a 10 alunos para 1 tutor.	Grupos de 8 a 10 alunos para 1 tutor.	Grupos de 8 a 10 alunos para 1 tutor.
<b>Duração</b>	Geralmente 1 a 2 semanas/tema com 1 a 2 sessões tutoriais por semana.	Desde algumas horas até 2 a 3 dias, dependendo do tema.	Duas ou mais sessões de aula.
<b>Tutor</b>	Deve conhecer o tema, mas não precisa ser especialista. Deve garantir a participação de todos.	Deve conhecer o tema, mas não precisa ser especialista. Deve garantir a participação de todos.	Deve conhecer o tema, mas não precisa ser especialista. Deve garantir a participação de todos.
<b>Alunos</b>	Coordenador (rodízio) Secretário (rodízio) Participantes	Organização própria, com divisão de tarefas.	Organização própria, com divisão de tarefas.
<b>Problema</b>	Elaborado pela Comissão de Elaboração de Problemas (currículo integrado).	Um problema REAL, observado por um trabalho de campo ou narrativa.	Casos pouco estruturados ou meta-casos. Grande variedade de tipos.
<b>Dinâmica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Início (entendimento inicial do problema proposto);</li> <li>2. Geração de ideias (listar soluções iniciais baseadas no que já se sabe);</li> <li>3. Análise (decompor o problema e identificar as partes);</li> <li>4. Elaboração de questões (para orientar a investigação);</li> <li>5. Definição de objetivos (o que se espera aprender com esse trabalho);</li> <li>6. Estudo (individual e em grupo);</li> <li>7. Síntese e avaliação (estabelecer os resultados obtidos).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observação da Realidade - dificuldades, carências, discrepâncias;</li> <li>2. Pontos Chave: os alunos deverão refletir sobre os determinantes e as causas do problema;</li> <li>3. Teorização - transformação dos pontos observados em problemas (problematização);</li> <li>4. Hipóteses de Solução: Os alunos formulam soluções;</li> <li>5. Aplicação à Realidade. As decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análise de Fatos - aspectos e categorias que compõem a situação;</li> <li>2. Síntese dos problemas e sua classificação;</li> <li>3. Análise das possíveis soluções; o estudante faz proposições para mudança da situação apresentada;</li> <li>4. Síntese da decisão; estudante justifica suas proposições mediante aplicação dos elementos;</li> <li>5. Formulação de Plano de Ação.</li> </ol>

*Continua*

Continuação do Quadro 1

ITENS	APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETO (ABPr)	APRENDIZAGEM BASEADA EM PERGUNTAS GUIADAS (POGIL)	APRENDIZAGEM BASEADA EM EQUIPE (TBL)
<b>Composição</b>	Grupos de 4 a 6 alunos por tutor	Grupos de 5 a 6 alunos por tutor	Grupos de 8 a 10 alunos por tutor
<b>Duração</b>	Entre 2 a 4 meses	Desde 1 aula a 1 ou 2 meses.	Geralmente 1 a 2 semanas/tema com 1 a 2 sessões tutoriais por semana.
<b>Tutor</b>	Deve conhecer o tema, mas não precisa ser especialista. Deve garantir a participação de todos.	Deve conhecer o tema, mas não precisa ser especialista. Deve garantir a participação de todos.	Preferencialmente deve ser um especialista no tema.
<b>Alunos</b>	Organização própria, com divisão de tarefas.	Coordenador (rodízio) Secretário (rodízio) Participantes	Coordenador (rodízio) Secretário (rodízio) Participante
<b>Problema</b>	Projetos de natureza Explicativa, Construtiva ou Investigativa. Tema negociado com o aluno.	Estudo de caso, simulação, experiência de laboratório, etc.	Tema pactuado com o aluno.
<b>Dinâmica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Desenvolvimento da ideia do projeto;</li> <li>Decisão do escopo do projeto – Definição de dados a serem coletados e dos procedimentos de investigação;</li> <li>Seleção dos padrões, incorporação dos resultados simultâneos - Definição da análise dos dados. Interpretação /validação das suposições;</li> <li>Desenvolvimento, a partir da formulação do projeto - Síntese e apresentação dos resultados;</li> <li>Criação do ambiente ideal de trabalho.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Orientação: leitura das questões/problema e de referências como tabela, gráfico, desenho, etc.</li> <li>Exploração: Leitura e respostas individuais às perguntas feitas pelo tutor (perguntas de pensamento crítico);</li> <li>Formação de conceitos: alunos respondem às perguntas, em grupo</li> <li>Aplicação dos conceitos: cada aluno responde individualmente às questões nas fichas por escrito e no tempo estipulado;</li> <li>Fechamento: as fichas são devolvidas ao aluno, com as correções, para que sejam reanalisados os conceitos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Preparação Individual (atividades, experimentos e/ou leituras recomendadas pelo tutor);</li> <li>Garantia do preparo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Prova Individual – 10 a 20 questões ligadas à preparação anterior.</li> <li>Prova em Equipe: Idêntica à anterior, discutida pelas equipes;</li> <li>Apelação: os grupos argumentam sobre as respostas errada;</li> <li><i>Feedback</i> do Professor Todas as respostas dos grupos são debatidas em plenária;</li> </ul> </li> <li>Aplicação dos conceitos: O professor apresenta casos ou questões complexas e desafiadoras visando a aplicação dos conhecimentos e conceitos adquiridos.</li> </ol>

Fonte: Marra, 2015. Baseado em BERBEL, 1998, BARBOSA, 2013, COLOMBO, 2007, BOLLELA, 2014.

As MAA se utilizam de atividades que motivam os alunos para a construção do saber, através de atividades que exploram o seu conhecimento prévio, ao mesmo tempo em que desenvolvem habilidades e atitudes que ultrapassam o simples conhecimento. Preocupam-se com a formação de valores e atitudes considerados essenciais, como empreendedorismo, flexibilidade, autoconfiança, comunicação, entre outras. Contudo, é importante notar que existem fatores decisivos para o seu êxito ou o fracasso pedagógico. O primeiro, e mais importante, é a necessidade imperiosa de que os alunos, os protagonistas do processo, compreendam e estejam dispostos a utilizá-las. Outro fator, diz respeito ao professor, que deve selecionar atividades motivadoras e adequadas para cada objetivo pedagógico, explicar claramente a finalidade da atividade, criar situações de debate, avaliar os progressos da aprendizagem individual, em intervalos regulares e, sobretudo estar preparado para inesperadas mudanças de rumo, a qualquer momento do processo de ensino (BARBOSA, 2013).

A avaliação do estudante de medicina deve ser feita sistematicamente, fornecendo informações não só quanto ao conhecimento adquirido mas também quanto à aquisição de habilidades (se sabe fazer) e atitudes (se efetivamente faz). A metodologia significativa leva em consideração que os alunos aprendem diferentemente porque têm histórias de vida e realidades diferentes, por isso, leva em conta algumas premissas, como descritas a seguir (MOREIRA, 1982).

**Quando avaliar?** Existem três momentos em que a avaliação deve ser realizada: (1) A avaliação diagnóstica, que se refere à verificação do conhecimento prévio e tem como finalidade subsidiar o professor quanto ao planejamento de recursos necessários para a construção da aprendizagem do aluno; (2) A avaliação formativa ou processual, que corresponde ao acompanhamento gradual da aprendizagem do aluno, ao longo do processo e tem por objetivo orientar o professor e o aluno quanto às deficiências na metodologia empregada e que permite eventuais mudanças de rumos, ao longo do processo. Trata-se, portanto de um *feedback* para o aluno e para o professor, no qual os aspectos qualitativos se sobrepõem aos quantitativos. Finalmente, (3) a avaliação somativa, aquela, também chamada de terminal, pois incide no final do processo educacional e tem como finalidade a verificação do grau de desempenho atingido pelo aluno.

**O que avaliar?** Além da avaliação do desempenho dos alunos, que na língua inglesa é chamada de “*assessment*”, há também a avaliação da metodologia aplicada, chamada de “*evaluation*”. Como a língua portuguesa não dispõe desta diferenciação, ao nos referirmos à avaliação faremos a devida distinção entre essas duas categorias.

**Como avaliar?** Existem vários instrumentos de avaliação, no entanto deve-se escolher aquele mais adequado para o que se pretende avaliar, o que é considerada a validade do instrumento. Outra característica importante é a sua fidedignidade, que corresponde à acurácia do instrumento de avaliação. Finalmente, deve-se observar se a sua aplicação é viável e aceita por todos os interessados no processo, sobretudo os alunos (WHO, 2011).

Os instrumentos mais frequentemente adotados para a avaliação do conhecimento são (1) a Auto Avaliação; (2) a Observação; (3) as Provas (escrita, oral e dissertativa); (4) o Portfólio e (5) o Mapa Conceitual. Os que melhor avaliam a aquisição de habilidades e atitudes são de natureza observacional e podem ser sistemáticas ou assistemáticas. Entre os instrumentos de observação assistemática, citam-se as observações ocasionais ao longo da avaliação formativa, nas quais são registrados os pontos positivos e negativos dos estudantes, sem que haja uma lista de itens previamente selecionados (observações de múltiplas fontes). Já na observação sistemática incluem critérios previamente programados a serem verificados, utilizando-se uma escala de notas ou conceitos para cada quesito (WHO, 2011).

Outras modalidades de avaliação de habilidades e atitudes incluem-se os exames de desempenho, que são realizados em diferentes estações, o denominado *OSCE (Objective Structured Clinical Examination ou Exame Clínico Objetivo Estruturado por Estações)*, no qual os alunos passam por diferentes estações, onde em cada uma são solicitados a realizar tarefas clínicas pontuais, como anamnese, exame clínico, conclusão diagnóstica, observação e laudo de raios-X, eletrocardiograma, entre outras. Por um tempo determinado, os alunos se revezam em cada uma das estações e são avaliados por um ou mais examinadores.

A outra forma é o *CPE (Clinical Practice Examination ou Exame de Desempenho Clínico)*, que se distingue da anterior, porquanto nesta, a cada estação o estudante deve avaliar casos clínicos longos e mais complexos. Podem ser usados pacientes verdadeiros, pacientes padronizados<sup>6</sup>, atores profissionais ou os próprios alunos (TRONCON, 1996).

Deve-se atentar para o fato de que as avaliações não devem afastá-los da prática clínica, como é o caso de provas tradicionais que exigem muito tempo de memorização dos alunos.

---

<sup>6</sup> Pacientes Padronizados são pacientes reais “preparados” ou “ensaiados” para servirem à avaliação de habilidades de estudantes da área da saúde.

### 1.3.3 Modelo PUC-RIO para a graduação médica

Quando a obra ‘Proposta para uma graduação médica contemporânea Modelo PUC-Rio’ (ARANHA, 2011) foi publicada, os Cursos de Medicina eram regidos pela resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001 (CNE, 2001). Apesar disso, este documento mostra extraordinária harmonia com as diretrizes atuais recém-publicadas, em 2014, sobretudo no que se refere às competências médicas, como se vê em seu capítulo II (CNE, 2014):

*[...] a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).*

A este propósito, cabe citar que o resultado de uma atividade realizada por nós (alunos), durante o Curso de Especialização para definir as “*Competências do Profissional Médico*”, mostrou notável semelhança com as propostas do modelo PUC-Rio e as DCN atuais. O Quadro 2 foi elaborado pela autora e pretende mostrar a correlação entre as competências do médico, segundo o modelo PUC-Rio (ARANHA, 2011), o trabalho dos alunos do curso MedPUC (MARRA, 2014) e as Diretrizes Curriculares vigentes (DCN, 2014). Neste trabalho optamos por adotar a nomenclatura utilizada pelos alunos do curso MedPUC.

Quadro 2 - Competências do médico, segundo o Modelo PUC-RIO e atividades do Curso MedPUC, correlacionadas com a DCN-2014, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015

COMPETÊNCIAS DA ÁREA MÉDICA DCN - 2014 (*)	Modelo PUC-Rio Perfil do Egresso (**)	Curso MedPUC Competências (***)
<b>Atenção à Saúde</b> Atenção às Necessidades Individuais de Saúde; Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva.	Perito médico Defensor da saúde Comunicador Profissional	Técnica Cuidadora Comunicadora Ética
<b>Gestão em Saúde</b> Organização do Trabalho em Saúde; Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.	Gestor Colaborador Profissional	Gestora Colaboradora Ética
<b>Educação em Saúde</b> Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva; Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento; Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.	Estudioso Profissional	Estudiosa Ética

Fonte: Marra, 2015. Baseado em: DCN, 2014\*; ARANHA, 2011\*\* e MARRA, 2014\*\*\*.



## 2.

## UMA PROPOSTA DE MODELO PEDAGÓGICO DO TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE NA GRADUAÇÃO MÉDICA

### 2.1

### SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO

Ninguém duvida que o profissional de saúde seja tão capaz quanto maior for sua experiência prática, o que equivale dizer que precisa se exercitar para aperfeiçoar o seu ofício. Por outro lado, num cenário real, é indiscutível a prioridade do direito do paciente à segurança em detrimento do ensino ou da capacitação do profissional. Em outras palavras, os pacientes preferem ser operados pelo cirurgião mais experiente do hospital e não por um novato que está se aperfeiçoando. Este é o pano de fundo que permeia o treinamento, a supervisão e a autonomia de estudantes, novatos e estagiários da saúde.

Os meios acadêmicos e os hospitais com suas supervisões devem se ocupar, portanto, de proporcionar uma forma de ensino que não implique na aprendizagem com os próprios erros. Diante dessa premissa, que nos parece tão lógica quanto desafiadora, inclui-se a inserção do tema Segurança do Paciente na formação e na capacitação de profissionais de saúde.

Nesse contexto, Segurança do Paciente é a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável. Segundo a OMS, corresponde à prevenção de erros e eventos adversos (EA) associados aos cuidados de saúde (WHO, 2006).

Em 2000, o emblemático relatório *“To err is human: Building a safer Health System”*, (KOHN, 2000), publicado pelo *Institute of Medicine dos Estados Unidos* (IOM) mostrou que ocorre um inaceitável número de erros evitáveis cometidos por prestadores de cuidado à saúde. Muitas pesquisas internacionais revelaram que este número varia entre 2,9% a alarmantes 16,6% (BRENNAN, 1991; WILSON, 1995; VINCENT, 2001; DAVIS, 2002 e 2003). No Brasil, o trabalho de Mendes (MENDES, 2009) mostrou que 7,6% dos pacientes internados em hospitais do Estado do Rio de Janeiro são vítimas de algum de tipo de Evento Adverso e que destes, 66,7% poderiam ter sido evitados.

Diante de tanta repercussão, a Organização Mundial da Saúde lançou, em 2004 a **Aliança Mundial de Segurança do Paciente** (*World Alliance for Patient*

*Safety*). Desde então, vem lançando consecutivos desafios mundiais (*Global Patient Safety Challenges*), cujo objetivo é melhorar e promover uma assistência segura, em todos os continentes (WHO, 2005).

As principais causas de risco clínico para a ocorrência de eventos adversos em todo mundo foram identificadas pela *Joint Commission International*, entidade norte americana parceira da OMS, que as denominou “*Metas Internacionais de Segurança do Paciente*”, que são consideradas verdadeiras bandeiras de avanço para a melhoria de processos e de segurança na assistência. São elas: (1) identificar corretamente o paciente (2) melhorar a eficácia da comunicação (3) melhorar a segurança para medicações de alta vigilância e de alerta alto (4) garantir o local correto, o procedimento e a cirurgia corretos no paciente correto (5) reduzir o risco de infecções associadas à assistência à saúde (6) reduzir o risco de danos resultantes de quedas, aos pacientes (JCI/CBA, 2015).

O Brasil é um dos países signatários das diretrizes da OMS, e desde 2009 vem promovendo diversas ações relativas ao tema, culminando com o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013a, 2013b). Este importante programa deu origem a várias iniciativas, incluindo a aprovação de Seis Protocolos Clínicos pelas Portarias MS nº 1.377 de 09/07/2013 (BRASIL, 2013c) e nº 2.095, de 24/09/2013 (BRASIL, 2013d, 2013e), respectivamente: (1) Protocolos de Cirurgia Segura, (2) Prática de Higiene das mãos, (3) Úlcera por Pressão, (4) Prevenção de Quedas; (5) Identificação do Paciente e (6) Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Todos podem ser encontrados na página da Anvisa/MS <sup>7</sup>.

Semelhante às treze áreas de atuação identificadas pela OMS para a Segurança Mundial do Paciente, o PNSP (BRASIL, 2014) também dispõe de várias frentes e diversos atores para a sua execução, que é coordenada pelo Ministério da Saúde e se compõe de quatro principais eixos de atuação: Eixo 1 - Estímulo a uma prática assistencial segura; Eixo 2 - Envolvimento do paciente na sua segurança; Eixo 3 - Inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino; Eixo 4 - Incremento de pesquisa sobre o tema Segurança do Paciente.

Os eixos 3 e 4, que correspondem à área de atuação 11 da OMS (WHO, 2016), apresentam uma perspectiva não apenas de curto prazo que se configura na capacitação e treinamento de profissionais, mas inclui a educação do tema na graduação e pós-graduação, tendo como visão a promoção da cultura de segurança para as futuras gerações de profissionais de saúde.

<sup>7</sup> <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>, acessada em abril de 2015.

O incentivo à pesquisa, com foco na investigação em SP também se encontra em consonância com as diretrizes da OMS e elenca cinco componentes prioritários: 1) medir o dano; 2) compreender as causas; 3) identificar as soluções; 4) avaliar o impacto e 5) transpor a evidência em cuidados mais seguros.

Identificando que a inclusão do tema nos currículos tem sofrido resistência por parte das universidades a OMS lançou, em 2011 o ***Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools***, (WHO, 2011) um guia para auxiliar as entidades de ensino sobre o tema, com o objetivo de preparar os estudantes, futuros profissionais de saúde, para uma prática segura em seus locais de trabalho; informar às faculdades de ciências da saúde os temas principais de SP; maximizar a importância do assunto para todas as carreiras médicas; sugerir um programa integrado ao currículo regular das universidades; fomentar a capacitação de formadores em SP entre os docentes das faculdades; ampliar os conhecimentos sobre SP e motivar a elaboração de pesquisas acadêmicas sobre o tema.

Interessante é salientar que o termo “Segurança do Paciente” não é citado especificamente pela DCN, 2014 (BRASIL, 2014b) ou pelo trabalho que estrutura o curso de graduação de medicina da PUC-Rio (ARANHA, 2011). Contudo, a leitura desses documentos não deixa dúvida de que os elementos que norteiam a educação sobre o tema encontram-se destacados em diversos trechos.

A despeito de sua inegável relevância, a inserção de assuntos de qualidade em saúde e Segurança do Paciente nos currículos universitários tem sido negligenciada pelas esferas de ensino superior, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Abordar um assunto que se originou fora dos meios acadêmicos e o desconhecimento de educadores sobre o tema podem explicar esta resistência. No entanto, não há polêmica quanto ao fato de que todo profissional de saúde deva exercer a profissão seguindo os princípios da SP. Mas se é assim, quando, onde e como desenvolvê-los?

### 2.1.1

#### Quando e onde estudar Segurança do Paciente

O *Lucian Leape Institute*, entidade que integra a Fundação Nacional de Segurança do Paciente de Boston (LUCIAN LEAPE INSTITUTE, 2010) publicou, doze recomendações para melhorar a educação em SP. Este renomado instituto chegou a recomendar que o processo de seleção para a admissão à graduação de medicina incluísse os conceitos de SP. Recomendou que as universidades priorizem a aprendizagem do tema desde o primeiro dia de aula e o mantenha ao longo de toda a graduação. Ressalta a importância de se compreender que a

educação para a SP é muito mais do que a absorção de conteúdos, mas que requer especial atenção à aquisição de competências específicas para que atitudes e comportamentos se tornem perenes na vida do profissional.

Watcher (2013), em seu livro “Compreendendo a Segurança do Paciente” defende a sua inclusão obrigatória nos currículos de graduação de todas as áreas de saúde e chama atenção para o que denomina de “currículo oculto” que os estudantes vão se deparar em alguns de seus estágios e que corresponde à falta da cultura de segurança, que hoje, ainda predomina.

De acordo com a OMS (WHO, 2011) e o Marco Australiano para a Educação em Segurança do Paciente (AUSTRALIAN PATIENT SAFETY EDUCATION FRAMEWORK, 2011), a aprendizagem deve se iniciar o mais precocemente possível, e seguir não só a graduação, mas também toda a trajetória profissional, por meio de capacitações e atualizações permanentes dos profissionais.

Em nosso meio, destacam-se dois trabalhos que estudaram a inclusão do tema SP em currículos, ambos com modelos tradicionais de aprendizagem.

Bohomol (2015) analisou o projeto pedagógico da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, usando como referencial teórico o *Multi-Professional Patient Safety Curriculum Guide*, da OMS. Das 65 Unidades Pedagógicas curriculares, 40 lidavam, de alguma forma, com tópicos de SP. Contudo, segundo as autoras, por se tratar de um movimento recente, o ensino sobre SP baseado em estruturas tradicionais de ensino é dado de forma fragmentada e pouco valorizado, já que se confronta com o desenvolvimento de habilidades clínicas, como diagnóstico e tratamento da doença.

Outro trabalho, realizado com alunos de medicina da Universidade de São Paulo (DAUD-GALLOTTI, 2011), avaliou, através de OSCE, o desenvolvimento de competências. Gallotti mostrou que o desempenho dos estudantes de Medicina que tiveram o tema SP incluído no internato, em metodologia tradicional de aprendizagem foi significativamente mais baixo do que no domínio adquirido sobre a relação médico-paciente, por exemplo.

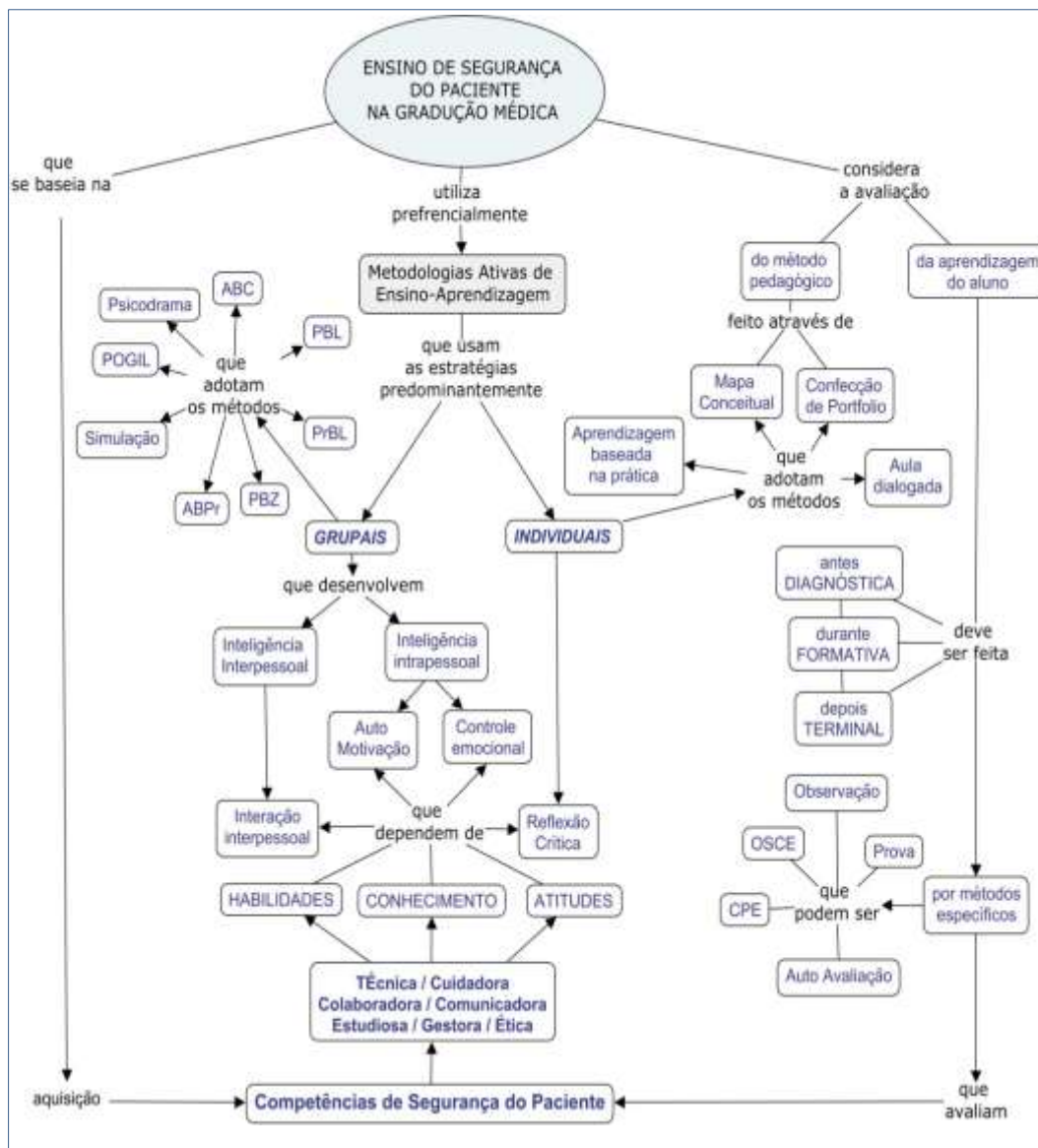
### 2.1.2

#### **Como desenvolver o tema Segurança do Paciente**

A análise dos trabalhos até agora descritos nos permitiu construir a argumentação de que é imprescindível que os futuros profissionais de saúde aprendam SP durante a fase de graduação, antes que adquiram a “outra cultura” referida por Watcher (2013) para que desenvolvam atitudes seguras que previnem o erro na assistência.

A figura 1 mostra o mapa conceitual que parte da pergunta “Quais são as bases para o planejamento do tema SP no currículo de graduação de Medicina?”

Figura 1 - Mapa Conceitual sobre o planejamento do tema Segurança do Paciente, no currículo de graduação de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.



Fonte: Marra, 2015.

A esta altura, julgamos necessário assinalar que o guia da OMS se limita a sugerir a inclusão de temas de Segurança do Paciente às diferentes matérias de currículos regulares, previamente elaborados, adaptando-os às disciplinas habituais, sugerindo diferentes atividades, dependendo do tipo de metodologia curricular de cada universidade. No entanto, este trabalho opera com a possibilidade da criação de um currículo inédito e se propõe a adotar metodologias de aprendizagem ativa, não só para o tema (conforme recomenda a OMS), mas para

todo o curso de graduação. Trata-se, portanto de uma oportunidade única para o alcance da construção sólida de conceitos e princípios de SP.

Essas explicações nos parecem essenciais para que se compreenda que o modelo aqui proposto apresenta uma estrutura curricular inédita, porém alicerçada nas recomendações do Guia Curricular da OMS (WHO, 2011).

O referido guia recomenda que o tema seja identificado pelo aluno, ainda que abordado por uma disciplina ou módulo não específico. Entretanto, faz um alerta para que haja um equilíbrio entre a integração e a introdução do novo conhecimento com o objetivo de garantir uma coordenação eficaz e ainda, para que o tema tenha sua identidade preservada.

Diante disso, argumentamos que o assunto seja estruturado como um **Eixo Temático Longitudinal, aqui denominado “Eixo Temático Segurança do Paciente” (ET-SP)**, que terá dupla função; (1) fornecer um fio condutor aos diferentes módulos, o que será feito pelo **Eixo Integrador**, que diz respeito às competências comuns a qualquer modalidade de assistência; e (2) fornecer uma identidade própria à matéria, como preconizado pela OMS (WHO, 2011), o que será feito pelo **Eixo Específico**, que corresponde à estruturação de temas sobre a matéria. O ET-SP terá início no primeiro ciclo, aprofundando-se gradativamente, até o terceiro ciclo. Esta configuração estratégica se justifica pela enorme abrangência do tema e por sua onipresença no trabalho do médico e de qualquer profissional de saúde, ao longo de toda a vida profissional.

Para a elaboração da estrutura do currículo por competências seguimos as cinco etapas sugeridas por Santos (SANTOS, 2011), que são:

***Etapas 1 - Elaboração de Matriz de Competências de Segurança do Profissional de Saúde:*** Iniciamos por listar os domínios das competências de segurança recomendadas pelo Instituto Canadense de Segurança do Paciente (FRANK, 2008). Passamos a nomeá-las, conforme a nomenclatura adotada pelo curso MedPUC. A seguir, nos baseamos no guia curricular da OMS, nos Marcos Canadense e Australiano e no Programa Nacional de Segurança do Paciente do Brasil (BRASIL, 2013a) para, finalmente, determinarmos as competências específicas de segurança.

***Etapas 2 - Determinação dos componentes ou atributos das competências de Segurança do Paciente:*** A partir das competências selecionadas, utilizando perguntas facilitadoras, construímos o Quadro 3 para a identificação dos atributos das competências, que passarão a nos servir de base para os objetivos pedagógicos ao ensino-aprendizagem do Eixo Temático.

Quadro 3 - Matriz das competências de Segurança do Paciente a serem desenvolvidas pelo egresso do curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.

COMPETÊNCIA	HABILIDADE	CONHECIMENTO	ATITUDE
PERGUNTAS FACILITADORAS	<i>O que seus estudantes de graduação têm que ser capazes de <u>fazer</u>?</i>	<i>O que seus estudantes de graduação têm que <u>saber</u>, para serem capazes de fazer o que você listou na resposta anterior?</i>	<p>1) <i>Como seus estudantes têm que <u>se comportar</u>, ao fazerem o que você listou na primeira resposta?</i></p> <p>2) <i>Quais são os valores que eles têm que <u>demonstrar</u>, ao se comportarem e fazerem o que você listou na primeira resposta?</i></p>
<b>COMPETÊNCIA TÉCNICA</b> <u>Domínio 1:</u> Contribuir para uma Cultura de Segurança do Paciente.	1. Reconhecer e responder adequadamente a situações clínicas inseguras e potenciais.	1. O que é segurança do paciente. 2. Identificação correta dos pacientes. 3. Prevenção e controle de infecção. 4. Melhorar a segurança nos processos de medicamentos. 5. Reduzir eventos adversos secundários à realização de procedimentos invasivos. 6. Evitar erros relacionados ao diagnóstico. 7. Segurança do Paciente na Atenção Primária.	1. Demonstrar o exercício de assistência à saúde, com a segurança do paciente como um valor profissional e um componente essencial da prática diária. 2. Respeitar as regras, procedimentos e normas de segurança do paciente.
<b>COMPETÊNCIA COLABORADORA</b> <u>Domínio 2:</u> Trabalhar em equipe para a Segurança do Paciente.	2. Coordenar as ações de segurança entre os membros da equipe. 3. Aplicar protocolos normatizados para garantir a compreensão compartilhada, entre a equipe.	8. O trabalho em equipe de forma efetiva e colaborativa. 9. O envolvimento de paciente e cuidadores na segurança do paciente.	3. Promover um ambiente em que a responsabilidade pelo cuidado e pelos resultados é compartilhada, de forma que cada indivíduo da equipe seja responsabilizado pela qualidade do seu trabalho.

*Continua*

Continuação do Quadro 3.

COMPETÊNCIA	HABILIDADES	CONHECIMENTOS	ATITUDES
<b>COMPETÊNCIA COMUNICADORA</b> <u><b>Domínio 3:</b></u> <i>Comunicação eficaz para a Segurança do Paciente</i>	4. Utilizar técnicas de comunicação apropriadas com a equipe, pacientes, familiares e cuidadores. 5. Fornecer comunicação honesta sobre os EA.	10. Técnicas de Comunicação eficaz com pacientes, familiares e equipe de saúde.	4. Comunicar-se com uma abordagem centrada no paciente com respeito e empatia. 5. Disposição de revelar a ocorrência de Eventos Adversos, em consonância com legislação e políticas correntes
<b>COMPETÊNCIA GESTORA</b> <u><b>Domínio 4:</b></u> <i>Gerenciar os riscos de segurança</i> <u><b>Domínio 5:</b></u> <i>Otimizar os Fatores Humanos e Ambientais</i>	6. Planejar as ações de prevenção de riscos e erros na assistência. 7. Antecipar e reconhecer os problemas no nível pessoal e organizacional. 8. Monitorar e reavaliar as falhas do sistema e armadilhas potenciais. 9. Avaliar questões de equilíbrio trabalho-vida pessoal e o desempenho profissional.	11. Influência de fatores humanos para a segurança do paciente. 12. Complexidade dos sistemas de assistência. 13. Gestão dos riscos clínicos. 14. Métodos de melhoria da qualidade para melhorar o atendimento. 15. Programa Nacional de Segurança do Paciente. 16. Gestão dos riscos não clínicos. 17. Indicadores de Segurança.	6. Agir com vigilância às diversidades, riscos e os erros na assistência, com uma atitude proativa de segurança. 7. Demonstrar vontade de participar na análise de eventos e melhoria da qualidade.
<b>COMPETÊNCIA ÉTICA</b> <u><b>Domínio 6:</b></u> <i>Reconhecer, responder e revelar os EA a pacientes e familiares</i>	10. Identificar preconceitos que influenciam a tomada de decisão. 11. Prestar cuidados e apoio aos pacientes e aos profissionais de saúde afetados pelo evento.	18. Cultura Justa. 19. Direito e segurança do paciente. 20. Legislação e políticas locais para a revelação de erros em saúde. 21. Enfrentamento de comportamentos inseguros de profissionais.	8. Respeito aos valores e direitos dos pacientes e familiares. 9. Raciocínio ético-moral na tomada de decisões, em torno de eventos adversos. 10. Compromisso com a relação profissional de saúde – paciente/familiares.

Fonte: Marra, 2015, baseado em WHO, 2011, AUSTRALIAN COUNCIL ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2005 e FRANK, 2008.



**Temas Integradores e Temas Específicos:** Entre o conhecimento a ser desenvolvido, selecionamos os, que por sua natureza, são “integradores”, ou seja, comuns a todos os módulos temáticos e os chamados temas “específicos”, que aprofundam a questão da Segurança do Paciente e que estruturam e fornecem a identidade ao eixo temático. O Quadro 4 mostra os temas integradores e específicos, distribuídos por ciclo da graduação.

Quadro 4 - Distribuição dos temas integradores e específicos sobre Segurança do Paciente, por ciclo da graduação. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.

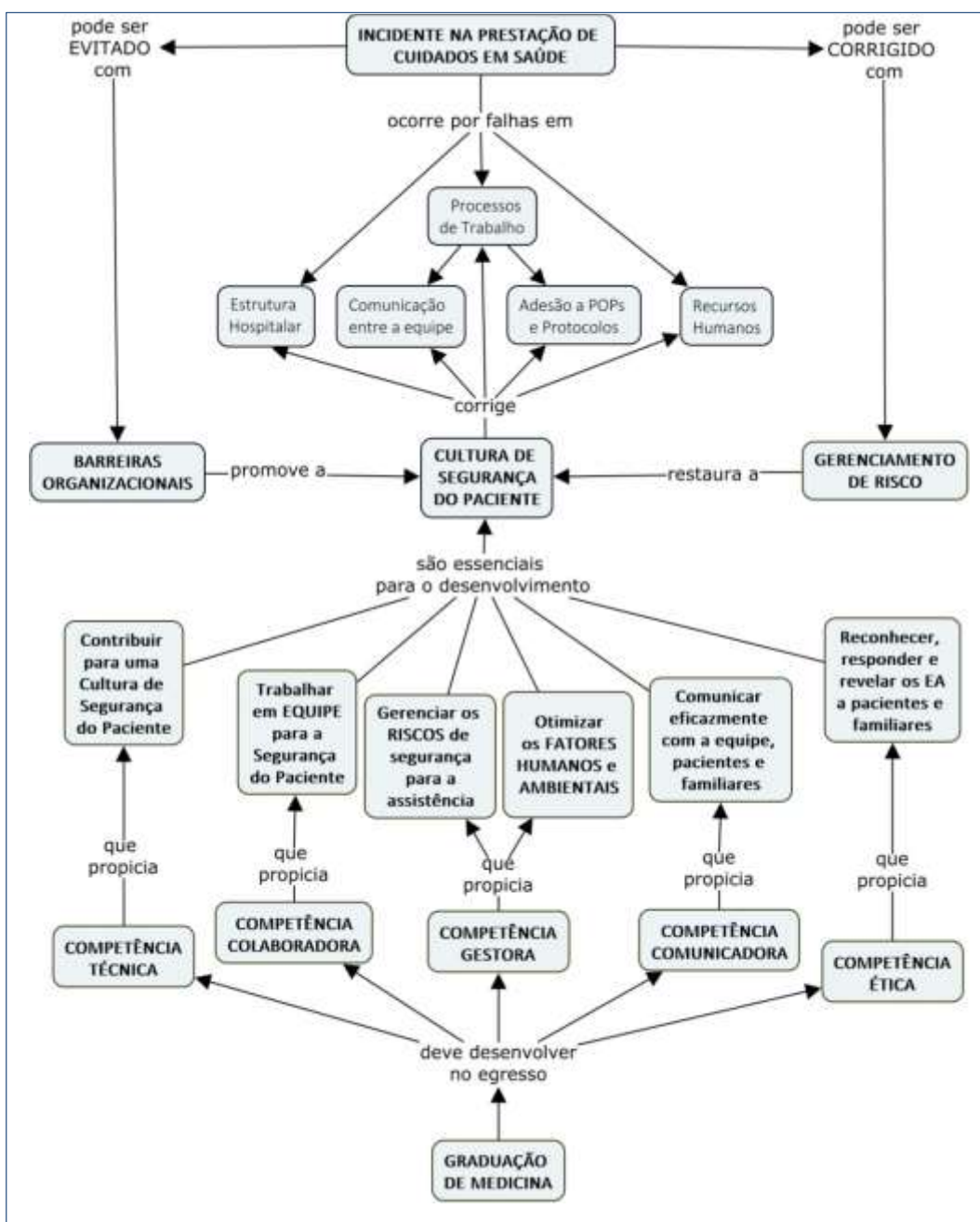
<b>Temas Específicos:</b>	<b>Ciclo</b>
O que é Segurança do Paciente.	1
Influência de fatores humanos para a Segurança do Paciente.	1
Complexidade dos sistemas de assistência.	1
Segurança do Paciente na Atenção Primária.	1
Gestão dos riscos clínicos e não clínicos.	2
Métodos de melhoria da qualidade do atendimento.	2
Programa Nacional de Segurança do Paciente.	2
Cultura de Segurança.	2
Indicadores de Segurança.	3
Cultura Justa.	3
Direito e segurança do paciente.	3
Legislação e políticas locais para a revelação de erros em saúde.	3
<b>Temas Integradores:</b>	<b>Ciclo</b>
Identificação correta dos pacientes.	1
Comunicação eficaz com pacientes, familiares e cuidadores.	1
Comunicação eficaz com a equipe de saúde.	1,2
Trabalhar em equipe de forma efetiva e colaborativa.	1,2
Evitar erros relacionados ao diagnóstico.	2
Envolver paciente e cuidadores na segurança do paciente.	2
Prevenção e controle de infecção.	2,3
Melhorar a segurança nos processos de medicamentos.	2,3
Reduzir EA secundários aos procedimentos invasivos.	3
Enfrentar comportamentos inseguros entre profissionais veteranos.	3

Fonte: Marra, 2015.

**Etapa 3 - Definição dos níveis de desempenho:** Os assuntos serão trabalhados, de acordo com a diretriz de aprofundamento gradativo, à medida que o aluno adquire as competências necessárias para a construção das subsequentes. Os objetivos serão estratificados por nível de desempenho esperado por ciclo, como veremos mais adiante.

Partindo-se das principais competências de segurança identificadas, elaboramos um mapa conceitual (Figura 2) para auxiliar na compreensão acerca das relações existentes entre os conceitos que dão sustentação à inserção do tema SP, no currículo de graduação médica, ora proposto.

Figura 2: Mapa Conceitual, elaborado pela autora: Proposta de Modelo Pedagógico sobre o tema Segurança do Paciente, na graduação médica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.



Fonte: Marra, 2015.

As 4ª e 5ª etapas dizem respeito às avaliações dos alunos e do projeto pedagógico, respectivamente e serão abordados, no subcapítulo 2.4 (Estratégias de Avaliação dos Ciclos 1 e 2).

### 2.1.3

#### **Estratégias Pedagógicas indicadas aos ciclos 1 e 2**

Algumas premissas devem ser respeitadas para o ensino-aprendizagem das competências de segurança. Além da memória, da concentração, da atenção, da percepção, da imaginação e da criatividade, que são fundamentais para o desenvolvimento cognitivo, se destaca a *contextualização*, que significa essencialmente o ato de envolver os alunos com exemplos com os quais possam se identificar. Usar *casos reais e relacionados ao entorno de onde vivem* é mais relevante do que “importar” casos de outras regiões. As principais estratégias pedagógicas e respectivas características estão descritas a seguir:

##### **AULAS EXPOSITIVAS:**

- São atividades adequadas à introdução de temas novos, como SP.
- Fornecem uma visão geral do problema e introduzem conceitos teóricos, úteis para os trabalhos de grupo que virão posteriormente.
- Devem durar, no máximo, 45 minutos, uma vez que a concentração diminui, após esse período. Portanto, devem conter de quatro a cinco pontos-chave.
- Devem ser contextualizadas e com técnicas que motivem a participação dos alunos, como por exemplo, discussão de pequenos problemas.
- Devem ter seus objetivos colocados imediatamente antes da apresentação.

##### **PALESTRAS E NARRATIVAS COM CONVIDADOS EXTERNOS:**

- São atividades dinâmicas, pois trazendo um “perito” externo”, ou seja, um engenheiro ou um piloto de avião, motivam a participação do aluno.
- As narrativas de pacientes incluídos em cada um dos tópicos de aprendizagem são projetadas para realçarem a importância da questão do ponto de vista do paciente.

##### **ATIVIDADES COM CRIAÇÃO DE UM PRODUTO:**

- Trata-se de atividades como a Aprendizagem Baseada em Projetos, Confecção de Portfólio, entre outras.
- São atividades que permitem que o aluno faça a sua própria gestão de conteúdos e acompanhe a construção do seu saber. O aluno aplica o que está aprendendo enquanto cria um produto.
- Combinam diversas competências, ao realizar tarefas complexas, relacionadas com obrigações profissionais, em contexto de trabalho. O conhecimento resulta da resolução de problemas.

### **ATIVIDADES DE GRUPO:**

- A principal característica é a participação do aluno e a interatividade com ele em relação a um determinado problema.
- Desenvolvem a capacidade de auto-regulação do ensino-aprendizagem dos alunos, levando-os a construir conhecimentos de maneira autônoma.
- Desenvolvem habilidades intelectuais superiores e estratégias cognitivas de alta complexidade.
- Desenvolvem a capacidade de comunicação, articulação e argumentação, além de aquisição de linguagem mais elaborada nas trocas e debates.
- Promovem a integração dos alunos, com o desenvolvimento de solidariedade, cortesia, cooperação, trabalho colaborativo, entre outras.

### **APRENDIZAGEM BASEADA NA PRÁTICA OU EM SIMULAÇÃO:**

- A prática é uma das formas mais eficazes de aprendizagem. Deve-se usar a aprendizagem baseada em simulação realizada em laboratórios de habilidade, com o intuito de preparar os alunos para o ambiente real de assistência, quando então, poderão aprender na prática.

### **RECURSOS INTERNACIONAIS ONLINE <sup>8</sup>:**

- Trata-se de iniciativas de entidades renomadas, como o *Institute of Health Improvement* e o *National Patient Safety Foundation*, ambos dos EUA que oferecem cursos online, em módulos ou integrais, muitos deles em português, que incentivam à publicação de artigos e à cooperação internacional, através de interação com peritos.

### **OFICINA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA DOCENTES E TUTORES:**

- É indispensável a realização de uma oficina sobre Segurança do Paciente, com a participação de professores, tutores e preceptores da universidade.
- O evento terá uma abordagem teórico-prática que visa abordar com os docentes o tema, com vistas a instrumentalizá-los para a inclusão dos conceitos de Segurança do Paciente em suas atividades pedagógicas que vão estruturar parte do Eixo Integrador de Segurança do Paciente.
- Esta recomendação se justifica por se tratar de um assunto novo para o meio acadêmico e para entrosar o corpo docente com o eixo temático, alinhando-os às suas atividades pedagógicas.

<sup>8</sup> IHI - *Institute of Health Improvement* - [www.ihl.org/ihlopenschool](http://www.ihl.org/ihlopenschool), acessado em abr. 2015.

NPSF - *National Patient Safety Foundation* - <http://www.npsf.org/?onlineec>, acessado em abr. 2015.

## 2.2

### SEGURANÇA DO PACIENTE NO CICLO 1

Espera-se que após o ciclo 1 do Eixo Temático Segurança do Paciente o egresso adquira as seguintes competências:

**Competência Técnica:** Exercer a assistência tendo a segurança do paciente como um valor profissional e um componente essencial da prática diária, com respeito às regras, procedimentos e normas de segurança do paciente, reconhecendo e respondendo, adequadamente, às situações clínicas inseguras;

**Competência Colaboradora:** Promover um ambiente em que a responsabilidade pelo cuidado e pelos resultados seja compartilhada, de forma que cada indivíduo da equipe se responsabilize pela qualidade do seu trabalho, aplicando protocolos normatizados para garantir a compreensão compartilhada, entre a equipe e com trabalho colaborativo de forma efetiva;

**Competência Comunicadora:** Comunicar-se, de maneira eficaz com pacientes, familiares e equipe de saúde, com uma abordagem centrada no paciente com respeito e empatia, utilizando técnicas de comunicação apropriada com a equipe, pacientes, familiares e cuidadores;

**Competência Gestora:** Demonstrar vigilância às diversidades, aos riscos e erros na assistência, com uma atitude proativa de segurança, avaliando as questões de equilíbrio trabalho-vida pessoal e o desempenho profissional.

O ET-SP será composto por quatro temas específicos, que têm como objetivo introduzir os conceitos fundamentais e quatro temas integradores, que visam integrar os diferentes módulos. Os temas específicos e integradores serão trabalhados simultaneamente, tendo sido estruturados de forma a refletirem o crescimento gradual da aprendizagem e aquisição de habilidades e atitudes.

O Eixo Específico será desenvolvido durante o período de 15 semanas e será dividido em vários subtemas. Cada tema terá uma aula expositiva quinzenal, introduzindo cada subtema e uma atividade de grupo, além de outro turno semanal, para atividade prática em EMBS ou em ELAP, simultaneamente e que corresponde às atividades propostas para o desenvolvimento dos temas integradores, como veremos mais adiante.

O Quadro 5 mostra a proposta de intervenção pelo ET-SP na estrutura definida no modelo PUC-Rio para o ciclo 1.

Quadro 5 - Introdução do Eixo Temático Segurança do Paciente na estrutura curricular do modelo PUC-Rio do ciclo 1. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.

Semestres (15 Semanas)	Bloco de Saúde da Pessoa (BSP)	Eixo Temático Segurança do Paciente		Problemas Integradores	Bloco de Saúde Coletiva BSC		
		Eixo Integrador	Eixo Específico		Sessões em Pequenos Grupos	Aulas Teóricas	Laboratório de Informática
1.º	Pele e Tecido Conectivo Músculo Osso	<i>Identificação correta dos paci- entes;</i>	<i>O que é segu- rança do pacien- te.</i>	Morte Trauma Beleza	Determinação social da saúde. Sustentabilidade e abordagem ecossistêmica. Racionalidades terapêuticas e práti- cas de cuidado	Definições de saúde. Normalidade e doença. Construção social da ciência.	Medidas de frequência, tendência central e dis- persão. Noções de estatística. Indicadores de saúde. Estudos ecológicos. Diagnóstico de saúde de comunidade.
2.º	Hematológico Imune Gastro intestinal	<i>Comunicação eficaz com paci- entes, familiares e cuidadores;</i>	<i>Influência de fatores humanos para a seguran- ça do paciente.</i>	Câncer Aids Obesidade	História natural das doenças e estraté- gias de prevenção. Promoção da saúde e articulação Inter- setorial.	Risco, vulnerabili- dade e proteção. Medicalização da vida.	Medidas de associação e de impacto. Risco e causalidade. Análise de dados secun- dários. Estudos transversais.
3.º	Cardio vascular Respiratório Renal / Urinário	<i>Comunicação eficaz com a equipe de saúde;</i>	<i>Complexidade dos sistemas de assistência.</i>	Hipertensão arterial Tabagismo Estresse	Demandas, acesso e utilização dos serviços. Necessidades individuais e coletivas.	Influência da mídia e da indústria far- macêutica Estresse crônico e adoecimento.	Erros aleatórios e sis- temáticos. Validade e confiabili- dade. Avaliação de testes Estudos de corte e caso controle.
4.º	Reprodutor Endócrino Nervoso Revisão	<i>Trabalhar em equipe de forma eficaz e colabo- rativa.</i>	<i>Segurança na Atenção Primá- ria.</i>	Atenção materno- infantil Diabetes Demência	Priorização de ações e planeja- mento local. Organização do acesso e da aten- ção à saúde	Ciclo de vida familiar. Desenvolvimento relações precoces. Redes sociais e comunitárias.	Avaliação de medidas de saúde pública. Epidemiologia clínica Análise crítica de evidências.

Fonte: Marra, 2015, com base em ARANHA, 2011.

### 2.2.1

#### **Temas específicos sobre Segurança do Paciente no ciclo 1<sup>9</sup>**

***Tema 1: O que é Segurança do Paciente - 1º Semestre - 15 semanas:***

Os alunos serão apresentados aos “Erros ocorridos na assistência à saúde”. Entenderão que segurança do paciente é alcançar o menor índice possível de erros; terão a oportunidade de entender que na maioria, os eventos adversos não decorrem de ações intencionais, mas por falta de barreiras organizacionais.

Palavras Chave: segurança do paciente, a teoria dos sistemas, a culpa, a cultura da culpa, falhas sistêmicas, abordagem pessoal, as violações e os modelos de assistência interdisciplinar e centrada no paciente.

***Tema 2: Influência de fatores humanos para a segurança do paciente, 2º Semestre - 15 semanas:*** Neste semestre, os alunos entenderão como os fatores humanos (p.ex. fadiga e stress) podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos e erros. Além disso, conhecerão os atributos da “Cultura da Segurança”, que é a característica das Organizações de Alta Confiabilidade.

Palavras Chave: Fatores humanos, ergonomia, sistemas, rendimento humano, organizações de alta confiabilidade (OAC).

***Tema 3: Complexidade dos sistemas de assistência, 3º Semestre - 15 semanas:*** Os alunos compreenderão acerca de abordagem sistêmica para entenderem o contexto do risco assistencial e pensarem sobre as possíveis “soluções”.

Palavras chave: Sistema, sistema complexo de saúde.

***Tema 4: Segurança na Assistência Primária, 4º Semestre - 15 semanas:*** No último semestre, os alunos terão noções quanto aos critérios de Segurança na Atenção Primária à Saúde (APS), que no Brasil consiste fundamentalmente, do Programa da Família.

Palavras chave: Segurança do Paciente; falhas de comunicação; entre os membros da equipe de saúde Atenção Primária à Saúde; Qualidade do Cuidado.

As atividades pedagógicas adotadas no Ciclo 1, encontram-se abaixo:

#### **AULAS EXPOSITIVAS:**

- O que são Eventos Adversos.
- Causas e fatores contribuintes para o erro.

---

<sup>9</sup> Veja no apêndice, uma lista de referências bibliográficas recomendadas para consulta pelo corpo docente.

- Modelo do queijo suíço para os erros.
- Erros, falhas e violações.
- Fatores humanos e ergonomia - A relação com a SP.
- Mentalidade sistêmica e sua importância para a assistência.
- Contribuição das Organizações de Alta Confiabilidade nos erros em saúde.
- Segurança do Paciente na Assistência Básica Primária.
- Técnicas de Comunicação entre equipes de saúde (SBAR).

#### ***PALESTRAS E NARRATIVAS COM CONVIDADOS EXTERNOS:***

- Falhas Sistêmicas: profissional da engenharia é convidado para palestrar sobre o papel que ocupa a notificação do erro, em sua área.
- Organizações de Alta Confiabilidade: Representante da aviação é convidado para discutir a resposta de uma OAC ao erro humano.
- Erro em saúde: Narrativa de vítimas de erros clínicos (vídeos reais).
- Assistência centrada no paciente: Narrativa de pacientes e parentes com depoimentos de sucesso.
- A Síndrome da Segunda Vítima. Palestrante convidado – um médico experiente para falar sobre os danos que provoca a culpa.

#### ***ATIVIDADES DE GRUPO <sup>10</sup>:***

- ABC - usando um filme para analisar, com um brainstorming todas as situações de erro encontradas e os momentos em que alguma ação poderia ter evitado o evento adverso.
- ABC - usando um estudo de caso para identificar as violações de rotina na assistência (higienização inadequada das mãos, ausência de passagem de plantão ou sobrecarga de trabalho).
- ABC - A partir de uma matéria de jornal que trata de um acidente de automóvel de uma médica residente que havia trabalhado 36 horas consecutivas, os alunos problematizam e fazem sugestões para construir um protocolo de segurança para o caso discutido.
- Problematização - usando exemplos reais de erros na assistência.
- Problematização - usando como pesquisa de campo, a unidade de saúde de atenção primária, os alunos vão problematizar as faltas de barreiras às situações de risco observadas.

<sup>10</sup> O Guia Curricular da OMS oferece alguns exemplos reais, usando geralmente nomes fictícios, exceto nos casos em que a família tenha concedido permissão (WHO, 2011).



- TBL - Fatores latentes e fatores ativos que interferem nos erros na assistência. O que são e como prevení-los.
- POGIL - usando um filme sobre erro sistêmico, são feitas perguntas para guiar a discussão sobre as situações de erro encontradas e as ações que poderiam ter evitado o resultado adverso.

#### **ATIVIDADES COM CRIAÇÃO DE UM PRODUTO:**

- Visitar uma unidade de saúde de atenção primária, listar as situações de risco e projetar os meios de correção para cada situação.
- Visitar uma unidade de atenção primária (UAP) listar as barreiras organizacionais inexistentes.
- Seguir um paciente a partir da internação até a alta. Fazer um relatório da atividade, com base na leitura do tema no site da OMS, resumindo os 3 tópicos mais importantes observados.
- Em dupla, os alunos trocando perguntas, discutem as soluções encontradas para cada situação observada.

### **2.2.2**

#### **Temas integradores sobre Segurança do Paciente no ciclo 1**

Os temas integradores, como o nome indica, integram os módulos longitudinalmente e por isso, sua essência reside no desenvolvimento de habilidades e atitudes indispensáveis para que o futuro profissional de saúde exerça a assistência com as diretrizes de segurança centrada no paciente. Trata-se, portanto do desenvolvimento de habilidades e atitudes de segurança que são comuns a todos os módulos temáticos, conforme se pode observar abaixo:

**Tema 1: Identificação correta dos pacientes.** É uma das principais causas de Eventos Adversos (EA) na assistência. É necessário que o paciente seja identificado por pelo menos, mais um método, além da pulseira identificadora. Falhas na identificação do paciente podem resultar em erros de medicação; erros durante a transfusão de hemocomponentes; erros em testes diagnósticos; procedimentos realizados em pacientes errados e/ou em locais errados; entrega de bebês às famílias erradas, entre outros.

**Tema 2: Comunicação eficaz com pacientes, familiares e cuidadores.** Este tema se refere a todas as formas de comunicação, desde a cordialidade no atendimento, que deve ser centrado no paciente, passando pelo uso de vocabulário adequado a cada tipo de paciente até a prescrição legível. A comunicação

ineficaz gera erros gravíssimos que podem levar a consequências fatais, como a identificação equivocada de uma dose de medicamento.

**Tema 3: Comunicação eficaz com a equipe de profissionais de saúde.**

A palavra “comunicação” vem do latim "*communicare*", que significa "partilhar". A comunicação entre os diferentes membros da equipe diz respeito exatamente ao compartilhamento de informações acerca do paciente. Existem vários métodos que visam auxiliar a comunicação como, por exemplo, a padronização de informações entre a equipe para evitar lacunas no cuidado.

**Tema 4: Trabalhar em equipe, de forma colaborativa.** O trabalho em equipe corresponde à essência de uma assistência à saúde de qualidade. Uma equipe integrada garante que as tarefas sejam cumpridas de maneira mais rápida e eficaz. Permite ainda o duplo check das atividades de maior risco, e ainda possibilita a troca permanente de diferentes saberes entre os seus profissionais. O Quadro 6 mostra as atividades pedagógicas a serem adotadas para os temas **integradores** sobre Segurança do Paciente, no Ciclo 1.

Quadro 6 - Atividades pedagógicas indicadas para o desenvolvimento das competências associadas aos temas integradores do Ciclo 1. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.

COMPETÊNCIA A SER DESENVOLVIDA	ATIVIDADES
<b>TÉCNICA</b> <i>Identificação correta do paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Em ambiente controlado, participar de atividade de SIMULAÇÃO de coleta de amostras para análise clínica, focalizando a identificação correta do paciente e das amostras para análise.</li> <li>– Em ambiente controlado, participar de SIMULAÇÃO de realização de procedimento médico em pacientes com o mesmo nome.</li> <li>– DRAMATIZAÇÃO - um grupo de alunos apresenta uma dramatização, na qual um paciente teria sofrido uma cirurgia equivocada de retirada do rim e que soube ter sido confundido com um homônimo.</li> <li>– Júri Simulado - usando um vídeo que mostra uma sequência de erros por identificação incorreta, durante um procedimento médico, no qual ocorreu um grave EA, seguido de óbito (Evento Sentinela).</li> </ul>
<b>COLABORADORA</b> <i>Trabalhar em equipe, de forma eficaz e colaborativa.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar de DRAMATIZAÇÃO, na qual o médico é chamado pela enfermeira para ver um caso de emergência. O plantão está tumultuado e há necessidade de que as informações sejam passadas eficazmente.</li> <li>- Participar de SIMULAÇÃO de consulta médica, com um paciente diabético tipo 1, que deve ter que se envolver com o seu cuidado, fazer anotações, testes diários, registros de exames, entre outras tarefas.</li> </ul>

*Continua.*

Continuação do Quadro 6.

COMPETÊNCIA A SER DESENVOLVIDA	ATIVIDADES
<b>COMUNICADORA</b> <i>Comunicação eficaz com pacientes, familiares, cuidadores e membros da equipe.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar de atividades de SIMULAÇÃO, na qual se deve explicar ao paciente os riscos e benefícios do tratamento, através do consentimento informado.</li> <li>- Participar de SIMULAÇÕES, nas quais o paciente tem dificuldade de compreensão das informações (é surdo-mudo ou tem dificuldades cognitivas graves).</li> <li>- Participar de DRAMATIZAÇÃO na qual a equipe de saúde deve se comunicar eficazmente para evitar um evento adverso com o paciente, como a troca de medicamento.</li> <li>- Participar de SIMULAÇÃO na qual a equipe de saúde deve fazer a transição do cuidado de um paciente grave, que se encontra no quarto para outro setor.</li> </ul>
<b>GESTORA</b> <i>Otimizar os Fatores Humanos e Ambientais</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O aluno acompanha a trajetória de um paciente internado e que passa pelos fluxos do sistema para realização de exames ou procedimentos. Depois se problematizam os achados e dificuldades vivenciadas pelo paciente e assistida pelo aluno.</li> <li>- Através de dispositivos de realidade virtual, o aluno participa de situações de riscos ambientais e é desafiado a resolvê-las.</li> </ul>

Fonte: Marra, 2015.

## 2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CICLO 2

No segundo ciclo, quando as competências básicas já tiverem sido desenvolvidas no ciclo 1 e os alunos já se situarem em cenários reais de assistência, a aprendizagem se torna mais complexa. Nesta fase, o componente estruturado é representado, basicamente, pela disciplina *Clínica Baseada em Demandas* (CLIBADE), na qual mais de 100 demandas clínicas se relacionam com grandes temas que, por sua vez, se correlacionam a determinadas doenças. O objetivo é o aperfeiçoamento das competências colaboradora e comunicadora, aquisição de maior profundidade na competência técnica e destaque para a aquisição da competência gestora, como visto abaixo.

**Competência Gestora:** Fazer gestão dos riscos clínicos e não clínicos, monitorar e reavaliar as falhas do sistema e armadilhas potenciais, utilizar métodos de melhoria da qualidade para melhorar o atendimento, planejando as ações de prevenção de riscos e erros na assistência, antecipando-se e reconhecendo os problemas no nível pessoal e organizacional, demonstrando vontade de participar na análise de eventos e melhoria da qualidade.

**Competência Técnica:** Evitar erros relacionados ao diagnóstico, reconhecendo e respondendo adequadamente a situações clínicas inseguras e potenciais, com respeito às regras, procedimentos e normas de segurança do paciente.

O componente não estruturado é mais amplo que no ciclo 1 e é representado pelo Estágio Longitudinal em Atenção Primária e Secundária (ELAPS), em ambiente hospitalar, com pacientes reais. Por isso, o processo de ensino e aprendizagem se dará predominantemente por meio do contato direto com os pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Neste ciclo, as habilidades e atitudes serão aplicadas durante a assistência prestada pelos alunos, também em ambientes reais. É importante ressaltar que os alunos entrarão em contato com comportamentos inseguros por parte de certos profissionais de saúde, sendo que muitos destes podem ser reconhecidos por seus pares como excelentes profissionais, sob o ponto de vista técnico. Trata-se do "currículo oculto" na educação dos cuidados clínicos, citado por Watcher (2013). Diante destes profissionais, alguns alunos, na prática clínica se sentem pressionados a agir contra a ética, e estas situações podem ser difíceis de resolver. Esta confusão de papéis, em que o aluno não sabe se aproximar de um professor ou um superior, pode levar ao estresse e influenciam negativamente no desenvolvimento pedagógico do aluno. Nestes casos, o guia da OMS alerta e recomenda que o estudante consiga reconhecer o comportamento inseguro e que procure intervir com bom senso e polidez. Este tema deverá ser aprofundado no 3º Ciclo da graduação, conforme Quadro 4, que no entanto, foge aos objetivos deste trabalho.

No currículo ora proposto, o ET-SP no ciclo 2 permanece com uma estrutura semelhante àquela apresentada para o ciclo 1, ou seja, com disposição longitudinal. O Eixo Específicos terá basicamente a mesma conformação do anterior e o Eixo Integrador será trabalhado nos laboratórios de habilidades, mas também no ELAPS, através dos preceptores médicos locais, que serão capacitados para este fim, através da oficina de Segurança do Paciente, atividade citada para o ciclo 1 e também conforme o trabalho de Aranha e colaboradores (2011), que prevê a realização de cursos de formação docente periódica, para estudo de temas comuns de interesse da atualização do conhecimento aos docentes.

O Quadro 7 mostra, de forma esquemática, a intervenção proposta para o ciclo 2, na estrutura original de Aranha e colaboradores (2011).

Quadro 7 - Inserção do Eixo Temático Segurança do Paciente na estrutura curricular do modelo PUC-Rio do ciclo 2. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.

SEMESTRE	CLIBADE	EIXO TEMÁTICO SEGURANÇA DO PACIENTE	
		TEMAS ESPECÍFICOS	TEMAS INTEGRADORES
1º	Grandes Temas Demandas Doenças	<i>Gestão dos Riscos Clínicos e Não clínicos.</i>	Comunicação eficaz com a equipe de saúde.
2º		Métodos de melhoria da qualidade para melhorar o atendimento.	Trabalhar em equipe de forma efetiva e colaborativa.
3º		<i>Programa Nacional de Segurança do Paciente.</i>	Evitar erros relacionados ao diagnóstico.
4º		<i>Cultura de Segurança Organizacional.</i>	Envolver paciente e cuidadores na segurança do paciente.

Fonte: Marra, 2015, baseado em ARANHA, 2011.

### 2.3.1

#### Temas específicos sobre Segurança do Paciente no ciclo 2 <sup>11</sup>

##### **Tema 1: Gestão dos Riscos Clínicos e Não Clínicos - 1º Semestre - 15**

**semanas:** Corresponde à identificação de circunstâncias que colocam os pacientes em risco de danos e agir para evitar ou controlar esses riscos, envolvendo todos os níveis da organização.

Palavras chave: gestão do risco clínico, qualidade na assistência, prevenção de incêndio, gestão de resíduos, riscos estruturais e prediais.

**Tema 2: Métodos de melhoria da qualidade para melhorar o atendimento - 2º Semestre - 15 semanas:** São ferramentas para identificar e mensurar o problema, desenvolver uma série de intervenções destinadas a resolvê-lo e verificar se as soluções funcionaram.

Palavras chave: melhoria contínua, ferramentas da qualidade - PDCA, Diagrama de Ishikawa, FMEA, Root Cause Analysis, 5 Porquês e What if.

##### **Tema 3: Programa Nacional de Segurança do Paciente - 3º Semestre -**

**15 semanas:** Programa do Ministério da Saúde do Brasil que engloba diversas medidas nas diferentes áreas do cuidado à saúde.

<sup>11</sup> Veja no apêndice, uma lista de referências bibliográficas recomendadas para consulta pelo corpo docente.

Palavras chave: Segurança do Paciente, Anvisa, Assistência Segura, Notificação de incidentes, Núcleo de Segurança do Paciente e Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

**Tema 4: Cultura de Segurança - 4º Semestre - 15 semanas:** cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo os gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança e de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.

Palavras chave: Cultura de segurança, maturidade de cultura de segurança, gestão da segurança na assistência, barreiras organizacionais para prevenção do erro.

Abaixo, listamos alguns exemplos de técnicas e atividades pedagógicas adequadas ao ensino dos temas **ESPECÍFICOS** do ET-SP, algumas delas sugeridas pelo guia curricular da OMS.

#### **AULAS EXPOSITIVAS:**

- Incidentes notificáveis.
- Notificação de incidentes.
- Erros Clínicos e Não Clínicos.
- Como manejar os riscos (Gestão dos riscos).
- Ferramentas de gestão de riscos e de erros.
- Barreiras para prevenção de erros.
- Ferramentas da qualidade para identificação e prevenção dos riscos.
- Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- Plano Institucional de Segurança do Paciente.
- Cultura de Segurança.
- Prevenção de infecção - Higienização das mãos.
- Cirurgia correta, no paciente correto.
- Prevenção de erros relacionadas ao diagnóstico.

#### **PALESTRAS E NARRATIVAS COM CONVIDADOS EXTERNOS:**

- Erros clínicos: Representante da Anvisa é convidado para discutir incidentes notificáveis na assistência.
- Narrativa de paciente vítima de erro clínico seguida de debate em grupo.
- Um médico infectologista faz uma palestra interativa quanto à higienização das mãos e as diretrizes da OMS.

- Erros Não Clínicos: Representante de laboratório clínico faz palestra sobre a acurácia dos resultados de exames laboratoriais.

#### **ATIVIDADES COM CRIAÇÃO DE UM PRODUTO:**

- Aprendizagem Baseada em Projeto – os alunos vão aplicar o instrumento de gestão de risco 5 Porquês, à partir de um caso, no qual a enfermeira deu o medicamento errado a um paciente.
- Aprendizagem Baseada em Projeto – os alunos vão desenvolver um projeto sobre IRAS (Infecções Associadas à Assistência à Saúde) de um hospital de pacientes imunossuprimidos.
- Em dupla, os alunos discutem, através de perguntas as soluções encontradas para cada situação observada.
- Aprendizagem Baseada em Projetos – Vários vídeos de erros por medicamentos são distribuídos entre grupos de alunos, e cada grupo analisa os Eventos Adversos e elabora um projeto com ações que poderiam ter evitado os erros.

#### **ATIVIDADES DE GRUPO:**

- ABC – A classe se divide em pequenos grupos que discutem as causas e os tipos de infecção. O outro grupo debate o porquê da não adesão da higienização das mãos por grande parte dos profissionais de saúde.
- ABC – Utilizando casos de contaminação de enfermeiros por HIV, por entrarem em contato com sangue de paciente que sofreu acidente de automóvel, inicie um debate sobre as implicações de segurança de infecção e contaminação durante a assistência.
- ABC ou PBL – Utilize um EA, como a instalação de hemocomponente em paciente errado, e aplique um instrumento de gestão de erro para análise e estratificação da gravidade (Diagrama de Ishikawa, FMEA, Root Cause Analysis, 5 Porquês, What if, etc.).
- ABC – Utilize um caso em que uma criança internada desenvolveu infecção por cateter, complicando com grave necrose local. Motive um debate em pequenos grupos sobre as ações que mitigam esses incidentes.
- ABC – A partir de um vídeo da OMS “Aprendendo com os Erros”, os alunos debatem a morte de uma jovem que inadvertidamente recebeu uma injeção de vincristina por via intratecal, que é uma via proibida para este quimioterápico.

- ABC ou PBL – utilize um caso clínico, no qual uma senhora idosa portadora de fratura de fêmur, vem ao óbito por embolia pulmonar, secundária à falta de anticoagulação pré operatória.

### **ATIVIDADES DE SIMULAÇÃO E DRAMATIZAÇÃO:**

- Prática de higienização das mãos e depois utilizando um gel especial de cor azul que sob luz UV revela áreas sujas. Os alunos devem aprender com a técnica adequada de higienização das mãos, até que o resultado seja negativo para sujidade.
- Simulação de trabalho em equipe dentro de um contexto de atenção básica (Programa da Família), envolvendo principalmente a comunicação entre a equipe de saúde.
- Dramatização, envolvendo os alunos que têm que enfrentar situações em que observam que alguns colegas se omitem nas atividades de higienização das mãos.
- Juri simulado - Os alunos discutem o caso, no qual uma paciente veio ao óbito por sucessivos erros de diagnósticos ocorridos em três hospitais diferentes. Nesta atividade, há a formação de grupos de jurados, defesa, acusação e juiz.
- Os alunos acompanham uma atividade de conciliação medicamentosa, feita por farmacêuticos, em paciente idoso, internado na emergência.
- Os alunos podem desenvolver diferentes cenários relativos a eventos adversos e a necessidade de elaboração de relatórios e análise de erros. Podem-se usar exercícios práticos que demonstram como os erros são evitados e deve também incentivar os alunos a ensaiar estratégias para tratamento de erros.

### **2.3.2**

#### **Temas integradores sobre Segurança do Paciente no ciclo 2**

Além de aprofundar o desenvolvimento das competências colaboradora e comunicadora, neste componente do ET-SP, serão incluídas as formas de prevenir os erros relacionados ao diagnóstico e o envolvimento dos pacientes e cuidadores na Segurança do Paciente.

Na oficina para tutores e preceptores serão enfatizados os pilares que previnem os riscos para o erro no diagnóstico para que possam ser incluídos nas atividades de cada módulo temático. O Quadro 8 mostra exemplos de atividades que melhor se adequam à aquisição das competências de segurança deste ciclo.



Quadro 8 - Atividades Pedagógicas a serem adotadas para os temas *integradores* sobre Segurança do Paciente, no Ciclo 2. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.

COMPETÊNCIA	ATIVIDADES
<p><b>TÉCNICA</b></p> <p>Evitar os erros nos diagnósticos.</p> <p>Prevenção e Controle de Infecção.</p> <p>Cirurgia correta no paciente correto.</p> <p>Melhorar a segurança nos processos de medicamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os alunos devem se dividir em dois grupos para realizarem diferentes DRAMATIZAÇÕES. Ambos se referem a cirurgias. Um dos grupos vai dramatizar um cenário cirúrgico, sem as medidas de segurança para cirurgia correta no paciente correto. O outro grupo, com as medidas de segurança (<i>check in, time out e check out</i>).</li> <li>- Numa sala de radiologia de uma emergência, os alunos observam a rotina da liberação de laudos e listam os procedimentos de risco de falha no diagnóstico radiológico. Posteriormente elaboram medidas corretivas para os riscos.</li> <li>- A partir de um vídeo mostrando a dispensação errada de um medicamento por uma farmácia, os alunos vão discutir a importância da letra legível nas prescrições.</li> </ul>
<p><b>COLABORADORA</b></p> <p>Trabalhar em equipe de forma efetiva e colaborativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dramatizar o quadro clínico relativo à transferência de um paciente da enfermaria para a UTI, na qual cada membro da equipe de saúde desempenha um papel colaborativo e efetivo para a transição segura do cuidado.</li> <li>- Dramatizar o quadro clínico relativo à transferência de um paciente idoso da enfermaria para sua residência, na qual cada membro da equipe de saúde, incluindo os familiares e cuidadores desempenha um papel colaborativo e efetivo para a transição segura do cuidado.</li> </ul>
<p><b>COMUNICADORA</b></p> <p>Envolver pacientes e cuidadores na segurança do paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizagem Baseada em Projeto – Os alunos elaboram um projeto de implantação do instrumento de comunicação SBAR num hospital de geriatria.</li> <li>- Participar de atividade de SIMULAÇÃO, na qual um paciente adulto se recusa a tomar transfusão de sangue, porque é testemunha de Jeová.</li> <li>- Peça aos alunos que interajam com vários pacientes hospitalizados e questionem quais são as três coisas mais benéficas e as três coisas que eles mudariam, em relação ao atendimento clínico que está recebendo. Discutir em grupo o que fazer diante das respostas.</li> <li>- Peça aos alunos para escreverem uma redação reflexiva sobre o impacto dos eventos adversos nos pacientes.</li> </ul>

Fonte: Marra, 2015.

## 2.4

### ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO PARA OS CICLOS 1 E 2

No contexto da Segurança do Paciente, é essencial que as avaliações utilizadas sustentem os objetivos pedagógicos do egresso e que também forneçam motivação e orientação adequada para os alunos. As avaliações devem fazer sentido e promover confiança para professores, planejadores do curso e todas as partes interessadas externas, como órgãos de acreditação, Conselhos Profissionais, gestores de hospitais, entre outros.

Assim, as finalidades da avaliação são: (1) Julgar o domínio das competências, (2) Diagnosticar as dificuldades dos alunos, (3) Proporcionar aos alunos comentários críticos e (4) Incentivar os alunos a estudar. A eficácia do curso deve ser também avaliada. No entanto, foge ao escopo deste trabalho.

Diante do exposto, recomendamos que as avaliações sejam planejadas com o intuito de motivar os alunos para os objetivos pedagógicos; devem contar com um sólido conteúdo formativo, além de oferecer frequentes oportunidades de recuperação e apoio pedagógico, ao longo de todo o curso; que tenham como foco as competências clínicas, ao longo de todo o curso de graduação e, devem ser factíveis, tanto para os alunos quanto para os professores.

Segundo Miller (1990), são quatro os níveis de desempenho:

No nível básico avalia-se se o aluno **sabe e sabe fazer**. Nesse nível, as melhores formas de avaliação são as provas dissertativas ou múltipla escolha.

No nível imediatamente acima, o aluno deverá demonstrar **como se faz**. Neste caso, os métodos observacionais ou os métodos em contextos simulados são os mais adequados.

Finalmente para avaliar se o aluno **efetivamente faz (executa)**, o método de observação direta em ambientes reais são os indicados.

Com estas quatro fases, se avaliam o conhecimento, a habilidade e a atitude do aluno sobre um determinado assunto. É pouco provável que apenas um método de avaliação seja suficiente para avaliação completa das competências de segurança.

Os métodos ESCRITOS tendem a avaliar apenas o conhecimento. Existem inúmeras variantes dos instrumentos escritos, como as provas escritas de perguntas simples, múltipla escolha, perguntas rápidas, dissertação, portfólio, entre outras. Contudo, de maneira geral, servem para avaliar as competências do aluno, de forma objetiva.

Já os métodos PRÁTICOS são sempre observacionais, versáteis e adequados para avaliar as habilidades e atitudes. Podem ser desenvolvidos em cenários artificiais ou elaborados e também na prática da assistência. São eles a OSCE, o CPE, os debates de casos clínicos e as observações de múltiplas fontes. Oferecem a grande vantagem, que é a possibilidade de o tutor e até outros profissionais poderem avaliar o aluno, ao longo de todo o período pedagógico, ou em datas pré programadas, com mais de um avaliador, o que é bastante recomendável, como no caso das estações de avaliação.

O Quadro 9 exibe uma proposta de métodos de avaliação das competências que se deseja para o egresso dos ciclos 1 e 2.

Quadro 9 - Métodos de avaliação adequados às competências de segurança. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio, 2015.

Competência	Atributos das Competências	Avaliação
<b>TÉCNICA</b> <i>Contribuir para uma Cultura de Segurança do Paciente.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o que é segurança do paciente.</li> <li>- Conhecer técnicas de Identificação correta dos pacientes.</li> <li>- Evitar erros relacionados ao diagnóstico.</li> <li>- Segurança do Paciente na Atenção Primária</li> </ul>	Prova Escrita
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer e responder adequadamente a situações clínicas inseguras e potenciais.</li> </ul>	OSCE / CPE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrar o exercício de assistência com a segurança do paciente como um valor profissional e um componente essencial da prática diária.</li> <li>- Respeito às regras, procedimentos e normas de segurança do paciente.</li> </ul>	OSCE / CPE
<b>COLABORADORA</b> <i>Trabalhar em equipe para a Segurança do Paciente.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas de trabalho em equipe colaborativa.</li> <li>- Compreender o envolvimento de paciente e cuidadores na segurança do paciente.</li> </ul>	Prova Oral
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenar as ações de segurança entre a equipe.</li> <li>- Aplicar protocolos normatizados para garantir a compreensão compartilhada, entre a equipe.</li> </ul>	OSCE / CPE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente em que a responsabilidade pelo cuidado e pelos resultados é compartilhada, de forma que cada indivíduo da equipe seja responsabilizado pela qualidade do trabalho.</li> </ul>	Portfólio
<b>COMUNICADORA</b> <i>Comunicação eficaz para a Segurança do Paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as técnicas de Comunicação eficaz com pacientes, familiares e equipe de saúde.</li> </ul>	Prova Escrita
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar técnicas de comunicação apropriadas com a equipe, pacientes, familiares e cuidadores.</li> </ul>	OSCE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar-se com uma abordagem centrada no paciente com respeito e empatia</li> </ul>	OSCE

Continuação do quadro 9.

<b>GESTORA</b> <i>Gerenciar os riscos de segurança</i> <i>Otimizar os Fatores Humanos e Ambientais</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influência de fatores humanos para a segurança do paciente.</li> <li>- Complexidade dos sistemas de assistência.</li> <li>- Gestão dos riscos clínicos.</li> <li>- Métodos de melhoria no atendimento.</li> <li>- Programa Nacional de Segurança do Paciente.</li> <li>- Gestão dos riscos não clínicos.</li> <li>- Cultura Indicadores de Segurança.</li> </ul>	Prova Escrita Prova Oral
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejar as ações de prevenção de riscos e erros na assistência.</li> <li>- Antecipar e reconhecer os problemas no nível pessoal e organizacional.</li> <li>- Monitorar e reavaliar as falhas do sistema e armadilhas potenciais.</li> <li>- Avaliar questões de equilíbrio trabalho-vida pessoal e o desempenho profissional.</li> </ul>	OSCE / CPE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agir com vigilância às diversidades, riscos e os erros na assistência, com uma atitude proativa.</li> </ul>	OSCE

Fonte: Marra, 2015, baseado em WHO, 2011.

Nota: OSCE – *Objective Structured Clinical Examination* ou Exame Clínico Objetivo Estruturado por Estações; CPE – *Clinical Practice Examination* ou Exame de Desempenho.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É senso comum que certos profissionais, nomeadamente da área médica, não percebiam com nitidez a distinção entre ser um bom técnico e ser um bom médico. Acreditam que ter um vasto conhecimento, teórico ou prático, é suficiente para o exercício da profissão. De fato, essa fórmula tecnicista funcionou, e ainda funciona em alguns meios. Contudo, a simples observação de que muitos profissionais oferecem uma assistência não apenas tecnicamente impecável mas com habilidades, atitudes e comportamentos que os diferenciam dos primeiros, nos convida a refletir sobre a questão.

É claro que a vocação e o temperamento de cada indivíduo influem em suas relações profissionais com colegas, pacientes e sociedade. Contudo, qualquer profissional pode, e deve desenvolver múltiplas habilidades, atitudes e comportamentos, todos igualmente importantes para o melhor exercício da sua profissão. Esta premissa, por si só, nos autoriza a supor que escolas médicas que adotam metodologias exclusivamente conteudistas são, no mínimo, insuficientes para a formação de um médico, já que focalizam exclusivamente o conhecimento técnico reduzindo o leque de atuação desse profissional, tão somente à observância de protocolos e manuais “generalizantes” do comportamento humano. Mais que isso, separando este conteúdo em dois ciclos, acabam por criar um abismo entre o conteúdo transmitido no ciclo básico e a sua aplicação no chamado ciclo profissional.

Por isso, as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (BRASIL, 2001) e mais recentemente, as de 2014 (BRASIL, 2014a) pretendem corrigir essas lacunas preconizando o uso de metodologias de aprendizagem ativa que desenvolvem não só o conhecimento, mas também as habilidades e as atitudes necessárias ao exercício da profissão. Determinam que seja adotado o currículo por competências e estipulam a data limite de 31 de dezembro de 2018 para que todas as Escolas Médicas do país passem a adotar essas metodologias em seus cursos de graduação.

As metodologias de aprendizagem ativa se alicerçam na aprendizagem significativa que corresponde ao saber que é adquirido à medida que o indivíduo atribui significado ao que já conhecia ou vivenciou. Dessa forma, o saber é construído e não simplesmente transmitido. Por isso é também chamada de aprendi-

zagem construtivista. É dita educação emancipadora, aquela que pressupõe desenvolver competências para criar condições para transformar. É uma metodologia na qual o aluno aprende a aprender, o que o transforma autônomo e gestor de sua vida profissional. Além disso, preconiza a contextualização do ensino e a aplicação de atividades em grupo, por entenderem que os aprendizes partem de seus conhecimentos prévios, que podem ser diversos e que a troca desses saberes enriquece a construção do conhecimento de todos.

Não se pode dizer que são metodologias modernas. A filosofia maiêutica foi instituída por Sócrates, no século IV a.C. e consistia em fazer perguntas consecutivas aos alunos, para provocar-lhes, o que o filósofo denominou de “parto intelectual” ou “dar a luz ao conhecimento” (CATALANI, 2014). Ainda que não seja considerado um estudioso construtivista, sua filosofia correspondia, essencialmente, à aprendizagem significativa descrita por Ausubel (1963) e marcante nas obras de Vygotsky (1932), Piaget (1940), Paulo Freire (1974), entre outros (MOREIRA, 1997). Assim sendo, as marcas que diferenciam a metodologia de aprendizagem ativa da tradicional não são de caráter temporal, mas sim de natureza pedagógica. A metodologia tradicional se ocupa com “o *quê*”, enquanto que a aprendizagem ativa se preocupa com o “*como*”.

O objetivo deste trabalho é apresentar um projeto pedagógico sobre o tema Segurança do Paciente previsto para ser aplicado nos dois primeiros ciclos da graduação da faculdade de Medicina da PUC-Rio, a ser brevemente inaugurada. A abertura dessa nova escola médica pretende gerar impacto sobre o ensino e sobre a assistência médica, ao adotar a metodologia de aprendizagem ativa e introduzir os alunos precoce e gradualmente na prática clínica. É, portanto, uma oportunidade única para o lançamento de projetos alinhados a focos contemporâneos e que visem a melhoria do ensino, trazendo para o bojo da discussão o desenvolvimento de habilidades profissionais indispensáveis ao médico.

Em 2011, foi publicado o documento oficial da PUC, “*Proposta Para uma Graduação Médica Contemporânea-Modelo PUC-Rio*” (ARANHA, 2011), que detalha as diretrizes, os conteúdos e a estrutura curricular dos seis anos de graduação de medicina previstos para o funcionamento da nova escola médica. Dividido em três ciclos, difere fundamentalmente, das escolas tradicionais por ter uma estrutura curricular baseada no Perfil Geral de Competências (PGC), que reúne os diferentes papéis que compõem o perfil do egresso de medicina. No primeiro ciclo (dois primeiros anos) serão desenvolvidas as competências médi-

cas elementares; no ciclo subsequente, as competências essenciais ao exercício da profissão e, no último ciclo (internato), serão aprimoradas as competências essenciais, visando a autonomia do discente. Contudo, o tema “Segurança do Paciente” não se encontra incluído nesse projeto original, o que equivale dizer que este trabalho faz uma proposta de inclusão do assunto, ao currículo de medicina, ao mesmo tempo que sugere uma estrutura pedagógica adequada para fazê-la. Em suma, trata-se de um projeto de intervenção à estrutura curricular originalmente publicada pela PUC-Rio (ARANHA, 2011).

A Segurança do Paciente vem ocupando o centro das atenções das organizações de saúde do mundo todo, desde o ano 2000, quando o Institute of Medicine (KOHN, 2000) publicou em seu emblemático relatório “Errar é humano”, que falhas na assistência à saúde representavam a oitava causa de óbito entre os americanos. Este e outros dados do relatório desencadearam uma enorme repercussão, até que em 2004, após várias iniciativas, a Organização Mundial da Saúde lançou a **Aliança Mundial para a Segurança do Paciente** (*World Alliance for Patient Safety*), que exigia de todos os países-membros, metas de segurança à assistência. Para o alcance da meta, a OMS identificou 13 áreas prioritárias que envolviam a segurança à assistência em saúde. Entre estas, destacamos a área 11, que tinha como meta a formulação de guias curriculares para estudantes de graduação da área da saúde.

De fato, em 2011, a OMS lançou o “*Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*” (WHO, 2011), que tem por objetivo auxiliar as escolas de graduação de profissionais de saúde a incluírem o tema em seus currículos e incentivarem à realização de trabalhos e pesquisas científicas sobre o tema. Trata-se de um trabalho extenso e detalhado, constituído de uma parte voltada ao professor e outra para os alunos. Em sua metodologia, o guia se utiliza de dois trabalhos considerados fundamentais, que são respectivamente os Marcos Australiano (AUSTRALIAN COUNCIL ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2005) e Canadense (FRANK, 2008) que definiram as competências de Segurança do Paciente necessárias aos profissionais de saúde. A partir de então, são traçadas as estratégias para a inclusão do tema nas escolas de graduação de todo o mundo.

Importante salientar que o guia recomenda que o tema seja ensinado com bases pedagógicas de metodologias de aprendizagem ativa, ainda que as escolas adotem metodologias tradicionais de ensino. É, portanto um ponto de inter-

seção interessante com o projeto da PUC-Rio, que já se inicia com aprendizagem ativa, como estratégia de ensino de todo o curso médico.

Nosso projeto de intervenção se baseia na recomendação da OMS de que o tema Segurança do Paciente deva estar integrado ao ensino das diferentes áreas assistenciais, aqui nomeadas como “módulos temáticos”, sem contudo prejudicar a identidade da matéria como um tema médico independente.

Ao identificarmos as competências médicas de segurança, observamos que as habilidades e atitudes de segurança são indispensáveis a todos os profissionais de saúde, como por exemplo, identificação correta do paciente, comunicação eficaz com a equipe, pacientes e familiares, trabalho colaborativo em equipe, segurança nos processos de medicamentos, prevenção de infecção, entre outras. Idealizamos então o que denominamos de **Eixo Integrador de Segurança do Paciente**, no qual a matéria é trabalhada fornecendo integração e estrutura aos módulos temáticos longitudinalmente, de modo que os alunos desenvolvam os princípios da assistência segura em qualquer especialidade. Para isso, sugerimos uma oficina para tutores, professores e preceptores sobre o tema, com o objetivo de instrumentalizá-los na elaboração de suas unidades pedagógicas, levando em conta os pilares da segurança do paciente. Neste eixo, as atividades prioritárias serão desenvolvidas nos laboratórios de habilidades, através de métodos como a dramatização e a simulação.

Quanto à unicidade da matéria, observamos que o conhecimento acumulado até agora, sobre Segurança do Paciente, tem tido origem majoritariamente em entidades não-universitárias, como as organizações de acreditação hospitalar e as organizações de qualidade e gestão em saúde. Diante disso, sugerimos o **Eixo Específico de Segurança do Paciente**, que também se dispõe longitudinalmente e que tem como objetivo, difundir esse saber no meio universitário, estimulando a realização de estudos e de pesquisa no âmbito acadêmico. Deverá ainda desempenhar o importante papel de ancorar o eixo integrador, mantendo o assunto permanentemente atualizado. É um eixo mais denso que o anterior por tratar do tema com maior profundidade e especificidade. Neste eixo, os alunos entrarão em contato com os instrumentos de gestão de risco e com os mecanismos utilizados pelas organizações de alta confiabilidade para o alcance da cultura da segurança.

Cabe destacar, ainda a importância do trabalho em equipe para a Segurança do Paciente. A assistência à saúde é uma atividade caracteristicamente realizada por vários profissionais, cujos diferentes saberes devem se harmonizar



visando o melhor resultado possível para cada paciente. Não por outro motivo, o Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS (WHO, 2014) recomenda que as escolas de graduação de todas as áreas da saúde adotem em seus currículos a matéria e, para tanto, enfatiza a importância de se desenvolver a competência colaboradora, não só entre os médicos, mas também entre os demais membros da equipe de saúde, como enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros. Sugere ainda que os discentes de diferentes categorias se integrem, durante a graduação, antecipando assim, a atuação profissional das equipes de saúde.

No entanto, como este trabalho opera com a possibilidade de propor um currículo acadêmico destinado exclusivamente à graduação de médicos, não foram incluídas atividades práticas com estudantes de outras categorias profissionais. Esta observação nos parece oportuna, porque a nosso ver, é recomendável que entre as atividades práticas do último ciclo, se inclua a interação dos estudantes de medicina e das demais carreiras da saúde para que possam desenvolver as melhores práticas do trabalho em equipe.

Outra observação que merece destaque é que este projeto pedagógico inclui os temas que consideramos essenciais no contexto do ensino médico do Brasil, como o “Programa Nacional de Segurança do Paciente”, que retrata a política do Ministério da Saúde do Brasil e a “Segurança na Atenção Primária de Saúde”, uma importante estratégia do MS, que integra ações preventivas e curativas do Sistema Único de Saúde.

Embora fuja ao seu escopo, este trabalho sugere que os temas “*Cultura Justa*” (que trata das transgressões de profissionais de saúde), “*Direito e Segurança do Paciente*”, “*Legislações e políticas locais para a revelação de erros em saúde*” e “*Indicadores de Segurança*”, sejam abordados no terceiro ciclo da graduação, quando o estudante já terá desenvolvido as competências necessárias para o desenvolvimento de temas polêmicos e de tamanha complexidade.

## REFERÊNCIAS

ARANHA, R. N. (Org.). Proposta para uma graduação médica contemporânea. 1ed. Rio de Janeiro: Koan, 2011, v. 1.

AUSTRALIAN COUNCIL FOR SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. *National Patient Safety Education Framework*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005. Disponível em <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/06/National-Patient-Safety-Education-Framework-2005.pdf>. Acessado em Abr, 2015.

AUSUBEL, D.P. (1976). Psicologia educativa: um ponto de vista cognoscitivo. México, Editorial Trillas.

BARBOSA, FE e Moura, DG. Metodologias ativas de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica. B. Tec. Senac, Rio de Janeiro, v. 39, n.2, p.48-67, maio/ago. 2013. Disponível em [http://www.senac.br/media/42471/os\\_boletim\\_web\\_4.pdf](http://www.senac.br/media/42471/os_boletim_web_4.pdf). Acessado em Abr, 2015.

BERBEL, NA. A problematização ea aprendizagem baseada em Problemas: Diferentes Termos UO Diferentes Caminhos ?. Interface (Botucatu) [Internet]. 1998 fevereiro [cited 22 out 2015]; 2 (2): 139-154. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831998000100008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>. Acessado em Abr, 2015.

BOHOMOL, El; Cunha, ICKO. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 13, n. 1, p. 7-13, Mar. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082015000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em out. 2015.

BOLLELA, VR. et al. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. Medicina (Ribeirão Preto. Online), Brasil, v. 47, n. 3, p. 293-300, nov. 2014. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86618/89548>>. Acessado em: Out. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p293-300>.

BRASIL. Resolução CNE/CES no.04/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1. p.38 de 9 de Novembro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr 2013a. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html), Acessado em Abr, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 941, de 17 de maio de 2013. Altera e acresce dispositivo ao art. 8º da Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que

institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 21 mai 2013b. Disponível em [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U\\_PT-MS-GM-941\\_170513.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U_PT-MS-GM-941_170513.pdf), acessado em abr, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 1377. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente de 9 de julho de 2013c. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acessado em abr, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul. 2013d. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acessado em Abr, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n o 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União 25 set, 2013e. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html), Acessado em Abr, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acessado em Abr, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina, 2014b. Disponível em [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192). Acessado em Abr, 2015.

BRENNAN, TA, Leape L.L., Laird N.M., et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med 1991;324:370-376.

CATALANI, C.; Velasco, P.D.N. A maiêutica socrática e o professor lipmaniano: uma relação possível?. Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação. Número 22: mai-out/2014, p. 2-23.

CHAUÍ, M. Entrevista - Contra a Universidade Operacional - Marilena Chauí - ENSP – Fiocruz. 20 de março de 2015 (100'32"). Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=TNQg95QlvsQ>. Acessado em abr. 2015.

COLOMBO, A.A e Berbel, NAA. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

COOKE, M; Irby DM, Sullivan, W. American Medical. Education 100 Years. N Engl J Med 2006; 355:1339-1344.

DAUD-GALLOTTI, R ; Morinaga, C. ; Arlindo, M ; Velasco, I. T. ; Martins, M. A.; Tiberio, I C . A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination. Clinics (USP. Impresso), v. 66, p. 209, 2011.

DAVIS, P; Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: preventability and clinical context NZMJ, 2002; Dez 13; 115.

DAVIS, P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals II: preventability and clinical context NZMJ, 2003; 116 (1183):1-11.

FILHO, APG. Universidade federal da Bahia cultura e gestão de segurança no trabalho em organizações industriais: uma proposta de modelo organizações industriais: Tese de doutorado. Salvador, 2011.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4).

FRANK, JR, Brien, S, (Editors) on behalf of The Safety Competencies Steering Committee. The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 1.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1974.

JCI/CBA [Internet] - Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Disponível em <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. Acessado em 30 maio, 2015.

KEMP, A. e Edler, F. C.: A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 11(3): 569-85, set.-dez. 2004.

KING, J., Anderson, CM. The Canadian interprofessional patient safety competencies: their role in health-care professionals' education. J Patient Saf 2012;8:30-5.

KNOX L, Levine J, Sommers B, Michaels L. Primary Care Practice Facilitation Curriculum (Module 11). AHRQ Publication No. 15-0060-EF, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2015. Disponível em <https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/pcpf-module-11-root-cause-analysis.pdf>, acessado em mai, 2015.

KOHN, LT, Corrigan, JM, Donaldson, MS (Institute of Medicine). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LIRA, ATN. Reflexões sobre a legislação de educação durante a ditadura militar (1964-1985). História (São Paulo. Online), v. 36, p. 1-6, 2009.

LUCIAN LEAPE INSTITUTE, Unmet Needs: Teaching physicians to provide safe health care. Boston, 2010, National Patient Safety Foundation

MARRA, VN. Portfólio PUC Rio. RJ, 2014. Disponível em: <http://veranevesmarra.wix.com/pucrio>. Acesso em abr. 2015.

MENDES, W.; Martins, M.; Rozelfeld S.; Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil International Journal for Quality in Health Care 2009; 21(4):279–284.

MILLER, GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Supl.):S63–S67.

MOREIRA, M.A. e Masini, E.A.F.S. (1982). Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo, Editora Moraes. Disponível em [http://lief.if.ufrgs.br/pub/cref/pe\\_Goulart/Material\\_de\\_Apoio/Referencial%20Teorico%20-%20Artigos/Aprendizagem%20Significativa.pdf](http://lief.if.ufrgs.br/pub/cref/pe_Goulart/Material_de_Apoio/Referencial%20Teorico%20-%20Artigos/Aprendizagem%20Significativa.pdf). Acessado em Abr, 2015

MOREIRA, M.A., Caballero, M.C. E Rodríguez, M.L. (orgs.). Aprendizagem Significativa: Um Conceito Subjacente (1997) Actas del Encuentro Internacional sobre el Aprendizaje Significativo. Burgos, España. pp. 19-44. Disponível em <http://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigsubport.pdf>. Acessado em Abr, 2015.

PAGLIOSA, F.L.; Da ros, M.A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. Revista Brasileira de Educação Médica. 32(4): 492-499 - 2008.

PAIVA, CHA e Teixeira, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. ciênc. saúde-Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

SAMUELS, J. G. The application of high-reliability theory to promote pain management. The Journal of nursing administration, v. 40, n. 11, p. 471-6, nov. 2010.

SANTOS, WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. Rev Bras Educ Méd. 2011; 35(1): 86-92.

TRONCON, LE. A. Avaliação do estudante de medicina. Medicina, Ribeirão Preto, 29:429-439, out./dez.1996.

VINCENT, C., Neale, G, Woloshynowych, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review BMJ 2001; 322:517–9.

WACHTER, R.M. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478 p.

WHO. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005– 2006. Clean Care is Safer Care. Geneva:WHO; 2005.  
[http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC\\_Launch\\_ENGLISH\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf). Acessado em 04, Abr, 2015

WHO. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006-2007. Geneva: WHO Press; 2006. Disponível em:  
[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_PSP\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf), Acessado em 04, Abr, 2015.

WHO. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multiprofessional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2015 Jul 04]. Disponível em, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf), Acessado em 4. Out. 2015.

WILSON, RM, Runciman, RW, Gibberd, RW, Harrison B, et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163:458-71.

## GLOSSÁRIO

5 Porquês	É uma ferramenta de qualidade que consiste em formular a pergunta “Porquê” cinco vezes consecutivas para compreender o que aconteceu. Segundo seu idealizador 5 é o número que costuma ser suficiente para se chegar à causa raiz.
Cultura de segurança	Conjunto de valores, percepções, atitudes e padrões de comportamento em relação à segurança compartilhada por membros da organização.
Diagrama de Ishikawa	Diagrama de causa-efeito ou diagrama espinha-de-peixe é uma ferramenta qualitativa utilizada para buscar a causa raiz de determinado problema.
Eventos Adversos	São complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base.
Evento Sentinela	É um evento adverso que provocou a morte, lesão física ou psicológica grave em um paciente.
FMEA ( <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> ) Análise de Modo e Efeito de Falha	Ferramenta que consiste na formação de um grupo de pessoas que identifica para o processo em questão, suas funções, os tipos e falhas que podem ocorrer, os efeitos e as possíveis causas.
Gestão de Riscos	Processo que visa adoção de melhores práticas no serviço e na identificação, qualificação e controle interno para minimizar os riscos.
<i>Global Patient Safety Challenges</i> Desafios globais de Segurança do Paciente	Programa de tópicos acerca de riscos para os pacientes que recebem cuidados de saúde e, que é veiculado pela OMS e lançado em ciclo de dois a três anos.

SBAR	Acrônimo, em inglês, de um método estruturado para a comunicação e compartilhamento de informações críticas sobre o paciente, de forma concisa e segura, recomendado particularmente para chamados para atendimento médico. ( <i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i> )
Medicações de alerta alto	Medicamentos que são os mais propensos a causar dano significativo ao paciente, mesmo quando usados corretamente. Insulina e epinefrina são alguns desses medicamentos.
Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)	São definidas como qualquer infecção que acomete o indivíduo, seja em instituições hospitalares, atendimentos ambulatoriais, hospital dia ou domiciliar, e que possa estar associada a algum procedimento assistencial, seja ele terapêutico ou diagnóstico.
Modelo do queijo suíço	Esta teoria tenta explicar como e porque ocorrem os grandes erros. Eles acontecem quando há um "alinhamento dos buracos", isto é, para que um acidente grave ocorra é preciso que uma falha consiga ultrapassar todas as barreiras de um determinado sistema.
Notificação de incidente ou de Evento Adverso	Comunicação feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fim de adoção de medidas de intervenção pertinentes.
Organização de Alta Confiabilidade	Organizações que trabalham com atividades de alto risco nas quais pequenas e grandes falhas em seu processo podem levar a consequências potencialmente catastróficas. No entanto, são capazes de funcionar de uma forma que é quase completamente "livre de falhas", ou seja, eles têm o maior foco na cultura da segurança. Incluem tráfego aéreo



	reo, usinas nucleares, aviação, entre outras.
PDCA	Sigla em inglês que representa o ciclo contínuo PLAN-DO-CHECK-ACT, que significam PLANEJAR-FAZER-VERIFICAR-AGIR
<i>Root Cause Analysis</i> (Análise da Causa Raiz)	É uma metodologia para identificar as causas subjacentes do por que ocorreu um incidente para a identificação das soluções mais eficazes. Está fundamentalmente ligada a três perguntas básicas: Qual é o problema? Por que isso aconteceu? E o que vai ser feito para evitar isso?
<i>Time out</i>	Breve pausa imediatamente antes de alguma atividade, para conferir se todos os itens necessários estão de acordo e disponíveis. Faz parte de uma tríade, junto com o <i>Check in</i> (conferência no início do procedimento) e <i>Check out</i> (conferência ao fim da atividade).
Violação	É quando intencionalmente não se executa a ação prevista ou normatizada. Diferente do erro, a violação é intencional.
WHAT IF E se ?	Ferramenta qualitativa que faz análise de riscos e busca falhas potenciais, através de perguntas respondidas e analisadas que identificam causa, consequência, probabilidade e impactos.

## APÊNDICE

### SEGURANÇA DO PACIENTE - BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

---

#### LIVROS

MENDES, W (Org.); SOUZA, P. (Org.). Segurança do Paciente. Conhecendo os Riscos nas Organizações de Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014a. v. 1.452p.

MENDES, W (Org.); SOUZA, P. (Org.). Segurança do Paciente. Criando Organizações de Saúde Seguras. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014b. v. 1. 208p

WACHTER, R.M. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.478p.

REASON, J. Human Error. London: Cambridge University Press; 2003.

WHO. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multiprofessional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [Acessado em 4. Abr. 2015]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf)

---

#### ARTIGOS

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. Disclosure Working Group. 2011. Canadian Disclosure Guidelines: Being Open and Honest with Patients and Families. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute.

KIRKEGAARD, M., Fish, J. Doc-U-Drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36(9):628–630.

MARCHON, SG and Mendes, W. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.9, pp. 1815-1835. ISSN 0102-311X.

SAMUELS, J.G. The application of high-reliability theory to promote pain management. *The Journal of nursing administration*, v. 40, n. 11, p. 471-6, nov. 2010.

JCI/CBA [Internet] - Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Disponível em <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. Acessado em mai, 2015.

---

**SITES E  
PORTAIS DE  
INTERESSE**

Acessados em  
04, Abr, 2015

**PROQUALIS**

<http://proqualis.net/seguranca-do-paciente>

**World Health Organization**

<http://www.who.int/patientsafety/en/>

**Institute of Health Improvement**

<http://www.ihl.org/topics/patientsafety/pages/default.aspx>

**NPSF Lucian Leape Institute**

<http://www.npsf.org/?onlinec>

**Anvisa**

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>

---

**LIVROS  
DIGITAIS**

Acessado em  
04, Abr, 2015

**Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde.**

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/investigacao-de-eventos-adversos-em-servicos-de-saude>.

**Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.**

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/livros>

**Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente.**

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/resistencia-microbiana>

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

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/eventos-adversos>

---

**PROTOCO-  
LOS DA AN-  
VISA**

Acessado em  
04, Abr, 2015

1. *Identificação do Paciente*

2. *Prevenção de Quedas*

3. *Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos*

4. *Cirurgia Segura*

5. *Higiene das Mãos*

6. *Úlcera por pressão.*

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos>

---