

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

**VANISIA SULPINO VIEIRA**

**Atividades educacionais desenvolvidas no brasil para  
profissionais e graduandos em saúde com foco em  
segurança do paciente: *scoping review***

SÃO CARLOS - SP

2023

VANISIA SULPINO VIEIRA

**ATIVIDADES EDUCACIONAIS DESENVOLVIDAS NO BRASIL PARA  
PROFISSIONAIS E GRADUANDOS EM SAÚDE COM FOCO EM SEGURANÇA DO  
PACIENTE: *SCOPING REVIEW***

Relatório de Qualificação apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientador(a): Profa. Dra. Sheyla Ribeiro Rocha

Coorientador(a): Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano

SÃO CARLOS - SP

2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Vanisia Sulpino Vieira, realizada em 02/08/2023.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Sheyla Ribeiro Rocha (UFSCar)

Profa. Dra. Úrsula Marcondes Westin (UNICEP)

Profa. Dra. Lais Fumincelli (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Vieira Sulpino, Vanisia

Atividades educacionais desenvolvidas no Brasil para profissionais e graduandos em saúde com foco em segurança do paciente: Scoping Review / Vanisia Vieira Sulpino -- 2023.  
94f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos  
Orientador (a): Sheyla Ribeiro Rocha  
Banca Examinadora: Úrsula Marcondes Westin, Laís Fumincelli  
Bibliografia

1. Atividades Educacionais . 2. Profissionais de Saúde .  
3. Segurança do Paciente . I. Vieira Sulpino, Vanisia. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática  
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a *Deus*, que sempre... Sempre me orientou o caminho, sustentando-me nos momentos mais difíceis, onde as lutas eram diárias, com os mais diferentes inimigos, principalmente quando a esperança minguava, eis que surgia Ele, a cada amanhecer, para me recordar a oportunidade do recomeço e evolução a cada dia e a cada existência.

À minha mãe *Antônia*, exemplo de força, coragem e fé. Ao meu pai, por toda a proteção e orientação na caminhada.

Aos meus irmãos, *Fabíola*, *Kleber* e *Lucinéia*, pelos laços consanguíneos e espirituais e os muitos aprendizados, que permearam a nossa infância humilde aos dias atuais.

Aos meus filhos, *Gustavo* e *Enzo*, por terem me escolhido como mãe, a fim de continuarmos a evoluir nesta jornada libertadora e regenerativa ligados por um amor puro, único e genuíno.

Ao meu parceiro, *Marcelo*, pelo amor e a união em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis, por compreender os meus medos e frustrações, envolvendo-me sempre em seus braços e sussurrando ao meu ouvido: “*Estou aqui, estamos juntos*”.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos Coordenadores do *Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica* – PPGGC da UFSCar, pela missão de capacitar os profissionais de saúde em futuros pesquisadores para uma prática significativa e transformadora.

Agradeço à minha orientadora, a *Profa. Dra. Sheyla Ribeiro Rocha*, por todo amparo, compreensão, apoio acadêmico e, porque não dizer, apoio espiritual, diante dos tantos desafios durante a trajetória desta conquista. Não foi fácil, mas com sua ajuda ficou possível. A sua dedicação e cuidado, à medida que as dificuldades iam surgindo ao longo do percurso, foram essenciais para a conclusão deste trabalho. Gratidão pela confiança, conselho e a compreensão diante das minhas limitações. Agradeço também, por permitir que este trabalho, tivesse um significado para mim e não apenas mais um trabalho na sua linha de pesquisa. Obrigada por acreditar em mim. Espero não ter desapontado e correspondido à altura, às expectativas.

Agradeço à *Profa. Dra. Laís Fumincelli*, pela escuta atenciosa, apoio na elaboração do método e orientação com toda docilidade e humildade que só um ser angelical pode ter.

Agradeço à *Profa. Dra. Chris Mayara Tibes Cherman*, pela amizade e parceria ao abdicar do seu momento em família para contribuir na revisão dos dados.

Agradeço à *Profa. Dra. Aline de Souza*, pela amizade e parceria de trabalho, por todo o amparo e motivação, ao compartilhar as dificuldades em sua trajetória acadêmica, agora como doutora, diante das minhas fragilidades, como forma de consolo e esperança.

Agradeço à bibliotecária *Lívia Coelho de Mello*, por toda a ajuda e ensinamentos para estruturar as estratégias de buscas nas bases de dados. Você foi essencial para o êxito da revisão.

Quero expressar, também, a minha gratidão a *Santa Casa de São Carlos*, pela oportunidade da experiência profissional e os muitos aprendizados ao longo dos últimos anos.

*Omnia possum in eo qui me confortat!*

Tudo posso naquele que me fortalece!

## RESUMO

VIEIRA, Sulpino Vanisia. Atividades educacionais desenvolvidas no Brasil para profissionais e graduandos em saúde com foco em segurança do paciente: Scoping Review. 2023. Dissertação de mestrado em nome do Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde em Gestão da Clínica - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

**Introdução:** Existem debates teóricos sobre qualidade e segurança do paciente, mas poucos estudos abordam as atividades educacionais voltadas para a formação de profissionais de saúde nesse contexto. A capacitação desses profissionais é essencial para promover um cuidado seguro e prevenir eventos adversos. Investir na educação em saúde para a segurança do paciente é uma estratégia para alcançar uma assistência livre de danos. No entanto, os serviços de saúde enfrentam desafios para implementar o Programa Nacional de Segurança do Paciente e garantir a qualidade do cuidado. Portanto, é importante identificar a literatura científica que evidencia o estado da arte das atividades educacionais para a segurança do paciente. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é mapear e apresentar a literatura científica sobre as atividades educacionais voltadas para a segurança do paciente, desenvolvidas com profissionais e estudantes de graduação na área da saúde no Brasil. Serão considerados os temas básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Isso será feito por meio de uma revisão de escopo. **Método:** Os referenciais teóricos foram selecionados por meio de uma revisão de literatura, seguindo o método de scoping review e o protocolo do Instituto Joanna Briggs. As bases de dados consultadas foram a Biblioteca Nacional de Ciências da Saúde dos Estados Unidos (PubMed), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME), a Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), a Web of Science, a plataforma de Índice Cumulativo para Enfermagem e Literatura Relacionada à Saúde (Cinahl), o Centro de Informações de Recursos Educacionais (ERIC) e a base de dados multidisciplinar (Scopus). Foram selecionadas publicações nacionais e internacionais em inglês, disponíveis online na íntegra e publicadas a partir de 2013. Foram encontrados 1422 registros nas buscas, e uma seleção de 12 pesquisas, incluindo teses, dissertações e artigos científicos, foi apresentada no fluxograma de recomendações Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Análises (Prisma). Os estudos selecionados foram organizados em quadros, que apresentam informações como número, autor, ano de publicação e região brasileira, tipo de estudo, objetivo do estudo, participantes, referencial teórico, objetivos da intervenção educacional, tema do Programa Nacional de Segurança do Paciente abordado, conteúdo do curso, estratégia



educacional, recurso didático, tempo de intervenção e nível de resultado segundo o método Kirkpatrick, além da instituição que promoveu a atividade educacional. **Resultados:** As regiões brasileiras que mais publicaram estudos sobre atividades educacionais voltadas para a segurança do paciente foram o Sul e o Sudeste. Os estudos apresentaram diferentes métodos, sendo o relato de experiência o mais frequente. Quanto ao método, a abordagem qualitativa foi a mais utilizada. A equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) foi a população predominante nos estudos. Os principais achados em relação às estratégias educacionais mais utilizadas foram a simulação realística e a problematização. Os temas do Programa Nacional de Segurança do Paciente mais abordados foram infecção relacionada à assistência à saúde e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. **Conclusões:** Esta revisão permitiu identificar fatores críticos para o desenvolvimento e aprimoramento de intervenções educativas relacionadas à segurança do paciente, adesão aos principais protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente e lacunas nas intervenções educacionais em relação à comunicação eficaz e importância de avaliar os treinamentos, além de mensurar o impacto desses na assistência à saúde. **Palavras-chave:** Profissionais de saúde. Atividades educacionais. Segurança do paciente. Serviços de saúde.

## ABSTRACT

VIEIRA, Sulpino Vanisia. Educational activities developed in Brazil for health professionals and graduates with a focus on patient safety: Scoping Review. 2023. Master's dissertation on behalf of the Postgraduate Program of the centre for Biological and Health Sciences in Clinical Management - Federal University of São Carlos, São Carlos.

**Introduction:** Theoretical debates on patient quality and safety have been widely discussed, but fewer studies have focused on educational activities for healthcare professionals in this context. The training of these professionals is essential in promoting safe care and preventing adverse events. Investing in patient safety education is a strategy to achieve harm-free healthcare. However, healthcare services face challenges in implementing the National Patient Safety Program and ensuring quality care. Therefore, it is important to identify the scientific literature that evidences the state-of-the-art educational activities for patient safety. **Objective:** The objective of this study is to map and present the scientific literature on educational activities focused on patient safety, developed with healthcare professionals and undergraduate students in Brazil. The basic themes of the National Patient Safety Program will be considered. This will be done through a scope review. **Methods:** The theoretical frameworks were selected through a literature review, following the scoping review method and the protocol of the Joanna Briggs Institute. The consulted databases included the National Library of Medicine (PubMed), the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (BIREME), the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), the Education Resources Information Center (ERIC), and the multidisciplinary database (Scopus). National and international publications in English, available online and published from 2013 onwards were selected. A total of 1422 records were found in the searches, and a selection of 12 research articles including theses, dissertations, and scientific papers, were presented in the flowchart of Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma) recommendations. The selected studies were organized in tables, presenting information such as number, author, year of publication, Brazilian region, study type, study objective, participants, theoretical framework, educational intervention goals, National Patient Safety Program theme addressed, course content, educational strategy, instructional resource, intervention duration, and outcome level according to the Kirkpatrick method, as well as the institution promoting the educational activity. **Results:** The Brazilian regions that published the most studies on educational activities for patient safety were the

South and Southeast. The studies presented various methods, with experience reports being the most frequent. Regarding methodology, qualitative approach was the most utilized. The nursing team (nurses, technicians, and nursing assistants) was the predominant population in the studies. The main findings regarding the most utilized educational strategies were realistic simulation and problematization. The most addressed themes of the National Patient Safety Program were healthcare-associated infection and safety in prescription, medication use, and administration.

**Conclusions:** This review allowed the identification of critical factors for the development and improvement of educational interventions related to patient safety, adherence to the main protocols of the National Patient Safety Program, as well as gaps in educational interventions regarding effective communication and the importance of evaluating trainings, as well as measuring their impact on healthcare.

**Keywords:** Healthcare professionals. Educational activities. Patient safety. Healthcare services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Linha do tempo de criação de cuidados aos pacientes.....	24
<b>Figura 2</b> - Trajetória da Segurança do paciente no Brasil.....	27
<b>Figura 3</b> – Níveis de Avaliação de Kirkpatrick (2006).....	35
<b>Quadro 1</b> - Protocolos básicos para a segurança do paciente.....	29
<b>Quadro 2</b> - Descritores DeSC/MeSH e palavras chaves.....	45
<b>Quadro 3</b> - Caracterização dos 12 estudos incluídos na revisão por sequência numérica, autor, ano de publicação, região brasileira, tipo de estudo, objetivo e participantes.....	51
<b>Quadro 4</b> - Atividades Educacionais com foco na segurança do paciente, desenvolvidas no Brasil a partir de 2013.....	57
<b>Quadro 5</b> - Métodos de avaliação utilizado nas Atividades Educacionais com foco na segurança do paciente desenvolvidas no Brasil a partir de 2013.....	62
<b>Quadro 6</b> - Contexto dos estudos.....	64
<b>Fluxograma 1</b> - Processo de Seleção dos Estudos da Revisão de acordo com a recomendação segundo o Prisma.....	48
<b>Gráfico 1</b> - Distribuição das publicações por ano.....	50
<b>Gráfico 2</b> - Porcentagem das publicações por região brasileira.....	50
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição da população quantificada nos estudos.....	55
<b>Gráfico 4</b> - Porcentagem dos temas abordados do PNSP.....	56
<b>Gráfico 5</b> - Porcentagem de avaliação da intervenção educacional, segundo o método de avaliação de Kirkpatrick.....	62
<b>Gráfico 6</b> - Porcentagem por Unidade de Saúde, onde a intervenção foi realizada.....	64
<b>Gráfico 7</b> – Porcentagem das Instituições promotoras das intervenções educacionais.....	64

## LISTA DE SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
Cebas-Saúde	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PANASST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNASS	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNEPS	Política Nacional em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
Prisma	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
Proadi	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
QualiSUS	Qualidade da Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
Rebraensp	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação no Setor de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Vigipos	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>22</b>
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E ASPECTOS HISTÓRICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	22
2.2 O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP).....	27
2.3 O QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO E A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	36
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>38</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	39
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>39</b>
4.1 DELINEAMENTO .....	39
<b>4.1.1 Pergunta de pesquisa .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1.2 População.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1.3 Conceito.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1.4 Contexto .....</b>	<b>43</b>
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	43
4.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	44
4.4 SELEÇÃO DE ESTUDOS.....	45
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>50</b>
5.1 CARACTERÍSTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS .....	50
5.2 ATIVIDADES EDUCACIONAIS COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE, DESENVOLVIDAS NO BRASIL DESDE 2013.....	56
5.3 CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS .....	63
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>65</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A - Estratégia de busca realizada em 1 de novembro de 2021 .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE C - Estudos inelegíveis após revisão do texto completo.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE D - Protocolo <i>Scoping Review</i> .....</b>	<b>90</b>

## APRESENTAÇÃO

Na semana em que completei 42 anos, decidi que entraria pela terceira vez no mestrado. Depois de muitos anos batendo cabeça, aprendi a ouvir minha intuição, já abdiquei de tantas oportunidades por deixar de dar atenção àquele friozinho no estômago que diz “O que está esperando?”.

Sabe aquele sentimento de medo e de que não daria conta, até o ponto de paralisar? Então, é este. Mas nesta época, decidi me desafiar e não permitir que nem minhas provas e expiações individuais, tampouco a coletiva “pandemia pelo coronavírus” me fizessem parar. Fácil não foi, mas quem disse que seria impossível?

Acredito que, quando você tem um sonho, não necessariamente vai realizá-lo, mas é importante ter a certeza que lutou por ele. Nossas vidas são constituídas por lutas e escolhas, então, sempre penso que ninguém mais do que você mesmo sabe do que é capaz de realizar. Quando lembro de onde eu vim, questiono para quê, e quero fazer o melhor, sempre com muita gratidão.

Nasci num lar simples desprovido de luxo, mas rico de amor, fé e esperança. A matriarca, uma guerreira lutadora, que temia que as três filhas sofressem com a falta de privilégio social e com o machismo, logo era a maior incentivadora para que estudássemos. Parte dessa fortaleza materna, provinha da minha avó que, por volta dos 60 anos, foi deixada por seu marido com quatro filhos e seguiu adiante. Conto isso, porque tenho orgulho em falar das minhas origens. Mas também, não posso deixar de falar do meu pai, prova viva da evolução humana.

Ao longo da minha adolescência observei a evolução do meu pai, ao passo em que crescia e compreendia o mundo, a transição de um homem machista e ditador a um provedor, protetor, sonhador e religioso. Ele precisava mudar, já que deu a oportunidade de vida a três mulheres fortes e empoderadas. Além de um filho, símbolo da paz e do respeito. Ele também é responsável pela mudança de comportamento do pai, ao mostrar que há várias formas de ser homem.

Nós pais, achamos que, ao assumir a maternidade e paternidade, somos conhecedores experientes, prontos para ensinar e que receberemos um ser inexperiente e, assim, nos colocamos na condição professoral quando, na verdade, aprendemos mais do que ensinamos.

Mas vamos lá, relatei este breve histórico porque ao longo da vida profissional me deparei com situações semelhantes ao meu contexto familiar e, até hoje, as vivencio. Aliás, a

família é a primeira escola a nos preparar para os desafios da grande parentela conhecida como humanidade.

Sempre fui uma profissional muito questionadora, não para testar o conhecimento do outro, mas para aprender e entender o porquê das coisas. Questionava: “Por que as pessoas nos hospitais públicos são tratadas tão indignamente?” Parecia ter que ser sujo, desorganizado, desrespeitoso, agressivo, e assim por diante. Esta era a forma que percebia o sistema a partir da pequenez do meu conhecimento do cenário político, entretanto, sempre tive a convicção que o sistema é composto por pessoas, logo, tínhamos a responsabilidade pelo descaso também.

Entrei na enfermagem em meados dos anos 1990, recordo-me de um evento adverso com um grande queimado que marcou a minha vida. *“A você, que não recordo mais o nome, dedico toda a minha militância por um cuidado seguro. O seu corpo sofreu com a minha falta de habilidade e a omissão dos experientes, mas serviu como instrumento para a minha aprendizagem e não ficou em vão”*. Na época dos fatos, eu queria conversar sobre o evento, para entender porque aconteceu, e o que precisava ser feito para não acontecer mais, não tive apoio, apenas julgamentos por ser aluna, tive minha voz abafada, recebi a ordem de não mais tocar no assunto e esquecer. Em resumo, abafar o assunto para não repercutir.

Depois do ocorrido, muitas vezes, tinha vontade de desistir, de não mais fazer a graduação em enfermagem. Era difícil encarar o descaso com a vida, mas o foco era exatamente em quem eu queria ser e não no que as pessoas eram. Em minha cabeça, eu não tinha a opção de desistir. Então, buscar conhecimento era a maior arma para acabar com a incerteza.

Após este incidente com dano, comecei a perceber os inúmeros eventos adversos decorrentes do cuidado e, as tratativas superficiais, ineficazes e insuficientes. Na verdade, os profissionais tinham medo de falar sobre os erros, porque tinham medo da punição. Os líderes analisavam as pessoas e não o sistema. Assim sendo, não se tinha a real compreensão das verdadeiras causas dos eventos adversos e, quando as conheciam, não as abordavam porque envolvia Beltrano e Fulano. Por este motivo, o deferimento da punição estava diretamente relacionado aos envolvidos. Para os gestores, falar dos erros era o mesmo que se autodeclarar “incompetentes”, logo, era oportuno omitir as informações ou julgar o outro como insuficiente para a instituição.

Indignada com o contexto, este foi o início da minha militância numa época em que não se ouvia o termo “segurança do paciente”. Nunca tive a pretensão de alcançar grandes feitos ou notoriedade na temática, mas tinha o desejo imenso de influenciar as pessoas do meu ciclo profissional a pensarem sobre.



Desde minha formação inicial - Graduação em Enfermagem -, estive um curto período como enfermeira assistencial, minha trajetória é marcada pela liderança de grandes grupos no setor privado, filantrópico e público. A atuação nas instituições públicas e filantrópicas foram e são as mais desafiadoras, os obstáculos diferem, mas existe um ponto de convergência - processos conforme os seus interesses pessoais.

Nestas instituições, me deparei com algumas barreiras políticas e mudanças dos cenários hospitalares, entre elas, a precariedade da saúde e, conseqüentemente, a insuficiência dos recursos humanos e a baixa qualificação, porém, os desafios iam além disso. O primeiro desafio consiste em envolver e conscientizar as equipes quanto ao cuidado que ofertamos para o outro, uma vez que este deve ser o mesmo que oferecerão para nós. O segundo maior desafio, remete-se à conscientização dos administradores/gestores quanto à estrutura necessária para entregar um cuidado seguro, o que implica em investimentos diversos, como: estrutura, processos e pessoas. A maioria esmagadora verbaliza que compreende a necessidade, mas poucos têm a disposição gerencial para bancar isso, até porque não é algo simples, trata-se de gestão.

Ao longo da minha trajetória como gestora em saúde, trabalhei em cinco grandes empresas, com cultura de segurança e visão de negócios bem diversificadas, oportunidades únicas para uma questionadora como eu. Destas, apenas uma foi a minha escola, na qual aprendi como respeitar o próximo e a efetividade do cuidado com o outro. Trabalhei nela por 10 anos, e ali me consolidei como gestora, a ela devo toda a gratidão.

Como disse anteriormente, tive outras oportunidades para o mestrado, mas precisei parar em virtude de as atividades extrapolarem a carga horária semanal. O gestor tem contrato assinado de 40 horas semanais, mas a demanda precisa de 24 horas, 7 dias por semana, de domingo a domingo, ininterruptos. Aliás, o serviço funciona neste período. Diante disso, parar foi a escolha certa naquele momento.

Em 2015, após sair de uma das instituições, fui presenteada com um convite para atuar como consultora em saúde em um grande projeto de melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS), financiado pela Organização Pan-Americana (OPAS). Atuei como consultora, mentora e instrutora. Nesta ocasião encontrei-me, porque gosto de instruir, orientar, avaliar, planejar e melhorar. Acho que um dos sentidos da vida é a capacidade de transformação e essa atividade me proporcionou isso.

Assim, chego em São Carlos em 2017, como consultora. Em 2018, recebi o convite para efetivar como celetista, aceitei, assinei o contrato mais desafiador da minha carreira profissional e humana, mas não menos importante para a minha evolução profissional e espiritual.

Em 2018 também obtive conhecimento do mestrado profissional na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), mas só em 2019 ingressei como aluna especial e, finalmente, em 2020 como aluna regular. Essa oportunidade, despertou-me o interesse por identificar a vinculação acadêmica com a prática profissional, na qual foi possível oportunizar conhecimento e habilidades para transformar meu ambiente de trabalho em relação ao modelo de atenção, e reorganizar o processo de trabalho por meio da construção de um novo modo de assistir o paciente.

Ao ingressar no mestrado, já tinha um esboço de um projeto que propunha uma discussão da reorganização do processo de trabalho, considerando o ponto de vista da gestão. Entretanto, no primeiro encontro com a orientadora, conversamos acerca da importância da educação e da qualificação profissional. O foco da conversa centrou-se na baixa qualificação profissional e nos resultados desastrosos para o cuidado, apresentados de forma recorrente. Neste encontro, a orientadora, hoje amiga, inspirada por uma força maior, sugeriu “*Poderíamos pesquisar sobre a educação e a segurança do paciente*”, naquele momento, não tive dúvida - era a extensão e o chamamento para continuar e não tirar o foco de minha militância na saúde. Sem dúvida e, com muita felicidade, demos início a um trabalho que, além do valor acadêmico, também tem um valor afetivo e social.

Acabei transformando os meus desafios em aliados, uma vez que consegui transpor em minha pesquisa o cenário da educação na saúde para a segurança do paciente. Desta forma, não discutirei apenas com as minhas vivências, mas com as evidências científicas encontradas.

Nesta conjuntura, a possibilidade de aprimorar conhecimentos que subsidiem as negociações na minha área de atuação consiste em um fator de grande motivação e, permite ainda, vislumbrar impactos positivos na relação sociedade-academia, além das repercussões decorrentes desse processo para toda categoria. E, com isso, motivo-me a aprimorar-me como profissional e a buscar, incessantemente, a transformação da realidade do espaço de atuação.

## 1 INTRODUÇÃO

O monitoramento da qualidade da assistência à saúde continua sendo um desafio para as instituições de saúde, apesar do crescente interesse em medir os benefícios da qualidade da assistência à saúde tanto para profissionais quanto para melhores resultados para os pacientes (GOUVÊA, 2015).

Os representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmam que inúmeros países já reconhecem a importância da segurança do paciente e estão trabalhando com planos para melhorar a qualidade do atendimento, o que leva à segurança do paciente. Além disso, eles reconhecem a importância de capacitar os profissionais de saúde acerca dos conceitos e princípios de um cuidado seguro. Além disso, enfatizam a necessidade de aprimorar competências profissionais para podermos acompanhar a evolução e complexidade do sistema e ter uma força de trabalho cada vez mais qualificada (MARRA; SETTE, 2016).

Landrigan (2011, p. 464), afirma que “se quisermos realmente aprimorar a segurança e a qualidade do atendimento, devemos identificar quais aspectos desse formato não estão funcionando bem e reunir vontade e recursos para construir algo melhor”. Logo, os problemas que estão sendo identificados na assistência à saúde em todo o mundo, são resultados do formato do sistema.

Para Gouvêa (2015) a necessidade de adotar medidas para garantir a segurança do paciente aumentou quando as evidências de problemas de saúde relacionados à insegurança no processo de atendimento se tornaram públicas na década de 1990. Hospitais são o lugar onde os riscos associados ao atendimento são maiores, e onde as estratégias para melhorar o atendimento são mais documentadas.

A concepção de qualidade está presente em todas as avaliações de saúde, cuja principal característica consiste em uma mensuração de valor, que, quando positiva, significa ter qualidade. Devido à multidimensionalidade e subjetividade do conceito, o que corrobora para que sua definição e seus diferentes componentes tenham significados diversos para inúmeros autores (MARTINS, 2019 *apud* DONABEDIAN, 1980). A complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologia aumentam os riscos da prestação de assistência médica. No entanto, implementar uma abordagem simples e eficaz pode ajudar a prevenir e mitigar os danos nesses serviços, como seguir protocolos específicos para lidar com barreiras de segurança do sistema e fornecer educação continuada (OLIVEIRA, 2014).

Para Urbanetto e Gerhardt (2013), os obstáculos para o acultamento da segurança do paciente são imensos, mas não insuperáveis. Esses obstáculos incluem a necessidade de

estabelecer estratégias eficazes em três áreas: formação de profissionais da saúde, assistência em todos os níveis de atenção à saúde e pesquisa. Os autores afirmam que a educação com foco no desenvolvimento das competências para a segurança do paciente pode contribuir para um cuidado mais seguro (URBANETTO; GERHARDT, 2013).

Entretanto, a falta de tempo e oportunidade para qualificação e atualização profissional, além da baixa qualidade da formação, contribuem para cuidados cada vez mais inseguros. Landrigan (2011), ressalta que o excesso de horas de trabalho e a sobrecarga de demandas são dois dos vários fatores que podem afetar a segurança dos pacientes e, conseqüentemente, a saúde dos profissionais que trabalham nesta área. O autor acredita que os problemas e as melhorias na atuação laboral e na segurança do paciente podem ser reduzidos com a divisão de tarefas e a reorganização de horários podem contribuir como oportunidades de melhoria.

Outros prontos considerados referem-se às condições inseguras do cuidado, que se devem, na maioria das vezes, a uma estrutura física inadequada e recursos materiais insuficientes, falta de processo de trabalho, escassez de recursos financeiros, baixo investimento em qualificação profissional e desvalorização da questão da “segurança do paciente”, favorecendo os eventos adversos. Reduzir danos evitáveis requer um esforço acentuado, contínuo e coordenado por todas as partes interessadas e com abordagem total dos sistemas para assegurar o cuidado (ANVISA, 2017, p. 42).

Conseqüentemente, esses eventos adversos têm um impacto desastroso nos sistemas de saúde, porque aumentam a morbidade, a mortalidade, o tempo e os custos de tratamento dos pacientes, além de afetar outros setores sociais (ANVISA, 2017). Para considerar efetivamente a variabilidade dos aspectos relacionados aos efeitos colaterais dos serviços de saúde, também é necessário conhecer a real extensão de sua ocorrência.

Nesse sentido, o estudo de possíveis fatores de risco, fontes e causas dos episódios como um dos instrumentos para lidar com questões de segurança e qualidade ajuda a compreender a dinâmica da ocorrência de danos, e a orientar mudanças nas práticas, auxiliando regulamentações (ANVISA, 2013).

O evento adverso é definido como “incidente que resulta em dano ao paciente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 7).

Após uma revisão breve da literatura, descobriu-se que existem discussões teóricas sobre qualidade e segurança do paciente, mas poucos estudos sobre atividades educacionais voltadas para a formação de profissionais de saúde atentando-se a essas discussões. A hipótese levantada é a de que as ações educacionais para profissionais da saúde com foco nesta temática são incipientes no Brasil. Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa foi evidenciar as atividades

educacionais com foco em segurança do paciente desenvolvidas no Brasil, uma vez que a literatura tem apontado a importância dos processos formativos para o fortalecimento da cultura da segurança nas instituições de saúde.

O ponto de partida foi refletir sobre a segurança na perspectiva da formação dos profissionais de saúde e, assim, mapear as atividades educacionais com foco na segurança do paciente desenvolvidas no Brasil.

Considerando o tema atividades educacionais com foco na segurança do paciente, o objeto de pesquisa proposto neste estudo faz a seguinte pergunta de pesquisa:

- Como as atividades educacionais com foco em segurança do paciente estão sendo desenvolvidas para os profissionais e graduandos em saúde no Brasil?

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se a metodologia *Scoping Review*, conhecida como estudo de escopo.

A presente dissertação encontra-se dividido em quatro capítulos. Inicia-se com a fundamentação teórica, dos principais temas discutidos. O segundo capítulo apresenta o percurso metodológico desenvolvido para se atingir os objetivos propostos. A seguir, são apresentados os resultados encontrados e, finalmente, a discussão dos dados no quarto capítulo.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Serão apresentados abaixo, elementos que fomentam o entendimento do leitor junto aos principais temas abordados nesta construção teórica.

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E ASPECTOS HISTÓRICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Há mais de 350 a.C., o médico mais célebre da antiguidade, Hipócrates, considerado o pai da medicina, acreditava que a doença era resultado de um desequilíbrio de humores. Em sua prática, afirmou que o médico deve dirigir os cuidados para que o paciente se recupere, abstendo-se de toda a maldade e danos. Além disso, o médico também explicitou a primeira ideia de segurança do paciente à época, com a frase "Primum non nocere", que significa "primeiro não causar dano" (TRINDADE; LAGE, 2019, p. 44). É possível entender esse princípio na bioética como a ideia de que é necessário não ferir ou colocar em risco alguém (DALCIN, et al, 2020).

No final do século XIX, a comunidade médica e a sociedade em geral acreditavam que os eventos adversos ocorriam por consequência do comportamento de alguns profissionais e apresentavam baixo impacto no desfecho clínico do paciente. Florence Nightingale, a enfermeira inglesa que revolucionou a enfermagem e o ensino no século XIX, examinou as condições dos hospitais ingleses e propôs mudanças nos cuidados para melhorar a segurança dos pacientes (TRINDADE; LAGE, 2019, p. 44; DALCIN, et. al, 2020). Também foi a primeira enfermeira a relacionar as infecções nos hospitais com a prestação de cuidados nos hospitais e a primeira a defender a necessidade de intervenções para prevenir essas infecções (PINA; FERREIRA; MAFALDA, 2019, p. 139).

Em 1912, no Congresso Clínico de Cirurgiões de Nova Iorque, foi tomada a decisão de fundar o Colégio Americano de Cirurgiões, que anos depois aprovou a resolução que exigia a padronização de equipamentos hospitalares e do processo do trabalho, visando a segurança do paciente. Ali originava os processos de padronização em saúde, tal como a conhecemos hoje, acreditação em saúde.

Posteriormente, em 1951, a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais (JCAH) foi fundada nos Estados Unidos. A Associação do Colégio Americano de Cirurgiões, a Associação Médica Americana, o Colégio Americano de Clínico, a Associação de Hospitais e a Associação Médica Candadense, nos Estados Unidos, criaram a Joint Commission on

Accreditation of Hospitals (JCAH), como modelo de acreditação em todo o mundo (NORONHA; COSTA; SOUSA, 2019, p. 59-76).

Numerosos sinais de risco e agravos à saúde foram identificados e sinalizados, mas não foram entendidos, sendo ignorados até a publicação do relatório "To err Is Human: building a safer health system".

A publicação do relatório *To Err Is Human*, nos Estados Unidos nos anos 2000, rompeu o silêncio sobre os erros médicos e suas consequências. Este relatório não tem pretensão de apontar culpados, mas chamar a atenção para um problema de saúde que precisa ser resolvido. O relatório apresenta um plano de ação nacional para reduzir os erros e melhorar a segurança do paciente por meio de cuidados de saúde mais seguros

Este relatório, por mais de vinte anos, propôs soluções para problemas de saúde que afetam todos. A comissão forneceu uma breve lista de medidas que podem ser tomadas para garantir um cuidado seguro, como: aumentar a conscientização do público e das organizações de saúde sobre o problema; organizar sistemas de pagamento e prestação de contas que promovam melhorias na segurança; criar programas de treinamento e educação que enfatizem a importância da segurança, envolvendo administradores e líderes de saúde para implementar mudanças significativas e estabelecer uma cultura de segurança, que afetará as decisões diárias das pessoas que trabalham na área de saúde (DONALDSON, 2000).

O Brasil começou a implementar a estratégia da Rede Sentinela em meados de 2001. Essa estratégia consiste em um observatório ativo, que ajuda o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária a obter informações confiáveis sobre o desempenho das instituições de saúde. No entanto, não expressou claramente que a segurança do paciente era o objetivo principal. Essa estratégia crucial para o sistema de saúde foi criada pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) No 1.660, de 22 de julho de 2009, após oito anos da sua publicação. O objetivo era investigar os eventos adversos relacionados aos serviços e produtos de saúde (OLIVEIRA; XAVIER; SANTOS JUNIOR, 2013).

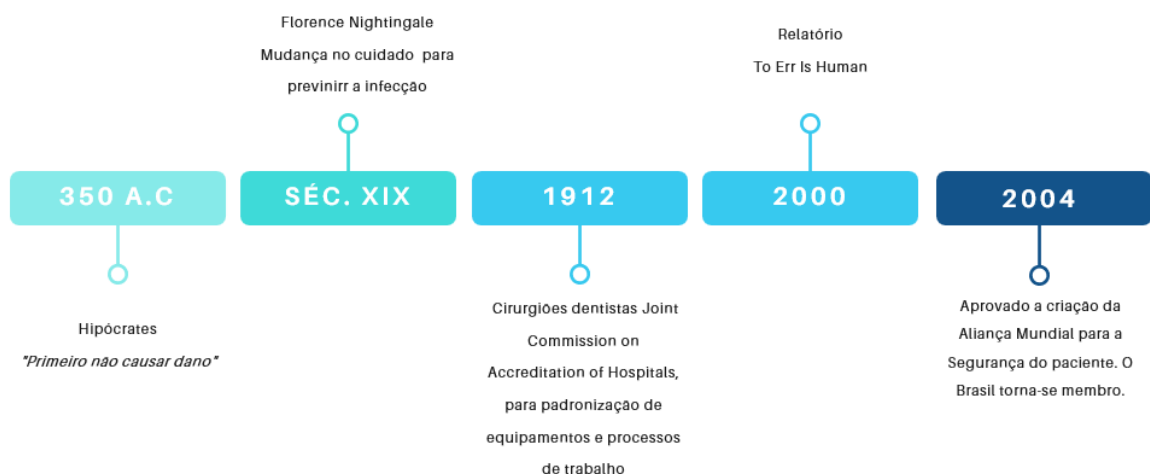
Quando a incidência de danos ao paciente na assistência à saúde começou a ser avaliada, a dimensão do problema chamou a atenção de profissionais e gestores de saúde, acadêmicos/pesquisadores, tomadores de decisão, grupos de direitos do paciente e a sociedade. Atualmente, sistemas e organizações de saúde em todo o mundo buscam alternativas e soluções para melhorar a qualidade e a segurança do paciente (SOUSA; MENDES, 2019).

Atualmente, a Segurança do Paciente é definida como a redução dos riscos de danos e sofrimento associados ao cuidado em saúde, dos pacientes e de suas famílias, a um mínimo aceitável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; OMS, 2016). A OMS define o dano como o

“comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico” (ANVISA, 2013; OMS, 2016, p. 2)

Na 57ª Assembleia Geral da OMS, em maio de 2004, foi aprovada a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O objetivo da iniciativa é aumentar a segurança do paciente por meio da educação na saúde, treinando os trabalhadores em práticas assistenciais seguras e promovendo o cuidado de saúde centrado no paciente em todo o mundo. Além disso, propõe aumentar o compromisso político dos países signatários para melhorar a segurança do paciente, e o Brasil é um dos membros (OMS, 2016). A linha do tempo no Mundo foi esquematizada a seguir.

**Figura 1** – Linha do tempo de criação de cuidados aos pacientes



Fonte: Autoria Própria (2023).

Considerando a necessidade de acompanhamento e controle, o Ministério da Saúde (2009), por meio da Portaria Nº 1.660, instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipos), que tem por premissa identificar as não conformidades relacionadas com os estabelecimentos de saúde, com o propósito de mitigar possíveis danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Em 2010, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp) e o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) se comprometeram a apoiar as campanhas de segurança do paciente e a educação em saúde. As pessoas com muita experiência na prática clínica, no ensino e/ou na pesquisa reuniram-se neste contexto para discutir os pontos



de maior relevância na prática de enfermagem com base em evidências científicas atualizadas (Coren-SP, 2010).

Como resultado desse compromisso, foi elaborada a cartilha com os “*10 passos para a Segurança do Paciente*”, sendo estes:

1. Identificação do paciente; 2. Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; 3. Cateteres e sondas – conexões corretas; 4. Cirurgia segura; 5. Sangue e hemocomponentes – administração segura; 6. Paciente envolvido com sua própria segurança; 7. Comunicação efetiva; 8. Prevenção de queda; 9. Prevenção de úlcera por pressão e 10. Segurança na utilização de tecnologia (COREN-SP, 2010, p. 1).

Além da elaboração da cartilha, o Coren-SP (2010), visando qualificar a assistência de enfermagem e promover a Segurança do paciente, “declara seu compromisso em desenvolver ações que visem à promoção da segurança do paciente, atuando no âmbito da educação, prática clínica, pesquisa e cultura organizacional alicerçada nos preceitos éticos e legais da profissão” (Coren SP, 2010, p. 2).

Dentre as ações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), foi elaborado uma série de manuais para instruir as ações de segurança do paciente, entre 2010 e 2021, composto por 10 cadernos, intitulados “*Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*.” Sendo eles:

- Caderno 1 - Assistência Segura - Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática; Caderno 2 - Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; Caderno 3 - Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde Neonatologia; Caderno 4 - Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; Caderno 5 - Investigação de Eventos adversos em Serviços de Saúde; Caderno 6 - Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; Caderno 7 - Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde; Caderno 8 - Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana; Caderno 9 - Medidas de Prevenção de Endoftalmite e de Síndrome Tóxica do Segmento Anterior Relacionadas a Procedimentos Oftalmológicos Invasivos e; Caderno 10 - Prevenção de Infecção de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde. (ANVISA, 2021, p. 2).

Além dos protocolos acima mencionados, o PNSP (Programa Nacional de Segurança do Paciente) também instituiu como estratégia para promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento.

Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual. (BRASIL, 2013, p. 43)

O Ministério da Saúde, aprovou a Portaria MS/Gabinete do Ministro (GM) nº 529/2013, que fornece diretrizes para a criação de protocolos guias e manuais relacionados à segurança do paciente. No mesmo ano, também publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 36, que estabeleceu o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

O Plano de Ação Nacional para Avançar a Segurança do Paciente foi apresentado recentemente em Boston, Massachusetts, pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI, 2020a). De acordo com este estudo, quatro componentes essenciais e interdependentes foram priorizados para estabelecer a segurança total dos sistemas:

1. Cultura, Liderança e Governança: O imperativo para líderes, órgãos de governança e formuladores de políticas para demonstrar e promover nossos compromissos profissionais profundamente arraigados com a segurança como valor central e promover o desenvolvimento de culturas de segurança.
2. Envolvimento do paciente e da família: A disseminação do envolvimento autêntico do paciente e da família; a prática de co-projetar e co-produzir cuidados com pacientes, famílias e parceiros de cuidados para garantir sua parceria significativa em todos os aspectos do projeto de cuidados, prestações e operações.
3. Segurança da Força de Trabalho: Garantir a segurança e resiliência da organização e da força de trabalho é uma pré-condição necessária para o avanço da segurança do paciente; precisamos trabalhar para uma unificação, total perspectiva e abordagem baseada em sistemas para eliminar danos aos pacientes e à força de trabalho.
4. Sistema de Aprendizagem: Estabelecimento de aprendizagem em rede e contínua; fomentando sistemas de aprendizagem dentro e entre as organizações de saúde nos níveis local, regional e nacional para incentivar amplo compartilhamento, aprendizado e melhoria. (IHI, 2020a, p. 3)

Em relação ao sistema de aprendizagem, as recomendações são as seguintes: promover o aprendizado interorganizacional e intraorganizacional; acelerar o desenvolvimento de melhores práticas nas instituições formadoras; investir e desenvolver sistemas que facilitem a educação e treinamento interprofissional em segurança do paciente; e promover a cooperação, colaboração e coordenação em toda a indústria de segurança do paciente (IHI, 2020B).

O Comitê Diretor Nacional do IHI (2020b) concorda que, desde a publicação do relatório "*To Err Is Human*", do *Institute of Medicine*, os sistemas de saúde tiveram um grande avanço. No entanto, há mais esforço necessário para abordar os problemas evitáveis nos cuidados de saúde. Como resultado, o comitê lançou o Guia de Recursos para a Implementação do Plano de Ação Nacional para Avançar a Segurança do Paciente, a fim de enfatizar a importância de implementar as quatro áreas de iniciativas de segurança do paciente para estabelecer as bases para as boas práticas. Devido ao fato de que eles precisam avançar juntos para alcançar resultados mais amplos, essas áreas são dependentes umas das outras.

O *Institute for Healthcare Improvement* (2020b), ressalta a importância das organizações: comprometer-se com o aprendizado contínuo dentro dos serviços; desenvolver e melhorar os processos internos; aumentar a confiabilidade e a transparência por meio do compartilhamento de dados em um sistema de aprendizado em rede integrado (IHI, 2020b).

A construção de um sistema de aprendizagem em serviços de saúde é vista como uma ação estratégica para avançar no estabelecimento de cuidados de saúde seguros para os pacientes no momento atual. Esse tipo de organização deve estar alinhado com a cultura da instituição.

Portanto, a articulação proposta pelo PNSP com o Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação para incorporar o tema da segurança do paciente nas grades curriculos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e pós-graduação, além da formação permanente e continuada em serviço, não é uma sugestão exclusiva do Brasil, mas serve para todos os países que visam promover a educação em saúde com foco na melhoria contínua.

## 2.2 O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004, p. 1) define o conceito de Segurança do Paciente como a “*redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável*”.

**Figura 2** - Trajetória da Segurança do paciente no Brasil.



Fonte: Autoria Própria (2023).

O marco legal da segurança do paciente como ação de saúde pública no Brasil, ocorreu em abril de 2013 após a divulgação do Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM N.º 529/2013 para instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual objetiva “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”, de forma a oferecer uma assistência segura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 2).

A Portaria supracitada, prevê em seus objetivos específicos:

I-promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 3)

Além da Portaria, em 2013, o Ministério da Saúde divulgou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N.º 36/2013 que tem por objetivo “instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde”. Tal documento tem o propósito de elencar os principais riscos e orientar as estratégias para a gestão de risco, de modo a prevenir e mitigar os incidentes durante o processo assistencial (BRASIL, 2013, p. 12).

Dentre as ações, a RDC 36 prevê a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde, assim como a vigilância, o monitoramento e as notificações dos eventos adversos. Dessa forma, o NSP constitui um importante dispositivo para a qualidade dos processos assistenciais, sendo considerado pela Anvisa uma “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (ANVISA, 2013, p. 2).

Neste período, a Rebraensp (2013) publica as *Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde*. Tal documento faz referência aos desafios globais formulados pela Aliança Mundial para a Segurança do paciente com 12 estratégias para prevenir os danos e promover a segurança do paciente.

A partir do PNSP, inúmeras estratégias foram elaboradas para impulsionar o plano de segurança do paciente. Reconhecendo a complexidade da implantação, a Anvisa, com a finalidade de promover a implantação das ações previstas na RDC N.º 36, orienta as principais atribuições do NSP e o passo a passo para implementar os protocolos definidos pelo Comitê de

Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), de modo a prevenir as complicações decorrentes da assistência à saúde (BRASIL, 2013). Tais como: a) infecções relacionadas à assistência à saúde; b) procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; c) prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; d) processos de identificação de pacientes; e) comunicação no ambiente dos serviços de saúde; f) prevenção de quedas; g) úlceras por pressão; h) transferência de pacientes entre pontos de cuidado, e i) uso seguro de equipamentos e materiais.

Considerando a RDC 36, em 2013, a Anvisa estabeleceu os seis protocolos básicos para a segurança do paciente, apresentados do Quadro 1. (BRASIL, 2013).

**Quadro 1** - Protocolos básicos para a segurança do paciente

<b>META</b>	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>
<b>1</b>	Identificar corretamente o paciente
<b>2</b>	Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
<b>3</b>	Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
<b>4</b>	Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos
<b>5</b>	Higienizar as mãos para evitar infecções.
<b>6</b>	Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

**Fonte:** Elaborado pela autora (2022).

Diante do contexto, a inserção do tema *segurança do paciente* na formação profissional e na educação permanente deve ser considerada como a principal estratégia para a promoção do cuidado seguro, de modo a reforçar a importância da construção do conhecimento acerca da temática prévia à atuação profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). De fato, o envolvimento da educação, da atenção à saúde, a gestão e o controle social, quando bem articulados, contribuem para uma assistência livre de danos.

Além disso, o conjunto de iniciativas da Anvisa, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de forma a contribuir com o PNSP, visam promover o desenvolvimento e a qualificação do SUS, de modo a instruir os serviços por meio dos projetos e programas, como:

O Programa Hospital Sentinela; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS); a parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e as entidades de Saúde detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-Saúde); o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede); a Política Nacional de Humanização (PNH); o processo de certificação dos Hospitais de Ensino, sob a coordenação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) – Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011) e a

Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que estabelece as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, recentemente pactuada na comissão intergestora tripartite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014. p. 14).

Posterior a isso, a Portaria No 774, DE 13 DE ABRIL DE 2017, estabelece diretrizes para o registro dos Núcleos de Segurança do Paciente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Portanto, esse conjunto de ações potencializa o PNSP, contudo, a inserção da tecnologia na saúde é acelerada. Anualmente, são inseridos novos medicamentos, equipamentos, materiais, em todos os âmbitos da saúde. A atuação na segurança do paciente promove inovação contínua. Desta forma, é imprescindível aos Serviços de Saúde, a incorporação das novas tecnologias nos programas de educação permanente e formação profissional, ademais a segurança do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

### 2.3 OS PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, a aprendizagem significativa:

Diferentemente da aprendizagem automática, é um processo que leva ao desenvolvimento de redes conceituais (isto é, mapeamento conceitual), as quais podem ser aplicadas em diferentes situações, de modo a apoiar a criatividade e a resolução de problemas. Segundo abordagens cognitivistas e construtivistas, também se refere à aprendizagem que faz sentido para os estudantes, uma vez que está conectada às suas experiências pessoais e é orientada praticamente (UNESCO, 2016. p. 18).

A aquisição de conhecimento (aprendizagem) é a capacidade fundamental de compreender os processos de aprendizagem e as lacunas de aprendizagem, a fim de adquirir, organizar e integrar novas habilidades e competências, e de buscar e usar novos conhecimentos na vida cotidiana. A aprendizagem baseada na experiência e no conhecimento prévio facilita a construção de novos conhecimentos para utilizá-los em diferentes contextos (UNESCO, 2013).

Os indivíduos planejam, observam e coordenam seu próprio aprendizado, deliberada ou intuitivamente, pois o aprendizado é um processo contínuo que ocorre ao longo da vida. Os indivíduos tratam as atividades de aprendizagem como objetos de investigação, autorreflexão e autoanálise quando aprendem. Este movimento aumenta a consciência do processo e da necessidade de aprendizagem, bem como a capacidade de identificar oportunidades e superar

desafios. A formação de cada pessoa é única, mas o aprendizado e a constituição do próprio conhecimento dependem de relações (UNESCO, 2013; NUNES; SILVEIRA, 2015).

Assim, a aprendizagem permite a aquisição de novos conhecimentos incorporados às experiências que as pessoas acumulam ao longo da vida. Isso permite a construção de um novo saber, a promoção de diferentes estados de consciência, a reelaboração de conteúdo e a criação de mudanças no meio em que vivem. Esta aquisição é única para cada pessoa, porque aprendemos por nós mesmos, em diferentes momentos e maneiras, sem prescindir do outro, visto que precisamos uns dos outros para aprender e constituir a si. (NUNES; SILVEIRA, 2015).

Segundo Pelizzari (2002), há duas condições para o aprendizado: o aluno deve ter vontade de aprender; caso contrário, o aprendizado será mecânico, isto é, memorizar o conteúdo de forma literal e arbitrária. A segunda é que o conteúdo acadêmico a ser aprendido deve ser potencialmente relevante. É necessário entender o processo de mudança de conhecimento em vez de comportamento em sentido externo e observável para entender o aprendizado significativo. Também é necessário reconhecer a importância dos processos mentais nesse desenvolvimento.

Além disso, as ideias de Ausubel (1980) se distinguem pelo fato de se basearem em uma reflexão específica sobre o ensino e a aprendizagem, ao invés de tentar simplesmente generalizar conceitos de aprendizagem ou princípios explicativos, baseados em situações, ou contextos de aprendizagem.

A teoria de Ausubel tem o seu enfoque, principalmente, na aprendizagem cognitiva, segundo a qual as informações são armazenadas de um modo organizado, na mente do indivíduo que aprende, sendo esse complexo organizado a estrutura cognitiva. A base da sua teoria é que a aprendizagem deve ser significativa, isto é, o sujeito aprende e está aberto a aprender quando integra a nova informação nos conhecimentos previamente adquiridos (PRAIA, 2000, p. 121).

Nesse sentido, a abordagem humanística envolve os processos cognitivos e afetivos da aprendizagem, o que significa que o aluno tem total autonomia para fazer o que quiser. Desta forma o aluno é livre para conduzir suas escolhas, esta abordagem de ensino deve facilitar e apoiar a aprendizagem singular para favorecer a autorrealização (ROMÃO et al., 2022; MOREIRA, 1999).

De acordo com Moreira (1999), existem três formas gerais de aprendizagem: a cognitiva, a afetiva, e a psicomotora. A motora, está diretamente relacionada às respostas musculares desenvolvidas por meio de prática e treino.

Segundo Ferraz e Belhot (2010) existem vários recursos disponíveis para apoiar o planejamento didático-pedagógico, a estruturação, a organização, a definição de objetivos educacionais e a seleção de recursos de avaliação. Uma dessas ferramentas é a Taxonomia de Bloom, cujo objetivo é ajudar na identificação e declaração de metas relacionadas ao desenvolvimento cognitivo.

A Taxonomia de Bloom abrange os três domínios de aprendizagem:

O domínio afetivo refere-se a emoções, atitudes, apreciações e valores – como desfrute, conservação, respeito e apoio. O domínio psicomotor refere-se às habilidades motoras ou comportamentais que constituem a relação entre o processo cognitivo e o movimento físico na educação. O domínio cognitivo é descrito como o relembrar ou o reconhecer do conhecimento e o desenvolvimento de capacidades e habilidades intelectuais. (UNESCO, 2016, p. 2).

Freire afirma que o ensino e a aprendizagem ocorrem em dois momentos. Um é quando ensinamos e aprendemos o que já sabemos, e o outro é quando trabalhamos para criar novos conhecimentos. A compreensão do conhecimento existente é crucial, mas é ainda mais importante entender como podemos criar esse conhecimento (FREIRE, 2014).

A construção de novo conhecimento baseado em experiências anteriores é promovida pela aprendizagem significativa. Ao usar essa abordagem de ensino-aprendizagem, os aprendizes e facilitadores podem interagir uns com os outros. Isso aumenta a probabilidade de reconstrução de conceitos e compartilhamento de experiências. Essa abordagem é fundamental para a capacitação dos profissionais da saúde (ROMON, 2017).

Para Romão, et al. (2022, p. 54), a “perspectiva construtivista derivam as Metodologias ativas de Ensino Aprendizagem que estimulam a participação ativa dos aprendizes na construção do seu conhecimento ao invés de receber passivamente informações transmitidas pelos professores”. Como os adultos trazem consigo conhecimentos anteriores que devem ser valorizados, a "Andragogia" do aprendizado de adultos, apoiada na teoria de aprendizagem construtivista, tem o potencial de promover uma aprendizagem significativa baseada na elaboração de novo saber.

A Teoria de Aprendizagem Construtivista, o aluno é o centro do processo educacional por entender que ele constrói ativamente o conhecimento em vez de receber passivamente. Desta forma, o conhecimento de sujeito é uma função das suas experiências anteriores, estruturas mentais e crenças, que são utilizadas para interpretar objetos e eventos, para a constituição de um novo saber. Esta teoria é influenciada pelos trabalhos dos psicólogos Jean Piaget e Lev Vygotsky (IBE; UNESCO, 2016).



A teoria construtivista, calcada na aprendizagem baseada em problema, ganha destaque e aplicabilidade nas ações educativas para os profissionais de saúde, por envolver os alunos no processo de resolver problemas difíceis e relevantes para suas vidas e para a aprendizagem. Uma abordagem abrangente de aprendizagem, pesquisa, raciocínio e reflexão é favorecida por essa teoria, para promover mudanças no conhecimento, especialmente quando combinada com a aprendizagem colaborativa (IBE; UNESCO, 2016).

Para Portillo (2021), os processos que envolvem a transferência de conceitos e a troca de conhecimento visando transformar o contexto do ambiente de trabalho são o núcleo das ações. Para garantir que os objetivos de um projeto sejam alcançados corretamente, a avaliação é uma etapa essencial, por fornecer informações importantes para continuar o projeto e adaptá-lo, além de servir como base sólida para futuros projetos. Assim, os resultados individuais podem ser comparados apenas com os critérios de desempenho, não com os resultados de outras avaliações (PEREIRA, 2008).

O treinamento, o desenvolvimento e a qualificação dos funcionários estão entre as atividades mais importantes na gestão de pessoas em ambiente organizacional. O avanço tecnológico está se acelerando, e a popularização dos robôs, da informática, da microeletrônica, da química fina e da biotecnologia constitui a verdadeira revolução industrial (BORGES, 2009).

Borges (2009) afirma que a qualificação dos trabalhadores é um assunto emergente devido ao conjunto de inovações que redefinem o mundo do trabalho. Ao considerar o desafio da qualificação do trabalho, chegamos a um ponto final que conecta os processos de transição complicados que são apresentados e as políticas públicas projetadas para lidar com seus subprodutos.

Como afirmado por Abbad et al. (2009), as organizações experimentaram mudanças significativas nas últimas décadas. A necessidade de aumentar o capital humano levou as empresas - com e sem fins lucrativos, públicas e privadas -, a aumentar seus investimentos em treinamento, desenvolvimento e educação para facilitar o aprendizado contínuo e aprofundar as habilidades que promovem a adaptabilidade, flexibilidade e resposta, bem como as condições de organização e dinâmica organizacional. Assim, os resultados institucionais são melhorados e o cuidado seguro é promovido quando os trabalhadores da saúde são qualificados.

Portanto, desenvolver as competências dos trabalhadores da saúde ajuda os resultados institucionais e promove o cuidado seguro.

A combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, demonstrada pela capacidade de aplicar os resultados de aprendizagem em um contexto definido, é definido como competência. A competência não se limita a elementos cognitivos (como o uso de teoria,

conceitos ou conhecimento tácito). Também inclui aspectos funcionais (como habilidades técnicas), aspectos interpessoais (como habilidades sociais ou organizacionais) e valores morais (IBE; UNESCO, 2016; BRASIL, 2013).

Donald Kirkpatrick (1994) afirma que avaliar a eficácia do treinamento é mais importante do que simplesmente oferecer o treinamento. O autor sugere uma avaliação de treinamento estruturada em quatro níveis que podem ajudar na avaliação do resultado da intervenção quando usada em conjunto. Os níveis são organizados segundo a complexidade do processo de avaliação. Quanto mais complexo o processo, mais tempo é necessário para medir, mas também maior é a evidência dos resultados.

Todos os níveis são imprescindíveis.

Nível 1 – Percepção  
 Nível 2 - Aprendizagem  
 Nível 3 - Comportamento  
 Nível 4 – Resultados (KIRKPATRICK, 1994, p. 12).

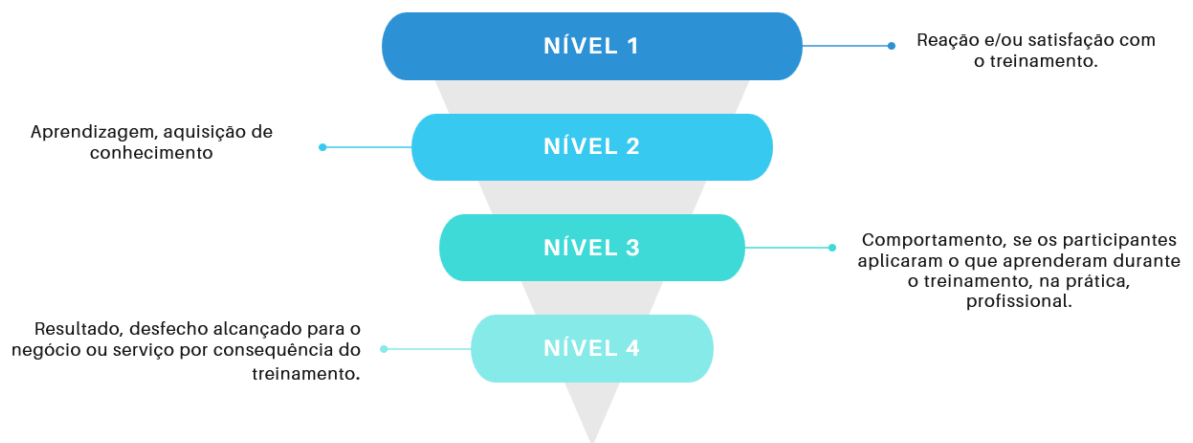
A seguir o detalhamento dos níveis de avaliação segundo Kirkpatrick.

- Nível 1, também conhecido como Satisfação ou Percepção: a reação dos participantes durante o processo de formação é avaliada neste nível. Para atingir esse objetivo, é necessário implementar recursos capazes de avaliar a condução do professor, o curso e o ambiente de aprendizagem. Como resultado, é uma medida da satisfação do aluno (cliente) com a ação formativa ao nível individual e global.
- Nível 2 ou Aprendizagem: Grau em que os participantes adquirem ou ampliam seus conhecimentos como resultado da participação na abordagem educativa. Uma mudança em qualquer um desses três elementos, ou todos eles, resulta em aprendizagem. Assim, o aprendizado é necessário, mas não suficiente para mudar o comportamento.
- Nível 3, também conhecido como Nível de Conduta: refere-se ao grau em que um participante experimentou uma mudança em seu comportamento como resultado de sua participação em uma intervenção educacional. Atualmente, é observado como o comportamento no ambiente de trabalho muda e como os conhecimentos adquiridos são aplicados. Trata-se de avaliar os efeitos da eficácia da aprendizagem, que inclui a capacidade dos alunos de aplicar suas habilidades aprendidas em situações novas e desconhecidas. A avaliação deste nível deve ser realizada após o aprendiz retornar ao ambiente de trabalho.
- Nível 4, ou Resultados: Resultados alcançados por consequência do treinamento. O aumento da produção, a melhoria da qualidade, a redução dos custos e a redução da rotatividade

do pessoal estão todos ligados a esses resultados. Antes de iniciar uma intervenção educacional, é fundamental identificar os resultados esperados previamente para avaliar o impacto. Este nível precisa ser definido como meta ou objetivo (KIRKPATRICK, 1994; PORTILLO, 2021).

Para melhor compreensão destes níveis, apresentamos de maneira esquematizada os níveis de avaliação de Kirkpatrick (2006), em forma de pirâmide invertida.

**Figura 3** – Níveis de Avaliação de Kirkpatrick (2006)



Fonte: Autoria Própria (2023).

Portillo (2021) explica que a avaliação de treinamento pode começar diretamente pelo nível 3 ignorando os níveis 1 e 2, pois a mudança no comportamento não depende apenas dos níveis 1 e 2, mas também da vontade do participante em querer mudar, saber como e quando fazer, trabalhar em um ambiente adequado e ser recompensado pela mudança. Quando o aprendizado é significativo, isso faz sentido.

Diante desse contexto, o desenvolvimento de competências profissionais não é suficiente para qualificar o tratamento se não houver acompanhamento e reavaliação da aprendizagem, bem como adaptação das estratégias educacionais. Nesse sentido, Portillo (2021) afirma que as técnicas de avaliação desempenham um papel crucial no contexto da educação para o desenvolvimento e da cidadania global.

A avaliação é um processo que justifica ações perante as instituições financiadoras e permite a melhoria contínua. Além disso, permite estimar o impacto das ações educacionais no atingimento das metas corporativas e nos resultados da instituição. Desta forma, a apreciação de critérios para o desenvolvimento profissional, a organização da rede de atenção e a alteridade com os usuários qualificam a formação (CECCIM; FEUERWERKE, 2004).

Ceccim e Feuerwerke (2004, p. 42), afirmam, “formar sempre foi muito diferente de informar, mas parece que facilmente caímos nessa armadilha.”

### 2.3 O QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO E A SEGURANÇA DO PACIENTE

O quadrilátero de formação no Brasil envolve o ensino, a gestão, a atenção e o controle social. Essas práticas permitem a construção e organização da gestão da educação em saúde como política para o sistema de saúde, valorizando o controle social. Este conceito refere-se à educação e ensino a partir das reflexões sobre o controle social e o ambiente de trabalho (CECCIM; FEUERWERKE, 2004). Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 45) afirmam que: “quadrilátero da formação em saúde é a compreensão explicativa dos fatores a serem considerados na educação permanente em saúde: práticas de ensino, práticas de atenção à saúde e gestão, bem como na prática do controle social em saúde”

Machado e Ximenes Neto (2018, p. 26) afirmam que:

O trabalho em saúde é carregado de subjetividade, sendo em sua essência relacional, agregando tecnologias durante o processo saúde-doença-cuidado, exigindo dos trabalhadores uma formação de qualidade, educação permanente e competências específicas para atender as demandas do mercado de trabalho sanitário.

Pereira (2008, p. 12) afirma que a educação permanente a constitui o quadrilátero da formação "como prática de ensino-aprendizagem", definida como a produção de informações para o cotidiano das instituições de saúde a partir da realidade, dos problemas e das experiências dos atores no âmbito do trabalho. Segundo muitos de seus conceitos, a educação permanente oferece uma perspectiva do trabalho, enquanto a educação em saúde oferece uma perspectiva de cidadania (PEREIRA, 2008).

Na perspectiva do trabalho, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação no Setor de Saúde (SGTES) em 2003 foi um marco na política educacional para os trabalhadores da saúde. Isso permitiu a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada pela Portaria GM/MS nº 198/2004, como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em saúde é entendida como:

Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem

significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2007, p. 2).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada em 2004 e alterada em 2007 por meio da Portaria GM/MS N.º 1.996, visa “definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde” (BRASIL, 2007, p. 3). A política visa incentivar a reorientação da educação prático-profissional.

Posterior à publicação do PNEPS, a OMS, considerando a relevância da temática, passou a pesquisar a ligação da educação em saúde, prática assistencial e a relação com a segurança dos sistemas de saúde. Como resultado, a OMS publicou em 2016 o Guia Curricular Multiprofissional para a Segurança do Paciente, que sugere que o conhecimento sobre segurança do paciente seja incorporado à formação e capacitação dos profissionais. O guia enfatiza a importância de preparar os alunos para identificar e agir em situações de risco. Além disso, o artigo ressalta o cuidado centrado na pessoa como uma estratégia essencial para assegurar o cuidado, considerando as necessidades de saúde de cada pessoa (OMS, 2016).

Estas iniciativas podem ser usadas para mudar os serviços e processos educativos, bem como as práticas de saúde e pedagógicas. Isso permitiu que o sistema de saúde e a educação colaborem uns com os outros em diferentes instâncias administrativas. Além de promover a educação em saúde de forma permanente e contínua, alinhada com o crescimento individual e institucional, aumentando a segurança do paciente por meio da aprendizagem significativa (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2018).

Para destacar a identificação de riscos e a prevenção de danos em diferentes situações de saúde, o tema da segurança do paciente deve permear toda a formação curricular, a partir de técnicas pedagógicas que incentivam a aprendizagem apoiada no trabalho e discussões sobre práticas e riscos que comprometem a segurança do paciente. Como resultado, para garantir que a segurança do paciente não seja subestimada, entre outros elementos essenciais da educação em saúde, os educadores devem manter estratégias de formação permanente e continuada, bem como planos pedagógicos para graduação, pós-graduação e cursos técnicos baseados em diretrizes claras (URBANETTO; GERHARDT, 2013).

A formação profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto, à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores. Ela assume um caráter associado às ideias de autonomia e de autovalorização (PEREIRA; RAMOS, 2006).

O PNSP propõe a "articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para incluir o tema da segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 12) como uma maneira de implementar o programa, enfatizando a importância da formação em saúde. Portanto, é fundamental que a segurança do paciente seja abordada em todo o percurso da formação profissional.

Como demonstrado acima, a compreensão da segurança do paciente deve ser aprimorada durante todo o processo de formação. A aquisição de habilidades e atitudes relacionadas ao assunto deve começar assim que o aluno ingressar na prática clínica. Além disso, deve-se direcionar as ações para o cuidado centrado no paciente, empregando seus conhecimentos e habilidades para ajudar o paciente e servir de exemplo para os demais profissionais de saúde. A intenção é formar profissionais seguros na prática clínica e que possam fazer a diferença na vida de cada paciente e no sistema de saúde (MARRA; SETTE, 2016).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Mapear e apresentar a literatura científica sobre as atividades educacionais com foco na segurança do paciente desenvolvidas com profissionais e graduandos em saúde no Brasil,

considerando os temas básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da revisão de escopo.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as principais estratégias educacionais com foco na segurança do paciente,
- Analisar quais temas do PNSP são abordados nas atividades educacionais,
- Avaliar os resultados e as evidências geradas pelas intervenções educacionais fundamentadas no modelo de Kirkpatrick.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### 4.1 DELINEAMENTO

A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa, em caráter exploratório, descritivo e analítico. A partir de um método pautado no tipo *Scoping Review*, o qual compreende uma revisão de literatura.

O *Scoping Review*, também conhecido como revisão de escopo, distingue-se por uma revisão de literatura baseada em uma nova abordagem que enfatiza a sintetização rigorosa e eficaz de evidências. As diversas variedades de indicadores, bem como os vários tipos de objetivos e as questões de revisão relevantes para o assunto, podem ser mapeados neste tipo de estudo. Este método busca uma questão ampla que pode abordar mais de um tópico de pesquisa, demonstrando sua aplicabilidade, com questionamentos menos específicos e ampla análise dos estudos incluídos na pesquisa. (JBI, 2020).

Conforme *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020), as revisões de escopo realizadas visam fornecer um mapeamento de evidências que podem ser realizadas a partir de um exercício preliminar, antes da realização de uma revisão sistemática. Estas são úteis para examinar possibilidades emergentes, quando ainda não estão claras quais outras problemáticas mais específicas podem ser inseridas e abordadas de forma valiosa.

A metodologia de escopo proporciona amplos resultados, sem limitações e com grande relevância, segue etapas de estruturação para o método, embasada no desenvolvimento de um protocolo.

Desse modo, o protocolo deve ser criado antes da revisão de escopo para o êxito da pesquisa. Isso se deve ao fato de que ele estabelecerá os objetivos, métodos e relatórios da revisão, bem como permitirá que o processo seja transparente (JBI, 2020). Há que se destacar que o protocolo estabelece o plano de revisão, o que é fundamental para limitar a ocorrência de viés de notificação. A revisão de escopo deve destacar e explicar quaisquer desvios do protocolo.

O *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020) afirma que o protocolo deve detalhar o plano de revisão de escopo e descrever todas as etapas da estrutura do método, incluindo o título da pesquisa, o objetivo da pesquisa e a pergunta da pesquisa. O protocolo também deve limitar-se à ocorrência de viés e basear-se no acrônimo População, Conceito e Contexto (PCC).

A seguir, são apresentados os critérios que os revisores utilizam para incluir e excluir fontes de evidências, identificar quais dados são relevantes, bem como uma descrição de como os dados serão extraídos e tabulados. Em seguida, há uma discussão e conclusão a partir da lista de verificação para avaliação de conformidade do relatório, segundo os itens recomendados por *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), para os relatórios de revisões sistemáticas e metanálises.



Conseqüentemente, as revisões de escopo são úteis para a prática baseada em evidências, porque envolvem o estudo de uma área mais ampla para identificar brechas no conhecimento baseado na pesquisa, para esclarecer os conceitos-chave e para discutir as possibilidades que refletem na abordagem a prática no campo. Revisões de escopo também podem ser feitas para determinar a extensão da pesquisa disponível sobre um assunto e a metodologia utilizada (JBI, 2020).

Considerando essa utilidade, compreende-se que a presente pesquisa não envolve seres humanos, não havendo necessidade de submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo a Resolução n.º 466/2012 e a Resolução n.º 510/2016, para continuidade do estudo, visto que a coleta de dados é estruturada na revisão de estudos científicos publicados em bases de dados científicas. Somado a isto, discorre-se que a presente pesquisa não recebeu recursos ou incentivos.

Assim, para atingir o objetivo pretendido, foi elaborado um Protocolo – disponibilizado no Apêndice D, segundo as recomendações do referencial metodológico criado pelo JBL (JBI, 2020), fundamentado para direcionar as buscas e fichamento dos estudos, a fim de aprofundar o conhecimento acerca das produções científicas, com vistas a atingir o objetivo proposto.

#### **4.1.1 Pergunta de pesquisa**

A pergunta de pesquisa, segundo a metodologia de *Scoping Review*, define o tema central da pesquisa: atividades educacionais com foco na segurança do paciente para profissionais e graduandos de saúde no Brasil.

A metodologia de *Scoping Review* define a pergunta de pesquisa como necessária, pois ela guiará todo o processo metodológico. De acordo com JBI (2020), a pergunta de pesquisa fundamenta e orienta todo o processo de revisão de escopo. A clareza da questão de revisão ajuda no desenvolvimento do protocolo, facilita a pesquisa de literatura e fornece uma estrutura clara para o desenvolvimento do relatório. A pergunta deve incorporar os elementos do PCC, como sugere o título (JBI, 2020 p. 11).

O JBI (2020) sugere o uso do mnemônico PCC para uma revisão de escopo. No mnemônico, P representa a população estudada, C representa o conceito que é o tema principal da pesquisa, e C é o contexto, que pode incluir localização geográfica, interesses raciais ou de gênero específicos, bem como um ambiente e/ou comunidade específicos. Este mnemônico é usado como base para a elaboração da pergunta de pesquisa para auxiliar na criação dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, bem como como um guia para traçar as buscas do

estudo. JBI (2015; 2017; 2020): A seguir, apresentaremos detalhadamente o mnemônico do estudo:

- ✓ Como as atividades educacionais com foco em segurança do paciente estão sendo desenvolvidas para os profissionais e graduandos em saúde nas instituições de ensino e saúde brasileiros?
- ✓ P (População): Profissionais e graduandos de saúde;
- ✓ C (Conceito): Atividades educacionais com foco na segurança do paciente;
- ✓ C (Contexto): Instituições de ensino superior e saúde.

#### **4.1.2 População**

Para este estudo de revisão, a população foi delimitada a profissionais da saúde de nível técnico e superior, incluindo residentes e graduandos de qualquer área de formação. A Resolução n.º 287 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 8 de outubro de 1998 estabeleceu as quatorze categorias de profissionais de saúde de nível superior, incluindo assistente social, biólogo, biomédico, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional (BRASIL, 1998).

Para tanto, entende-se como profissional de saúde “o indivíduo que, estando ou não ocupado no setor da saúde, detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde.” (BRASIL, 2013. p. 27).

#### **4.1.3 Conceito**

Nesta *Scoping Review*, foram considerados os estudos que abordaram as atividades educacionais com foco na segurança do paciente, não somente com o olhar direcionado à educação profissional como um princípio de formação, mas também para a educação profissional como um todo. Como resultado, foram examinados artigos que citam o estado da arte relacionado ao desenvolvimento de atividades educacionais, formais e informais, que abordaram os conteúdos dos "protocolos" básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Face ao exposto, foram analisados estudos que produziram e sistematizaram conhecimento para a formação profissional com foco nos protocolos básicos para a melhoria da segurança do paciente previsto no PNSP, que incluem: a) infecções relacionadas à assistência à saúde; b) procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; c) prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; d) processos de identificação de pacientes; e) comunicação no ambiente dos serviços de saúde; f) prevenção de quedas; g) úlceras por pressão; h) transferência de pacientes entre pontos de cuidado; i) uso seguro de equipamentos e materiais.

No acrônimo "conceito" desta revisão, foram considerados dois conceitos: atividades educacionais e segurança do paciente. Assim, foram considerados as atividades educacionais com foco na segurança do paciente a partir dos temas básicos para a melhoria da segurança do cuidado em saúde previstos no PNSP (BRASIL, 2013).

Portanto, esta revisão examinou a transferência de conhecimento e habilidades a partir da aprendizagem formal e informal em relação à segurança do paciente, conforme o PNSP. Para tanto, foram incluídos estudos que abordaram, planejaram, executaram e avaliaram atividades educacionais.

#### **4.1.4 Contexto**

Esta revisão se concentra nas Instituições de Ensino e serviços de Saúde do Brasil. Os serviços de saúde, também conhecidos como estabelecimentos de saúde, são locais destinados a promover, proteger, manter e recuperar a saúde, independentemente do nível de complexidade, seja em regime de internação ou não, incluindo a atenção prestada em consultórios, domicílios e instalações móveis (BRASIL, 2013).

Além disso, a pesquisa levou em consideração qualquer ambiente educacional, seja formal ou não formal, que oferecesse treinamentos visando atualizar e aprimorar e desenvolver as habilidades profissionais.

## **4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Toda a metodologia de revisão de literatura usa critérios de inclusão e exclusão, e o *Review Scoping* também o faz. Os critérios de inclusão do protocolo descrevem claramente e objetivamente as fontes que serão levadas em consideração para integrar a revisão de escopo

(JBI, 2020). Os critérios direcionam o revisor a compreender a proposta da revisão e, mais importante, guiam a escolha de fontes para a revisão de escopo por esses padrões (JBI, 2020).

Por outro lado, os critérios de exclusão incluem elementos que possam dificultar o sucesso do estudo ou a interpretação dos resultados (JBI, 2020).

Portanto, foram critérios de exclusão: relatos de implantação; estudos que não descreveram ou desenvolveram atividades educacionais relacionadas ao PNSP; estudos retrospectivos; revisões sistemáticas; profissionais médicos veterinários por não prestar assistência humana; estudos anteriores ao PNSP; e estudos realizados fora do Brasil.

O presente estudo selecionou artigos em Português e Inglês, com recorte de 2013 a 2022. A definição do período refere-se o ano de divulgação da PNSP e ao ano da realização das buscas nas bases de dados. Como resultado, foram considerados estudos com diferentes tipos de metodologias, incluindo ensaios clínicos randomizados e não randomizados, experimentais e quase-experimentais e abordagens quantitativas, qualitativas ou mista.

### 4.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Uma pesquisa bibliográfica primária foi realizada para ajudar a determinar quais estudos devem ser escolhidos com base em referências metodológicas. Vários tipos de metodologias foram encontrados, incluindo revisões sistemáticas, meta-análises, portarias ministeriais, programas e políticas públicas de saúde relacionadas à segurança do paciente, que forneceram informações sobre estratégias educativas recentes e anteriores ao PNSP.

As diretrizes do JBI (2020) detalham as etapas iniciais da estratégia de busca, incluindo a definição de bases de dados e plataformas de acesso. Foram definidos, para consultar os referenciais teóricos, as seguintes bases de dados: a Biblioteca Nacional de Ciências da Saúde dos Estados Unidos (PubMed), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), a Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), a Web of Science, a plataforma de Índice cumulativo para enfermagem e literatura relacionada à saúde (Cinahl), o Centro de Informações de Recursos Educacionais (ERIC) e a base de dados multidisciplinar (Scopus).

Além disso, foram utilizados também sites como Aprimoramento em Práticas de Saúde (PROQUALIS), Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) e o banco de Teses e Dissertações da Capes.

Etapas da estratégia de busca:

- 1ª Etapa: Realizado uma busca inicial nas bases de dados Bireme, PubMed e Cinahl, de publicações referentes as atividades educacionais com foco na segurança do paciente. Segundo o (JBI, 2020), um relatório abrangente e o detalhamento da metodologia de pesquisa devem ser anexados à revisão, além de um mínimo de três bases de dados das citações bibliográficas que forem examinadas.

- 2ª Etapa: Pesquisa do vocabulário controlado para indexar literatura científica, livros, publicações e outros materiais no DeCS/MeSH, além das informações que estão disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na segunda etapa, foram agendados três encontros com a bibliotecária para preparar o streaming de busca, incluindo discussões sobre descritores controlados/não controlados, sinônimos e, por fim, definir o protocolo de pesquisa baseado na *Scoping Review*.

O Quadro 2, que inclui descritores DeCS/MeSH e palavras chaves, foi criado para facilitar a compreensão.

**Quadro 2 - Descritores DeSC/MeSH e palavras chaves**

Acrônimo PCC	Descritores DeSC/MeSH	Palavras chaves
Profissionais de saúde de nível superior	Health Personnel Allied Health Personnel Patient Care Team (DeCS) healthcare provider (MeSH)	Healthcare professionals
Atividades Educacionais	Education Health Education Education, Continuing Inservice Training Learning Health System (DeCs) Teaching (DeCS)	Training interventions Adult learning Learning program Permanent Health Education
Segurança do paciente	Patient safety Quality of Health Care Medical Errors Iatrogenic Disease	Patient care quality
Serviços de saúde	Health services Primary Health Care Secondary Care Ambulatory Care Hospital Care (DeSC)	Emergency medical service Health Care Health human resource training
Brasil (brasileiros)	Brazil	

**Fonte:** Elaborado pela autora (2022).

No Apêndice A, estão descritos os *streamings* de busca e expressões utilizados, conforme o PCC.

#### 4.4 SELEÇÃO DE ESTUDOS

As pesquisas foram realizadas por dois pesquisadores em novembro de 2021, usando as mesmas bases e datas no portal de periódicos da CAPES.

A análise utilizou os três passos sugeridos pela revisão de escopo de JBI (2020) para identificar estudos publicados e não publicados. Para garantir a fidedignidade da revisão, foram realizados dois encontros com a segunda revisora para apresentar o projeto e seguir o protocolo. Okoli et al. (2019) afirmam que o planejamento do protocolo e o treinamento dos participantes da revisão são essenciais para qualquer revisão que exija a participação de dois revisores. As palavras-chave, descritores e termos de índice usados nos títulos e resumos dos artigos foram identificados e examinados por dois revisores/examinadores para identificar estudos relevantes.

O estudo foi selecionado por dois revisores, que usaram a mesma expressão de busca nas mesmas bases de dados, com dia e hora pré-determinados. A especificidade e relevância do tema foram analisados independentemente. Para responder à questão norteadora, os estudos foram selecionados por títulos e resumos que se relacionavam com a pergunta de revisão, bem como os critérios de inclusão e exclusão, respeitando o rigor científico recomendado pelo método, seguindo as etapas:

1ª Etapa: Usar a estratégia de busca criada no protocolo de revisão para selecionar os textos nas bases de dados. Registrar e distribuir os estudos encontrados na busca.

2ª Etapa: Realizar a leitura dos títulos e resumos dos estudos que foram encontrados na primeira etapa, relacionando-os à questão de pesquisa. Excluir as duplicatas. Quantificar os estudos que são considerados elegíveis neste momento.

3ª Etapa: Analisar e discutir os estudos que apresentaram discordância ou discrepância de parecer após a leitura de título e resumo entre os revisores, se persistir a discordância submeter a avaliação do 3º revisor. Após o consenso entre os revisores, nomear e quantificar os artigos pré-selecionados, para recuperar e proceder a leitura completa dos textos.

4ª Etapa: Após a leitura do título e do resumo pelos revisores, analisar e discutir os estudos que apresentaram discordâncias ou discrepâncias de opinião. Se ainda houver discordância, submeter o estudo ao terceiro revisor. Após os revisores concordarem, com os estudos elegíveis nesta etapa, quantificar os artigos escolhidos para recuperação e leitura completa dos textos.

Foi criado um arquivo no *Microsoft Excel* que continha várias planilhas distribuídas em uma aba para cada etapa do processo de seleção do estudo. Nesse arquivo foram organizadas e registradas as informações relacionadas ao acrônimo PCC.

Os dois revisores recuperaram e revisaram independentemente o texto dos estudos escolhidos, seguindo a pergunta de revisão e os critérios de inclusão e exclusão. A metodologia *Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) foi escolhida para organizar o processo de inclusão e avaliação dos estudos. Os estudos completos que não atenderam aos critérios de inclusão foram descartados. Todos os problemas surgidos durante o processo de seleção do estudo foram resolvidos por meio de discussão e, na persistência da dúvida, foram submetidas ao terceiro revisor (a saber, o orientador do estudo).

Após a conclusão dos procedimentos de seleção mencionados nas etapas primeira, segunda e terceira, chegamos à quarta etapa. Nessa etapa, os estudos que compõem esta revisão de escopo foram definidos.

Para apresentar os dados, o estudo foi organizado com números de 1 a 12, em ordem cronológica de publicação, conforme o Quadro 3, com as respectivas informações: identificação do autor, ano de publicação, região brasileira, tipo de estudo, objetivo e participantes.

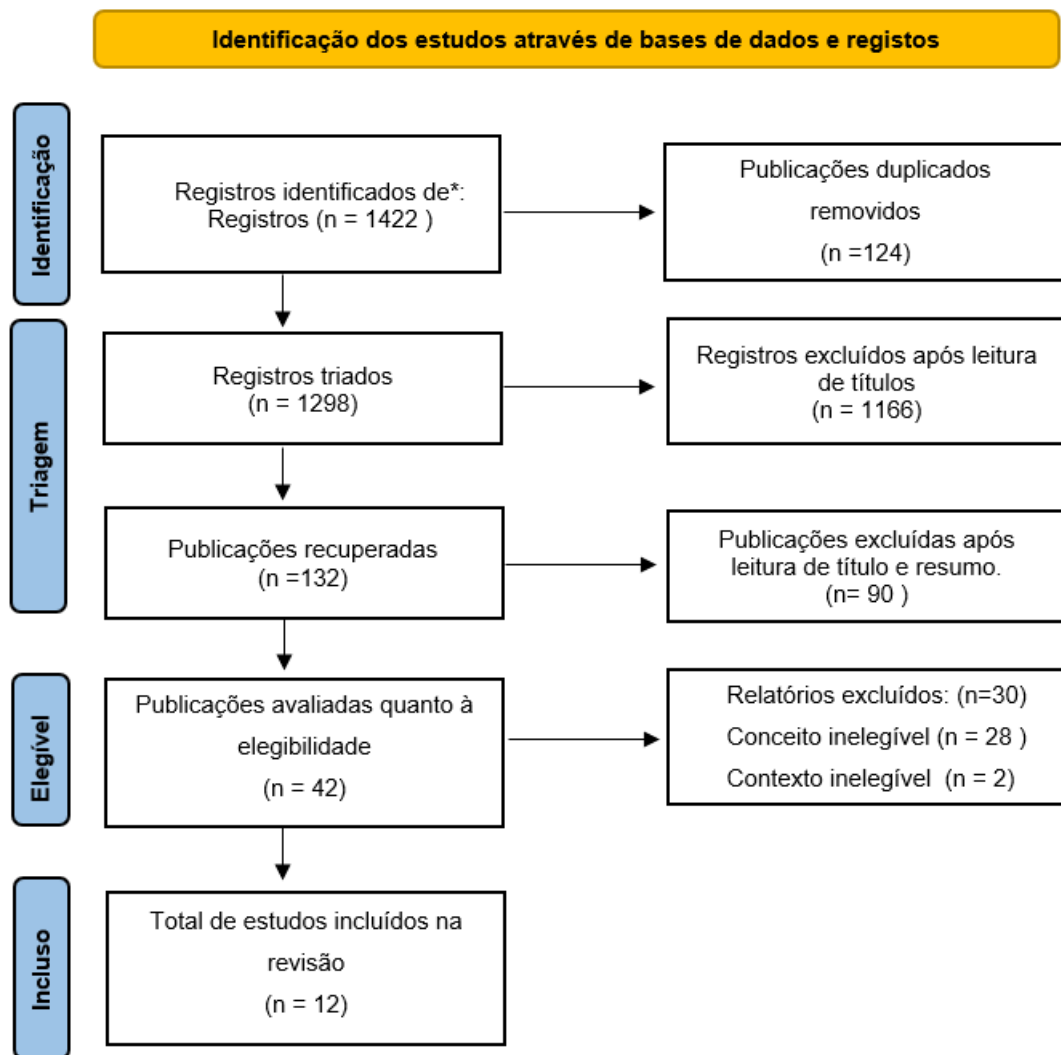
Outra análise realizada foi a abordagem educacional e os temas da PNSP. Isso permitiu identificar: a teoria de aprendizagem usada no treinamento ou capacitação; o plano de treinamento; o referencial teórico e/ou diretrizes fundamentadas na PNSP; o conteúdo do programa, os temas abordados; os recursos didáticos, os materiais utilizados para auxiliar na aprendizagem; a estratégia educacional, e o tempo da intervenção educacional.

Foi utilizada a metodologia de avaliação de intervenção educacionais descrita por Kirkpatrick para identificar e apresentar os resultados alcançados após a intervenção educacional (KIRKPATRICK, 1994, p. 12).

Um instrumento desenvolvido pelas próprias autoras foi usado para extrair os resultados, conforme sugerido pelo JBI (2020), e os componentes estão listados abaixo e explicados no Apêndice B.

Para melhor visualizar a seleção de estudos, foi criado um fluxograma usando as diretrizes do Prisma. Esse fluxograma consiste em quatro fases que explicam os critérios para identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos elegíveis no escopo de uma revisão, fornecendo aos revisores um guia.

**Fluxograma 1** - Processo de Seleção dos Estudos da Revisão de acordo com a recomendação segundo o Prisma.



**Fonte:** Elaborado pela autora (2022).

Inicialmente, durante o mapeamento, os dois examinadores encontraram 1.422 registos relacionados às atividades educacionais centradas na segurança do paciente. Foram excluídos 124 artigos duplicados, identificados pelo título. Após leitura de título e resumo, o pesquisador um selecionou 67 publicações, enquanto o pesquisador dois escolheu 65. Foram submetidos ao terceiro revisor 84 publicações, que discutiu as discrepâncias com outros revisores. Após discussão, foram excluídos 90 registos, 42 estudos foram considerados elegíveis para recuperação de texto completo.

Após a leitura dos 42 artigos na íntegra, 30 foram excluídos e 12 foram escolhidos para fazer parte do relatório de revisão de escopo. Após a seleção desses doze estudos, foram examinados os títulos das referências bibliográficas para identificar se haviam relação com o PCC para incluir na revisão. No entanto, não foram encontrados estudos que fossem relevantes para essa revisão. Assim, foram selecionados 12 estudos para mapear o estado da arte das



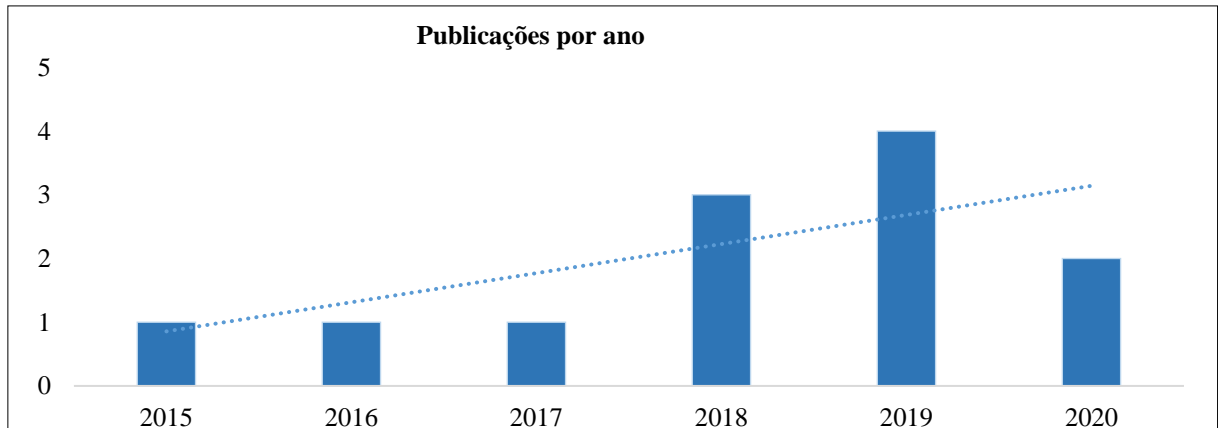
atividades educacionais com foco na segurança do paciente, dos quais dois eram teses, e os demais, artigos científicos.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERÍSTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Dentre os doze Estudos (E) elegíveis, publicados de 2015 a 2020, um estudo foi publicado em 2015 e onze estudos foram de 2016 a 2020, observou-se um maior número de publicações a partir de 2018, cinco anos após a divulgação do PNSP. O Gráfico 1 mostra a distribuição das publicações por ano.

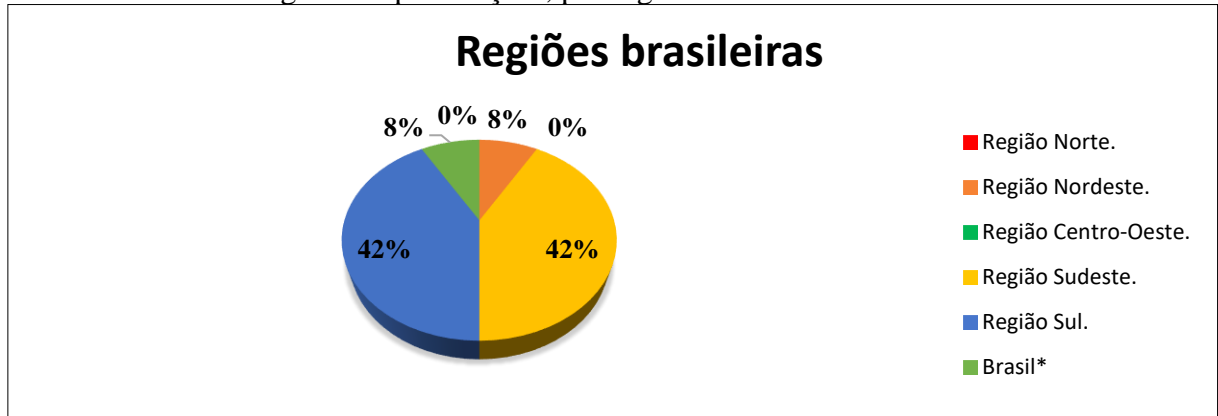
**Gráfico 1-** Distribuição das publicações por ano



Fonte: Elaborado pela Autora (2023).

O mapeamento revelou que os Es (1, 3, 8, 10, 12) representavam a região sul e os Es (2, 4, 5, 7, 9) representavam a região sudeste. Um estudo E (11) no Nordeste e um E (6) descreveu o país, Brasil. Portanto, não foram identificados artigos sobre o assunto nas regiões, norte e Centro-Oeste. O Gráfico 2 representa as publicações por região brasileira.

**Gráfico 2 –** Porcentagem das publicações, por região brasileira



Fonte: Elaborado pela Autora (2023).

Os estudos foram publicados em revistas nacionais e internacionais: sete artigos em revistas nacionais e três artigos em revistas internacionais; uma dissertação de mestrado, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); e uma tese de doutorado, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Dentre os sete artigos publicados em periódicos nacionais, dois foram publicados na Revista Gaúcha de Enfermagem, um publicado na Revista Enfermagem UERJ, um publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, um publicado na Revista de Saúde Pública do Paraná, um estudo publicado no Caderno de Enfermagem e um artigo publicado no periódico Correntes no Ensino e Aprendizagem de Farmácia. Dentre os estudos publicados em periódicos internacionais, dois estudos foram publicados no Instituto Joanna Briggs, e um estudo no *American Journal of Pharmaceutical Education*.

Quanto os artigos recuperados nas bases de dados pesquisadas, um artigo foi encontrado no banco de dados da Scopus, dez registros no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e um artigo no Pubmed. Os artigos publicados na EBSCOhost e Web of Science foram excluídos por serem duplicados ou por não atenderem aos requisitos de inclusão.

A caracterização dos doze estudos da revisão está apresentada no Quadro 3, que inclui informações sobre o autor, ano de publicação, região brasileira, tipo de estudo, objetivo e participantes.

**Quadro 3** - Caracterização dos 12 estudos incluídos na revisão por sequência numérica, autor, ano de publicação, região brasileira, tipo de estudo, objetivo e participantes.

<b>Ordem numérica dos estudos<sup>1</sup></b>	<b>Autor, ano de publicação, região.</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Participantes</b>
1	(CORRÊA et al., 2020), Região Sul	Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa.	Conhecer a percepção dos técnicos de enfermagem sobre os riscos ao paciente em uso de terapia nutricional enteral, durante um cenário de simulação clínica.	Técnico de Enfermagem (n=64)

2	(CONEGLIAN et al., 2020), Região Noroeste/SP.	Estudo descritivo, observacional, quantitativo.	Observar a assimilação do aprendizado na realização dos cuidados antes e durante a técnica de higienização das mãos por acadêmicos do primeiro ano de um curso de Enfermagem, após programa de ensino e orientações, e compará-los com a realização efetuada por acadêmicos, participantes do estudo, que são técnicos e auxiliares de Enfermagem e que atuam profissionalmente.	Acadêmicos de enfermagem com formação auxiliares e técnicos de enfermagem e que atuam profissionalmente (n=10) e acadêmicos de enfermagem (38)
3	(COGO <i>et al.</i> , 2019), Região Sul do Brasil	Relato de experiência	Descrever a construção de cenários e desenvolvimento da técnica de simulação realística em saúde sobre administração segura de medicamentos pela enfermagem.	Técnico de Enfermagem e Enfermeiro (n=NA).
4	(TONELLI, 2019), Belo Horizonte/MG	Estudo longitudinal de delineamento quase-experimental.	Avaliar a efetividade do programa educativo no conhecimento de profissionais de enfermagem sobre a higiene bucal em pacientes críticos.	Técnico de enfermagem e enfermeiro (n=79)
5	(SOKEM; BERGAMASCHI; WATANABE, 2019), Dourados/MG	Estudo de intervenção educativa com abordagem qualitativa.	Avaliar de modo formativo um processo de intervenção educativa sobre dermatite associada à incontinência com profissionais de enfermagem de um hospital público.	Técnico de enfermagem e enfermeiro (n=7)

6	(DOS REIS et al., 2019), Brasil	Estudo experimental, diagnóstico, aberto, não randomizado de de grupo único	Avaliar a eficácia de um curso a distância na formação de farmacêuticos em dispensação de medicamentos.	Farmacêuticos (n=1061)
7	(MAIA et al., 2018), São Paulo/SP	Relato de experiência	Promover a prática baseada em evidências na prevenção de quedas entre pacientes internados em UTI e UTI em um hospital público de ensino em São Paulo, Brasil, e, assim, melhorar os resultados dos pacientes e a utilização de recursos.	Técnico de enfermagem e enfermeiros (n=N/A)
8	(CZEPULA et al., 2018), Paraná	Estudo foi quase-experimental, prospectivo, comparativo, seguindo um formato pré/pós-teste	Investigar os efeitos de uma metodologia ativa – desenhada dentro de um modelo educacional <i>blended learning</i> – sobre os processos de aprendizagem de alunos de graduação matriculados em duas disciplinas de Atenção Farmacêutica do curso de Bacharelado em Farmácia.	Acadêmicos de Farmácia (n=133)
9	(DE OLIVEIRA et al., 2018), São Paulo/SP	Relato de experiência	Descrever a prática baseada em evidências no manejo de cateteres venosos centrais de inserção periférica (PICCs) em pacientes pediátricos e adultos em uma unidade de terapia intensiva (UTI).	Profissionais de enfermagem (n=139)

10	(CAUDURO et al., 2017), Curitiba/PN	Relato de experiência	Relatar a experiência sobre o planejamento e a implementação de oficinas guiadas pela Metodologia da Problematização, apoiada no Arco de Maguerez, realizadas em uma Fundação Estatal.	Gestores e profissionais de saúde membros dos núcleos de segurança do paciente (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e administradores) (n=29).
11	(BUSSOTTI et al., 2016), Região Nordeste	Relato de experiência	Descrever experiência de capacitação on-line direcionada aos profissionais atuantes no serviço público de saúde em 27 Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, refletir sobre a capacitação e possíveis melhorias nesse processo.	Profissionais da Saúde (n=N/A)
12	(CHRISTIAN NEGELISKII, 2015), Porto Alegre/RS	Abordagem prospectiva, com delineamento quase-experimental.	Analisar o efeito da intervenção educativa com profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente na administração de medicamentos injetáveis em um Hospital Público de Porto Alegre.	Auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem (n=74)

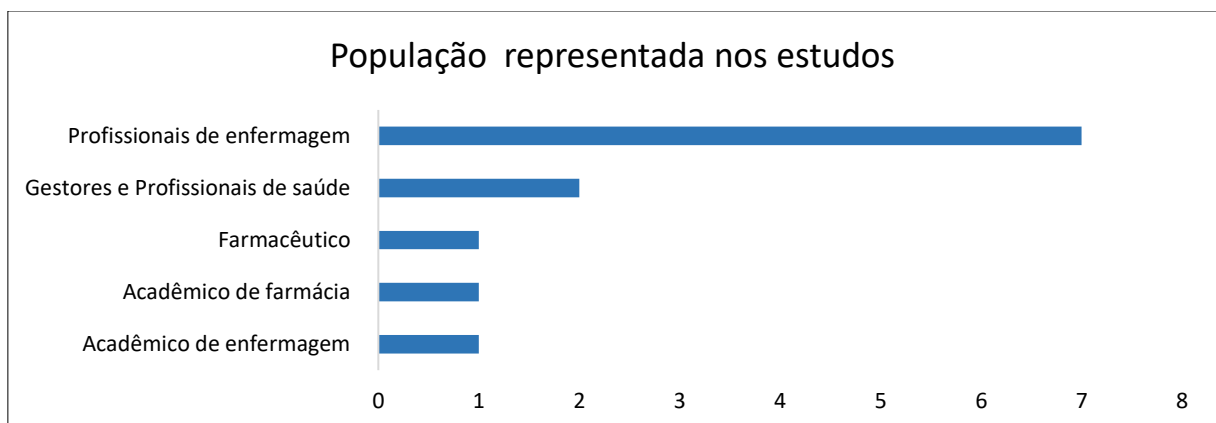
**Fonte:** Elaborado pela autora (2023)

<sup>1</sup> A numeração referente à primeira coluna refere-se ao desenho metodológico, e a organização do estudo por sequência numérica.

Legenda: NA – Não se aplica

Em relação à população, foram classificados: profissionais de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem); gestores(administradores) e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos); farmacêutico; acadêmicos de enfermagem e; farmácia. Em sete Es (1, 2, 3, 4, 5, 8, 12) profissionais de enfermagem representaram a população; em dois Es (7, 9) a população foi representada por gestores e profissionais de saúde. Além disso, um E (10) foi representado por farmacêuticos. Em um E (11) acadêmicos de farmácia e um outro E (6) acadêmico de enfermagem em que a maioria dos participantes eram acadêmicos de enfermagem que trabalhava como técnico de enfermagem. O Gráfico 3 mostra a distribuição da população classificada nos estudos. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem foram agrupados em profissionais de enfermagem.

**Gráfico 3** – Distribuição da população nos estudos



Fonte: Elaborado pela Autora (2023).

No eixo da amostra, é importante destacar que três Es (3, 7, 11) não forneceram informações sobre o número de indivíduos que participaram da pesquisa, sendo sinalizados como não se aplica (N/A). Os Es (1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12) quantificaram a população, sendo a média de 50 participantes, com variações quantitativas de pelo menos sete E (5) chegando a 1.061 indivíduos E (6).

Os objetivos principais dos Es (3, 4, 5, 6, 8, 9, 12) foram avaliar ou explicar os métodos educacionais utilizados para melhorar o processo assistencial ou a segurança do paciente.

Segundo a metodologia de pesquisa adotada, oito Es (1, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12), foram conduzidos com a pesquisa qualitativa. O relato de experiência foi baseado em cinco Es (3, 7, 9, 10, 11). Dois Es (8,12) usaram uma abordagem quase experimental, comparando o pré e o pós-teste. O método experimental não randomizado foi usado em um E (6). Além disso, dois

Es (1, 2) foram descritivos: o estudo observacional quantitativo E (2) e o estudo qualitativo E (1).

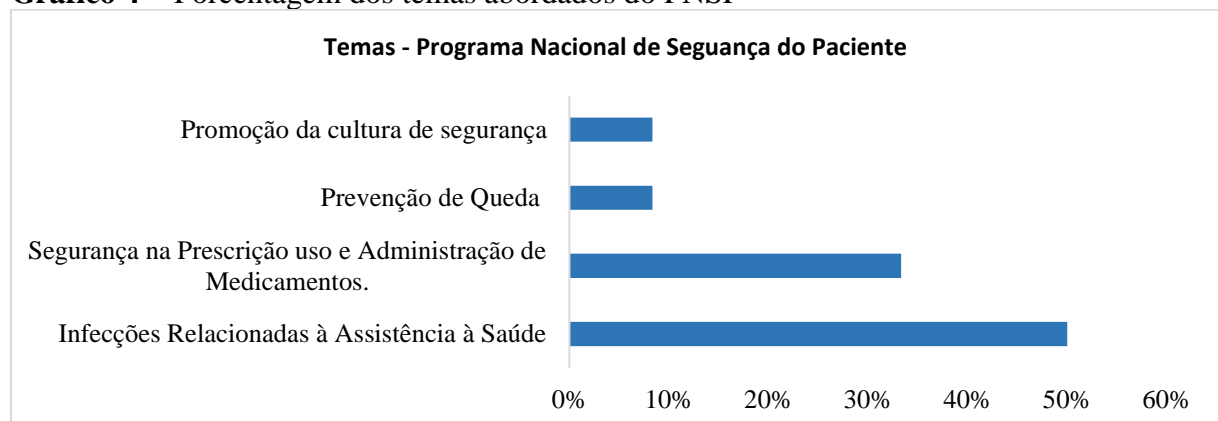
## 5.2 ATIVIDADES EDUCACIONAIS COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE, DESENVOLVIDAS NO BRASIL DESDE 2013

A maioria das abordagens educacionais foi realizada sem o suporte das teorias de aprendizagem. Apenas dois Es (2, 5) citaram referenciais teóricos: a saber, Andragogia E (11) e Taxonomia de Bloom E (8), aprendizado colaborativo baseado em problema, dois Es (6, 12) e dois estudos, problematização com Arco de Maguerez, Es (5, 9). Os que não mencionaram, foram classificados como N/A.

Do ponto de vista dos objetivos da aprendizagem, quatro Es (8, 11, 12, 4) discorreram claramente sobre os objetivos da intervenção educacional, e definiram as expectativas e os resultados esperados com a abordagem. Os estudos que não descreveram os objetivos da aprendizagem foram categorizados como N/A.

Utilizando os temas constantes do PNSP como referencial, seis Es (3, 4, 5, 6, 9, 12) trataram de infecções relacionadas à assistência à saúde e quatro Es (1, 2, 10, 11) trataram de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Apenas um E (8) abordou sobre a prevenção de queda, e outro E (7) discutiu sobre a promoção da cultura de segurança do paciente, focando no aprendizado e aprimoramento organizacional, envolvimento dos profissionais e pacientes. Evidenciou-se que um E (1) examinou dois tópicos: infecções relacionadas à assistência à saúde e uso seguro de equipamentos e materiais.

**Gráfico 4 -** Porcentagem dos temas abordados do PNSP



Fonte: Elaborado pela Autora (2023)



Quatro Es (2, 5, 6, 8) mencionaram o PNSP como referencial teórico no corpo do artigo, por outro lado, seis Es (1, 2, 6, 7, 8, 11) abordaram conteúdo diretamente relacionado aos temas básicos do PNSP.

**Quadro 4** - Atividades Educacionais com foco na segurança do paciente, desenvolvidas no Brasil a partir de 2013

Autores/ ano publicação	Referencial Teórico	Objetivos da intervenção educacional	Tema do PNSP abordado	Conteúdo do curso
1. (CORRÊA et al., 2020)	N/A	Identificar e corrigir erros na assistência ao paciente em uso de SNE.	Infecções relacionadas à assistência à saúde.	Riscos ao paciente em uso de terapia nutricional enteral. PNSP.
2. (CONEGLIAN et al., 2020)	N/A	N/A	Infecções relacionadas à assistência à saúde.	Higienização das mãos conforme os 15 passos da Anvisa. PNSP
3. (COGO et al., 2019)	N/A	N/A	Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	Administração segura de medicamentos.
4. (TONELLI, 2019)	N/A	Sensibilizar a equipe de enfermagem para a importância da realização da higiene bucal dos pacientes críticos intubados. Capacitar a equipe de enfermagem para a realização de higiene bucal adequada dos	Infecções relacionadas à assistência à saúde.	Temas similares sobre a realidade do processo de preparo e administração de medicamentos injetáveis.

		pacientes críticos intubados.		
5. <b>SOKEM; BERGAMASCHI; WATANABE, 2019)</b>	N/A	N/A	Infecções relacionadas à assistência à saúde.	Dermatite associada à incontinência.
6. <b>(DOS REIS et al., 2019)</b>	N/A	N/A	Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	<b>Conteúdo:</b> Dispensação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos
7. <b>(MAIA et al., 2018)</b>	N/A	Conscientizar a equipe de enfermagem sobre a necessidade de aprimorar as práticas de prevenção de quedas; Obter as perspectivas da equipe de enfermagem sobre os fatores contribuintes para a ocorrência de quedas e melhores práticas na prevenção, além de estratégias para superar as barreiras.	Prevenção de queda	Quedas de pacientes; Promoção da Segurança do paciente. PNSP

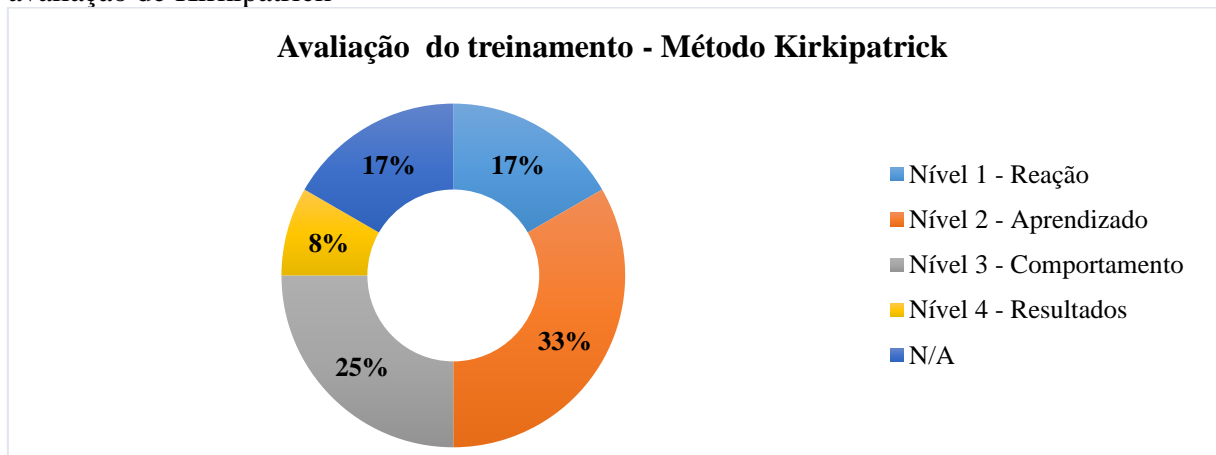
<b>8. (CZEPULA et al., 2018)</b>	Taxonomia de Bloom	N/A	Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	Temas sobre segurança do paciente abordados ao longo da disciplina.
<b>9. (DE OLIVEIRA et al., 2018)</b>	N/A	N/A	Infecções relacionadas à assistência à saúde.	Definição de PICC, manejo e manutenção do cateter e método de realização do curativo de inserção.
<b>10. (CAUDURO et al., 2017)</b>	N/A	N/A	Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes.	Promoção da Segurança do paciente.
<b>11. (BUSSOTTI et al., 2016)</b>	O modelo pedagógico foi idealizado a partir de princípios de aprendizagem de adultos, ou Andragogia.	N/A	Infecções relacionadas à assistência à saúde.	Indicadores de qualidade como ferramenta de gestão, Higienização das mãos, Segurança do paciente, Terapia intravenosa e registros no prontuário do paciente.
<b>12. (CHRISTIAN NEGELISKII, 2015)</b>	N/A	N/A	Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	Preparo e administração de medicamentos injetáveis. PNSP.

**Fonte:** Elaborado pela autora (2023)

Do ponto de vista dos resultados das intervenções educacionais analisados pela pesquisadora, estas foram classificadas pelo o nível mais elevado do modelo de avaliação proposto por Kirkpatrick, que avaliam a satisfação do participante, a retenção de conhecimento, a mudança de comportamento e os resultados. Os Es (10, 12) não avaliaram a intervenção educacional, identificados por N/A. Por outro lado, quatro Es (1, 4, 8, 11) destacaram o nível 2 (aprendizagem), por consequência do treinamento, demonstrando a preocupação em garantir a retenção de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades. Por conseguinte, dois Es (5, 6) avaliaram o nível 1 para determinar a satisfação dos participantes com o processo de formação.

Os Es (2, 6, 9) avaliaram o nível 3, do método de Kirkpatrick, mudança de comportamento. Apenas um E (7) mostrou os resultados alcançados após a intervenção educacional, nível 4. Outros pontos relevantes, o E (1) examinou os níveis 1 e 2, um E (6) examinou os níveis 1, 2 e 3 e um E (7) avaliou os níveis 2 e 4.

**Gráfico 5** – Porcentagem de avaliação da intervenção educacional, segundo o método de avaliação de Kirkpatrick



Fonte: Elaborado pela Autora (2023)

O tempo dedicado à abordagem educacional foi uma descoberta significativa adicional. Seis Es (2, 5, 8, 9, 10, 11) analisados não informaram o tempo da abordagem educacional, e estão descritos como N/A. No entanto, os Es (1, 3, 4, 7) mencionaram o tempo, e apresentaram variações de trinta a sessenta minutos. Em um E (12), o tempo de abordagem foi de duas horas e quarenta e cinco minutos. Outro E (6) descreveu a intervenção educacional assíncrona, com um tempo mínimo de estudo de uma hora por dia durante noventa dias.

**Quadro 5** - Métodos de avaliação utilizado nas Atividades Educacionais com foco na segurança do paciente desenvolvidas no Brasil a partir de 2013.

Autores/ano de publicação	Estratégia educacional	Recurso didático	Tempo de Intervenção	Nível de resultado, conforme descrito no método Kirkpatrick's
1. (CORRÊA et al., 2020)	Simulação clínica.	Cenário de simulação clínica. Manual de Procedimento Operacional Padrão (POP) e manequim de baixa fidelidade.	30 a 45 min	N1 – Reação através de descrição. N2 – <i>Debriefing</i> para avaliação da aprendizagem.
2. (CONEGLIAN et al., 2020)	Aula teórico-prática e observação prática.	Aula teórico-prática e checklist.	N/A	N3 – Observação da prática.
3. (COGO et al., 2019)	Problematização e simulação realística.	Laboratório de simulação realística (posto de enfermagem completo, enfermaria hospitalar) e sala de aula para a realização do de <i>briefing</i> .	40 min	N1 - Reação (verbalizada)
4. (TONELLI, 2019)	Aula expositiva dialogada e simulação.	Uso de slides, manequim de baixa fidelidade e filme educativo.	45 min	N2 – Avaliação do conhecimento teste pré e pós.
5. SOKEM; BERGAMASCHI ; WATANABE, 2019)	Metodologia da Problematização	Tempestade de ideias. Leitura e estudo de artigos	N/A	N1 – Reação descrita através de um questionário.

	com o Arco de Maguerez.	científicos. Jogo educativo para aplicação à realidade do conteúdo discutido durante os encontros.		
<b>6. (DOS REIS et al., 2019)</b>	Aprendizagem colaborativa.	MOODLE ( <i>Object-Oriented Dynamic Learning Environment</i> )	60 min/dia e duração de 90 dias	N1 – Questionário de satisfação N2 – Avaliação diagnóstica e final N3 – Cliente misterioso.
<b>7. (MAIA et al., 2018)</b>	Palestras	Encontros (reuniões), vídeo e discussão.	40 min	N2 - Auditoria pré e pós N4 – Sistema controle de qualidade
<b>8. (CZEPULA et al., 2018)</b>	Ensino híbrido e metodologia ativa.	MOODLE ( <i>Object-Oriented Dynamic Learning Environment</i> ) e encontros presenciais obrigatórios.	N/A	N2 - Avaliação pré e pós intervenção e somativa.
<b>9. (DE OLIVEIRA et al., 2018)</b>	Reuniões educativas sobre manejo baseado em evidências de PICCs	Ficha informativa, enfermagem, equipe do projeto de implantação, folha de coleta de dados.	N/A	N3 – Auditoria e feedback
<b>10. (CAUDURO et al., 2017)</b>	Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez.	Oficinas	N/A	N/A
<b>11. (BUSSOTTI et al., 2016)</b>	Aprendizagem de adulto “andragogia”.	Ambiente virtual de aprendizagem Moodle ( <i>Object-Oriented Dynamic</i>	N/A	N2 – Instrumento de autoavaliação

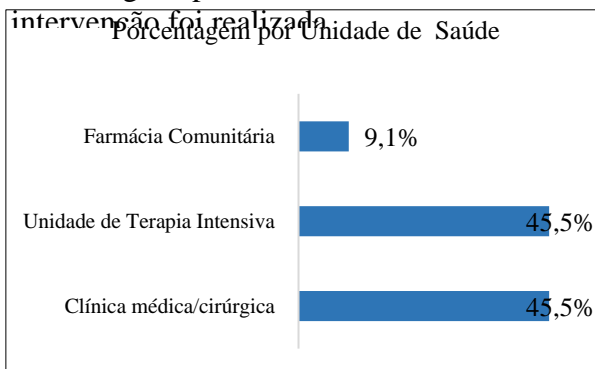
		<i>Learning Environment).</i>		
<b>12. (CHRISTIAN NEGELISKII, 2015)</b>	Aprendizado colaborativo e baseado em problema	Discussão e orientação.	2h45min	N/A

**Fonte:** Elaborado pela autora (2022).

### 5.3 CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS

Com relação às instituições promotoras das atividades educacionais, dois Es (2, 8) foram desenvolvidos em instituições de ensino, enquanto os Es (1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12) foram desenvolvidos em instituições de saúde. Considerando as instituições de saúde e os locais de atuação dos profissionais envolvidos na abordagem educacional, cinco Es (1, 3, 5, 7, 11) indicaram que os profissionais trabalhavam em unidades de internações (clínica médicas e cirúrgicas); cinco Es (4, 7, 9, 10, 11) indicaram que os profissionais trabalhavam em unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica e adulto; e um E (6) indicou que os profissionais trabalhavam em farmácias comunitárias. Quanto às instituições de ensino: um E (2) não descreveu o ambiente de atuação dos profissionais, e um E (8) afirmou que a atividade educacional ocorreu na sala de aula. O Gráfico 6 representa o percentual das instituições promotoras das intervenções educacionais e o Gráfico 7 o percentual por unidade das Instituições de saúde onde a intervenção foi realizada.

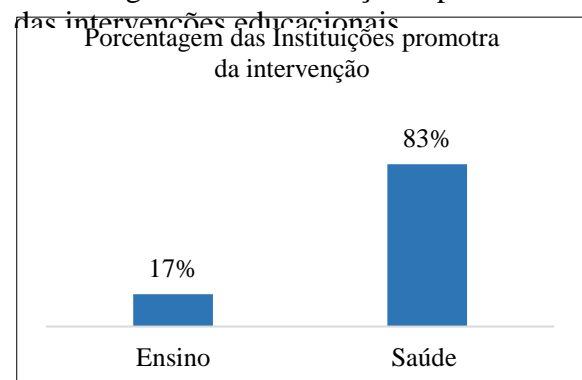
**Gráfico SEQ Gráfico \\* ARABIC 7 –** Porcentagem por Unidade de Saúde, onde a intervenção foi realizada.



Fonte: Elaborado pela Autora (2023)

Fonte: Elaborado pela Autora (2023)

**Gráfico SEQ Gráfico \\* ARABIC 6 –** Porcentagem das Instituições promotoras das intervenções educacionais.



**Quadro 6** - Contexto dos estudos

Autor, ano de publicação, região.	Instituição que promoveu a atividade educacional (Saúde ou Ensino)	Unidade Assistencial
1. (CORRÊA et al., 2020), Região Sul	Saúde (Hospitalar)	Clínica cirúrgica Clínica médica
2. (CONEGLIAN et al., 2020), Região Noroeste/SP.	Ensino (Universidade)	Não menciona o local
3. (COGO et al., 2019), Região Sul do Brasil	Saúde (Hospitalar)	Clínica Médica Clínica Cirúrgica
4. (TONELLI, 2019), Belo Horizonte/MG	Saúde (Hospitalar)	Unidade de Terapia Intensiva.
5. (SOKEM; BERGAMASCHI; WATANABE, 2019), Dourados/MG	Saúde (Hospitalar)	Clínica Médica
6. (DOS REIS et al., 2019), Brasil	Saúde	Farmácias comunitárias
7. (MAIA et al., 2018), São Paulo/SP	Saúde (Hospitalar)	Clínica Médica Unidade de Terapia Intensiva
8. (CZEPULA et al., 2018), Paraná	Ensino	Sala de aula
9. (DE OLIVEIRA et al., 2018), São Paulo/SP	Saúde	Unidade Terapia Intensiva (pediátrica e adulto).
10. (CAUDURO et al., 2017), Curitiba/PN	Saúde (SMS)	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
11. (BUSSOTTI et al., 2016), Região Nordeste	Saúde (Hospitalar)	Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal
12. (CHRISTIAN NEGELISKII, 2015), Porto Alegre/RS	Saúde (Hospitalar)	Unidade de Terapia Intensiva Unidade de Internação cardiológica Unidade de internação da cirurgia vascular Unidade de Medicina interna

**Fonte:** Elaborado pela autora (2022).



## 6 DISCUSSÃO

Como demonstrado na seção anterior, o objetivo desta revisão de escopo foi mapear e apresentar as atividades educacionais com foco na segurança do paciente que estão sendo desenvolvidas para os profissionais e graduandos em saúde no Brasil, levando em consideração os temas fundamentais do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Além disso, foi proposto destacar as lacunas existentes na educação formal e informal sobre o assunto.

Assim, esta revisão de escopo aponta várias maneiras de garantir um cuidado do paciente seguro. Uma delas é abordar o assunto ao longo da formação e durante a atuação profissional. Portanto, o tema deve ser uma disciplina obrigatória nos cursos de formação em saúde e nos serviços de saúde, como educação continuada e permanente, como previsto no PNSP (BRASIL, 2013).

Do ponto de vista das publicações, a localização das publicações é uma descoberta significativa que destaca as várias facetas das regiões brasileiras. Evidenciamos duas regiões brasileiras nessa revisão, que não tiveram nenhuma publicação científica sobre atividade educacional com foco na segurança do paciente: a região norte e a região centro-oeste. Mas o que mais surpreendeu foi a região centro-oeste, onde se localiza a unidade federativa que decreta as principais legislações, com a responsabilidade de fazer e divulgar políticas nacionais. Diferente do contexto da região norte, que também não teve estudo publicado.

Corroborando com este achado, após uma análise regional do sistema científico brasileiro, Sidone e Haddad (2016) descobriram que a produção científica no Brasil era muito variada. As regiões sudeste e sul tinham a maior concentração, com o Nordeste atingindo cerca de 15%, enquanto as regiões centro-oeste e norte não atingiram nem 10% do total nacional.

Para os autores Sidone e Haddad (2016), a disparidade na produção científica nas regiões brasileiras está estreitamente ligada às disparidades na distribuição de recursos científicos e tecnológicos. Isso é resultado da maior disponibilidade de recursos humanos e da concentração de universidades e instituições de pesquisa no sul e no sudeste do país. Também é significativo porque está diretamente relacionada às políticas de financiamento das pesquisas por importantes agências (SIDONE; HADDAD, 2016).

No boletim da Fapesp (2011) de 2008 a 2010, os pesquisadores do Estado de São Paulo publicaram 43.535 artigos científicos em revistas cadastradas no Web of Science - um número maior do que qualquer outro país latino-americano, exceto o Brasil. O Estado de São Paulo produziu 46% da produção nacional. Em 2008, os pesquisadores em São Paulo publicaram 13.788 artigos, aumentando para 15.051 em 2010 (FAPESP, 2011).

Considerando particularmente a área da saúde, Azevedo et al. (2014) afirma que desde a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a pesquisa sobre a segurança do paciente tem aumentado anualmente. Os autores ressaltam ainda que apenas uma publicação foi encontrada em 2008, mas não conseguiu evidenciar por que houve um declínio na produção nesse ano, contudo, o estudo acompanhou as publicações nos meses subsequentes e identificou-se um aumento em 2009 e 2010. Acredita-se que o aumento foi decorrente da divulgação da rede sentinela e as campanhas do COFEN e Rebraensp.

Capucho e Cassiani (2013) defendem que, em todos os estados da federação, as instituições que compõem o sistema de saúde devem divulgar o programa de segurança do paciente para que possam aprender e compartilhar os resultados da assistência, incluindo os resultados negativos, visando a aprendizagem a partir dos erros.

Por outro lado, Siman et al. (2019), ressaltam a necessidade de melhorar a interação entre as equipes, NSP e administração, e conseqüentemente suas ações. Os enfermeiros e outros líderes são os principais responsáveis pela resolução de problemas e desenvolvimento de planos para práticas mais seguras. Além disso, é necessário investir em Educação Permanente, bem como comprometimento ético e político para criar práticas sociais focadas na Segurança do Paciente.

A população predominante dos estudos foi representada por 58% de profissionais da enfermagem. Esse dado mostra o quanto é necessário conscientizar as equipes de saúde para a participação e envolvimento de todas as pessoas, principalmente médicos, ordenadores do cuidado e fisioterapeutas, como atores do cuidado direto ao paciente dentro do hospital.

Portanto, podemos entender que os profissionais de enfermagem, auxiliares, técnicos e enfermeiros representaram a maioria das categorias profissionais que participaram dos estudos. Miranda et. al (2017) afirmam que a enfermagem é essencial para uma assistência segura e eficaz, pois é responsável por educar, notificar e supervisionar eventos adversos para criar um ambiente seguro para o paciente e para si.

Os demais profissionais da saúde, como médicos e fisioterapeutas, que desempenham assistência direta ao paciente, não apareceram entre a população dos estudos examinados. Araújo et al. (2017) afirmam que toda a equipe multiprofissional é envolvida na promoção da segurança dos pacientes. Para Miranda et al. (2017), a segurança do paciente deve ser estabelecida e incorporada a todas as pessoas que trabalham no setor de saúde.

Diante disso, é necessário considerar os fundamentos pedagógicos essenciais do ensino-aprendizagem de segurança do paciente para tornar a prática mais segura e eficaz. Como

resultado, o processo de aprendizagem deve gerar significado para o aprendiz. O aprendizado “pode ser definido como uma mudança duradoura no comportamento, que resulta da prática ou de outras formas de experiência” (Romão et al., 2022, p. 14). O maior obstáculo é garantir que o conhecimento seja transferido para o local de trabalho (OMS, 2016).

Dentre os estudos analisados, apenas 2 (17%) das intervenções educacionais foram fundamentadas em uma das teorias de aprendizagem, seja ela Andragogia ou Taxonomia de Bloom, demonstrando que as intervenções educacionais em serviço ainda são pouco estruturadas do ponto de vista pedagógico, evidenciando uma lacuna na formação de educadores na área da saúde.

Para isso, é necessário identificar os métodos educacionais que estão sendo desenvolvidos, principalmente no que diz respeito à formação de adultos, para estes, a aprendizagem deve produzir significado. A Unesco (2016), orienta que aprendizagem significativa resulte no desenvolvimento de redes conceituais (também conhecidas como mapeamento conceitual) que promovem a resolução de problemas e a criatividade. Além disso, segundo as abordagens cognitivistas e construtivistas, refere-se ao aprendizado que faz sentido para os alunos porque está relacionado às suas experiências pessoais e é orientado para a prática (IBE; UNESCO, 2016).

De acordo com Pereira (2007), o conhecimento, a compreensão e a aplicação das tendências pedagógicas atuais são vitais para os educadores da área da saúde. O autor afirma ainda que há que se pensar em um processo ensino-aprendizagem humano e completo, baseado em práticas morais e éticas, a partir desse conhecimento e da preocupação de integrar a sabedoria ao perfil de educador com liderança e eficácia, mediante habilidades e competências necessárias. A abordagem pedagógica problematizadora e colaborativa são eficazes para produzir sentido neste contexto.

Segundo Pelizzari (2002), todos os alunos filtram o conteúdo que consideram importante ou não. As ideias de Ausubel partem desses dois referenciais, considerando que as pessoas têm uma organização cognitiva interna baseada em conhecimentos conceituais. A complexidade desse sistema depende muito mais das relações que esses conceitos estabelecem entre si do que do número de conceitos existentes (PELIZZARI, 2002). Desta forma, as ações educativas devem permear o cognitivo do indivíduo. O termo "cognitivo" refere-se ao processo de aquisição de conhecimento (cognição). A cognição é o conjunto de variáveis que compõem o desenvolvimento intelectual, incluindo pensamento, linguagem, percepção, memória, raciocínio e outros aspectos (CAMILLO; MENDEIROS, 2018).

O conhecimento tende a melhorar a compreensão da segurança do paciente, independentemente do tema da capacitação; no entanto, os conteúdos abordam a doença e o tratamento, não os riscos e as complicações (BARCELLOS, 2019). As publicações demonstraram que após três anos da publicação do PNSP, foram divulgados os primeiros artigos científicos sobre a educação em segurança do paciente. Apenas 33% dos estudos analisados mencionaram a PNSP.

O crescente aumento de eventos adversos na prática profissional são consequência da falta de conhecimento sobre segurança do paciente, falta de treinamento e capacitação em prol de um cuidado seguro ( SANTOS; GRILO, 2019).

Nesse sentido, Oliveira e Paula ressaltaram que a educação, a capacitação profissional e a pesquisa sobre o tema promovem uma cultura de segurança do paciente para diminuir o número de eventos adversos e, conseqüentemente, o número de atos inseguros que colocam em risco a saúde de pacientes e profissionais. Portanto, os profissionais devem mudar de comportamento quando se trata de segurança do paciente (OLIVEIRA; PAULA, 2013). Esse é um contexto que converge com a prática diária, na qual procuramos identificar e mapear os riscos, mas com intervenções educacionais insuficientes ou ineficazes para qualificar e conscientizar os profissionais da saúde sobre o assunto.

É importante destacar que as intervenções educacionais, em 67% dos estudos que compuseram esta revisão de escopo, concentraram-se nas instituições de saúde, corroborando com a percepção de desvalorização da temática para formação do profissional da saúde, pelas instituições de ensino. .

Na área da saúde, um dos desafios para garantir a segurança do paciente em ambientes hospitalares é a comunicação efetiva, como uma meta na qual as equipes multidisciplinares devem alcançar para garantir um atendimento de qualidade, impactar diretamente nos resultados e criar um ambiente de trabalho harmonioso com cuidados inofensivos. A ausência da comunicação efetiva na troca e registros de informações pelos meios eletrônicos, verbal e escrita, contribuem para a ocorrência de eventos adversos, e até a morte (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Para Nogueira e Rodrigues (2015) a experiência anterior no local de trabalho e a literatura profissional mostram que a comunicação ineficaz leva a cuidados inseguros, e é um fator que contribui para resultados ruins. Um estudo realizado pelos autores mostrou que as ineficiências de comunicação no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde podem ser evitadas por meio de programas de treinamento de habilidades de comunicação, simulações

práticas e abordagens padronizadas para apresentação de informações aos pacientes, o que demonstra a importância de investir no desenvolvimento da comunicação no ambiente de saúde.

Os estudos incluídos nessa revisão abordaram quatro temas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, nas intervenções educacionais, 50% abordaram as infecções relacionadas à assistência à saúde e 33% a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Os demais estudos, 8% prevenção de queda e 8% promoção da cultura de segurança.

Dias et al. (2023), a partir de uma pesquisa para identificar estratégias e intervenções implementadas por enfermeiros para prevenção e controle de infecções hospitalares em unidades de terapia intensiva adulta, ressaltaram a importância da educação permanente como uma ferramenta essencial para escalar medidas e estratégias de controle de infecção. Os autores ainda destacam a desinformação sobre os mecanismos básicos de infecção por parte da equipe de enfermagem, e enfatiza que, além da vigilância, testagem e perfil epidemiológico para a prevenção e controle de IRAS, os enfermeiros que são líderes conhecedores também devem conduzir a capacitação das suas equipes.

Quando se trata da segurança de prescrever, usar e administrar medicamentos, é imperativo abordar os muitos riscos associados à administração de medicamentos. Para Hahara et al. (2012) os erros causados pela terapia medicamentosa são um problema que tem aumentado nas últimas décadas, segundo os profissionais da área da saúde. Esse fato tem um efeito ainda maior em pediatria. Este resultado corrobora com as evidências encontradas nesta revisão, visto que a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos foi o segundo tema mais abordado nas intervenções educacionais.

Martins et al. (2019) relataram que, em um estudo realizado para identificar as necessidades de treinamento e habilidades, os especialistas consideraram a administração de medicamentos e as interações medicamentosas habilidades essenciais no atendimento ao paciente durante parada cardiorrespiratória (RCP) e ventilação mecânica (VM). Outras práticas importantes para o aprimoramento do conhecimento incluem a sistematização da assistência (SAE), e implementação de protocolos de procedimentos e rotinas de internação em UTI. Por último, mas não menos importante, a equipe de enfermagem propôs a qualificação humanizadora e em cuidados paliativos para condutas socioéticas (MARTINS, et al., 2019).

Entretanto, mudar a cultura organizacional para possibilitar a implantação de políticas de segurança e reorganização de processos, continua sendo um desafio para todos os serviços e equipes de saúde. Não basta apenas treinar e qualificar, é preciso definir objetivos, fundamentar a estratégia de aprendizagem e mensurar seus resultados.

Apenas quatro (33%) dos estudos analisados definiram o objetivo da intervenção educativa. Segundo Vianna (2015) as necessidades de treinamento devem ser descritas em metas e devem ser questionados quais os objetivos de abordagem institucional. Além disso, os termos devem ser descritos de forma objetiva e precisa a respeito dos conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) que se pretendem ser alcançados no comportamento dos profissionais durante e após o treinamento.

As estratégias educacionais ativas foram citadas em 58,3% das intervenções educativas nas publicações analisadas, sendo utilizadas simulação realística, aprendizagem baseada em problema e problematização. Três estudos descreveram o uso de sala de aulas, palestra e reunião, como recursos educativos, mas não forneceram mais detalhes. A maioria dos estudos optou por estratégias educacionais que permitem aos alunos participarem da construção de novos conhecimentos, como problematização, simulações realistas e aprendizagem baseada em problemas. De acordo com Lima, Queiroz e Sant'Anna (2018) a pessoa se concentra onde sua atenção é atraída e, que o fator de ver não garante que está prestando atenção. Portanto, as abordagens passivas para a transferência de conhecimento geralmente ficam aquém da eficiência esperada.

A problematização é uma metodologia de ensino que pode interferir positivamente com o aprendizado, mobilizando conteúdo acumulado por meio da problematização dos alunos quando eles são expostos a um problema e dando-lhes a solução para o problema (FERREIRA, 2015). Segundo Villardi, Cyrino e Berbel (2015) a metodologia problematizadora aponta um ponto de aproximação da educação e do trabalho pedagógico do professor, entendido como um processo historicamente construído, cujos fundamentos se encontram na filosofia da prática, na pedagogia libertadora/problemática de Paulo Freire e na pedagogia social crítica dos conteúdos.

Ferreira (2015) salienta ainda, o uso da simulação, que pode direcionar e proporcionar ruptura no modo tradicional de ensino, porque considera um método no qual o professor deixa de ser o proprietário do conhecimento e passa a construí-lo em conjunto com seus alunos, permitindo que os alunos se envolvam de forma proativa no aprendizado. Portanto, essas são estratégias importantes que evocam emoções, produzem resultados positivos, tanto na mudança comportamental, quanto na prática dos profissionais de saúde e asseguram o cuidado.

Garantir uma assistência isenta de danos, o desenvolvimento e a conscientização dos profissionais de saúde é uma ferramenta muito importante para a qualificação dos mesmos.

Para o alcance deste objetivo, a eficiência do treinamento e os resultados obtidos devem ser monitorados e avaliados. Neste sentido, o modelo de Kirkpatrick permite observar e medir os resultados do treinamento. Dadas as preocupações em avaliar a qualidade das intervenções

e os resultados alcançados 33% das publicações examinadas avaliaram aquisição de conhecimento (nível 2), 25% avaliaram as mudanças no comportamento profissional (nível 3), 17% avaliaram a reação (nível 1) e 8 % mediram o impacto das intervenções nos resultados efetivos (nível 4). Dois estudos, não relataram nenhum método de avaliação da intervenção educacional.

Na perspectiva de Sordoli-Comin, Inovente e Miura (2011) as organizações precisam implementar medidas de apoio, como desenvolvimento, treinamento, comunicação, remuneração e gerenciamento, para que possam transformar o retorno do investimento em capital humano.

A avaliação de eficácia dos treinamentos fornece dados importantes para a avaliação do treinamento. No entanto, o modelo tradicional de avaliação da aprendizagem, que utiliza apenas testes de conhecimento teóricos, é limitado, pois não permite avaliar todo de um treinamento. Para orientar o desenvolvimento de metodologias de avaliação de intervenções educativas em saúde, é necessário analisar os resultados e os impactos dessas intervenções no ambiente de trabalho, e aplicar outras estratégias de avaliação dos processos educativos (MIRA, 2012).

As questões relacionadas às atividades educacionais e à segurança do paciente são extremamente pertinentes e necessárias para garantir a segurança do paciente. No entanto, existem vários desafios a serem superados durante o processo de formação, educação permanente e monitoramento dos resultados.

## 7 CONCLUSÕES

No Brasil estão sendo realizadas atividades educacionais com foco na segurança do paciente desenvolvidas para profissionais e graduandos em saúde contemplando alguns dos temas básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. A população da maioria dos estudos foi composta por profissionais da enfermagem oriundos das regiões Sul e Sudeste do Brasil. Não foram identificados estudos que contemplassem profissionais médicos e fisioterapeutas, e nem provenientes das regiões Norte e Centro-Oeste.

Dentre os estudos analisados, identificou-se a abordagem de apenas três temas constantes na PNSP: infecção, prescrição segura e quedas o que evidencia uma lacuna na oferta de formação para os profissionais de saúde com relação à temática pois não houve menção aos demais protocolos básicos da PNSP.

As principais estratégias educacionais utilizadas foram simulação realística, aprendizagem baseada em problemas e problematização, constando-se o predomínio da adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em consonância com as recomendações da Política Nacional de Educação Permanente para a formação de profissionais de saúde.

A avaliação dos resultados e das evidências geradas por essas intervenções educacionais utilizando como referencial o modelo de Kirkpatrick identificou que a maioria dos estudos focou na avaliação da aquisição de conhecimento (nível 2) não avaliando se a formação teve impacto nos indicadores de saúde ou na qualidade assistencial.

Os resultados desta revisão permitem concluir que, apesar de todo o avanço científico disponível, a educação profissional para a segurança do paciente está apenas começando, que precisamos capacitar e sensibilizar os profissionais com ações educativas que produzam significado.

Esperamos que este estudo ajude a identificar as lacunas existentes nas abordagens educacionais em relação aos temas essenciais de segurança do paciente. Também como base para novas pesquisas sobre a avaliação da eficácia do treinamento e a importância deste acompanhamento para a produção de um cuidado livre de danos.



## REFERÊNCIAS

ABBAD, Gardênia da Silva *et al.* **Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: ferramentas para gestão de pessoas.** Porto Alegre – RS: Artmed Editora, 2009.

ADAMY, Edlamar Kátia *et al.* Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde.** Brasília, 2013. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Caderno\\_5\\_GGTES\\_WEB.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Caderno_5_GGTES_WEB.pdf) acesso em 20 maio 2023.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, p. 168-168, 2017.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução 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, v. 26, 2013.

ARAÚJO, Márcia Correia; TANOMARU, Sueli Titsuko Sueyda; OLIVEIRA, Osvaldo Pereira de. Segurança do paciente-análise dos eventos adversos relacionados à saúde 2014/2015. **Bepa**, [s. l.], v. 13, p. 85–94, 2016.

ARAÚJO, Marcos Antonio Nunes *et al.* Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017.

AUSUBEL, D.; NOVAK, J.; HANESIAN, H. **Psicologia Educacional.** 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980

AZEVEDO, Roseane Mafra *et al.* **Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 6, n. 2, p. 841-847, 2014.

BARCELLOS, Guilherme Brauner. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. *In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org).* **Criando organizações de saúde seguras.** Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2019. p. 148-168.

BASKIN, Colin. Using Kirkpatrick's four-level-evaluation model to explore the effectiveness of collaborative online group work. *In: Proceedings of the Annual Conference of the Australasian Society for Computers in Learning in Tertiary Education.* 2001. p. 9-12.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez:** uma reflexão teórico-epistemológica. SciELO-EDUEL, 2012.

BØJE, Rikke Buus; LUDVIGSEN, Mette Spliid. Educational interventions that address handover skills of healthcare professionals: a scoping review protocol. **JBIC database of**

**systematic reviews and implementation reports**, [s. l.], v. 15, n. 12, p. 2842–2847, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003353>

BORGES, Andrade Jairo E. *et al.* **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**. Porto Alegre – RS: Artmed Editora, 2009.

BRASIL. ANVISA. **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, [s. l.], p. 1–5, 2013.

BRASIL. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasil: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. *E-book*.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: Projeto de terminologia em saúde**. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Ministério da Saúde, [s. l.], 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Ministério da Saúde, [s. l.], 2009. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.660, DE 22 DE JULHO DE 2009**. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária-VIGIPOS, como parte integrante do Sistema Único de Saúde-SUS. [Internet]. Bvmsms. saude. gov. br. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Diário Oficial da União, [s. l.], 2011. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)

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, v. 150, n. 62, p. 43-44, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, de 02/04/2013, Seção 1, Pág.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. 1998

CAMILLO, Cíntia Moralles; MEDEIROS, Liziany Muller. **Teorias da educação**. E-book. Universidade de Santa Maria. Santa Maria – RS, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/18360> Acesso em ago 2022.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 791-798, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **10 Passos para a segurança do paciente**. São Paulo: COREN-SP; 2010.

COSTA, Samara Greice Röpke Faria da. *et al.* Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 32, p. 676-681, 2011.

CROSS, J. J. B.; NEUMAN B. George. **Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2000. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências, 2007.

DALCIN, T. C. et a. **Associação Hospitalar Moinhos de Vento Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre, 2020. 220 p.

DA SILVA NOGUEIRA, Jane Walkiria; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015.

DESLANDES, S.F., comp. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [E-book]. Rio de Janeiro Ed. FIOCRUZ, 2006, 414 p. Criança, mulheres e saúde collection. ISBN 978-85-7541-329-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413296>. Acesso em nov 2022.

DIAS, Larissa et al. **O papel do enfermeiro frente às ações de prevenção e controle de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva adulto**. Revista de saúde Dom Alberto, v. 10, n. 1, p. 45-68, 2023.

DONALDSON, Molla S. *et al.* (Ed.). **To err is human**: building a safer health system. 2000.

FERRAZ, Ana Paula do Carmo Marcheti; BELHOT, Renato Vairo. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gestão & produção**, v. 17, p. 421-431, 2010.

FERRAZ, Ana Paula do Carmo Marcheti; BELHOT, Renato Vairo. **Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais**. **Gestão & produção**, v. 17, p. 421-431, 2010.

FERREIRA, Claudenice. **Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde**. Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde, 2015.

FERRO, Maria da Gloria Duarte; PAIXÃO, Maria do Socorro Santos Leal. **Psicologia da aprendizagem**: Fundamentos teórico-metodológico dos processos de construção do conhecimento. Teresina: EDUFPI, 2017.

FRAGATA, Fragata; SOUSA, Paulo; SANTOS, Rui Seabra. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. *In*: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org). **Criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2019. p. 21-41.

José Carvalho de Noronha, Heleno Costa Junior e Paulo Sousa

FRANCISCATTO, Luisa *et al.* Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. **Clinical & Biomedical Research**, v. 31, n. 4, 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Ed. Paz e terra, 2014.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO - FAPESP. **Pesquisadores no Brasil publicam 56% dos artigos científicos originados na América Latia. Indicadores Fapesp de Ciência, Tecnologia e Inovação**. Boletim nº 3, novembro 2011. <https://fapesp.br/indicadores/boletim3.pdf>

GALVÃO, Taís Freire; TIGUMAN, Gustavo Magno Baldin; SARKIS-ONOFRE, Rafael. A declaração PRISMA 2020 em português: recomendações atualizadas para o relato de revisões sistemáticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e2022364, 2022.

GORDON, Morris; FINDLEY, Rebecca. Educational interventions to improve handover in health care: A systematic review. **Medical Education**, [s. l.], v. 45, n. 11, p. 1081–1089, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04049.x> Acesso em jun 2022.

GOUVÊA, Carla *et al.* **Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Desenvolvimento-de-indicadores-de-seguranca-para-monitoramento-do-cuidado-em-hospitais-brasileiros-de-pacientes-agudos.pdf>. Acesso em nov 2022.

UNESCO. **Glossário de terminologia curricular**. Bureau Internacional de Educação (IBE), 2016. Disponível em: [https://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/resources/ibe-glossary-curriculum\\_por.pdf](https://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/resources/ibe-glossary-curriculum_por.pdf). Acesso em ago 2021

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa et al. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 639-642, 2012.

IHI. National Steering Committee for Patient Safety. **Safer Together: A National Action Plan to Advance Patient Safety**. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2020a. Disponível em: [www.ihl.org/SafetyActionPlan](http://www.ihl.org/SafetyActionPlan). Acesso em ago 2021.

IHI. National Steering Committee for Patient Safety. **Implementation Resource Guide: A National Action Plan to Advance Patient Safety**. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2020b. Disponível em: [www.ihl.org/SafetyActionPlan](http://www.ihl.org/SafetyActionPlan). Acesso em ago 2021.

LIMA, Claudia Lucia; QUEIROZ, Erika Cristina Silva Batista; SANT'ANNA, Geraldo Jose. A relação entre concentração e aprendizagem: o uso de TIDC para a aprendizagem do aprender. CIET: EnPED, 2018.

PETERS, M.D. et al. JBI. Guidance for conducting systematic scoping reviews. **Int J Evid Based Healthc**. Vol. 13, n. 3, pp.141-146, 2015.

PETERS, M.D. et al. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>. Acesso em dez 2021

KIRKPATRICK, Donald L. **Evaluating Training Programs - THE FOUR LEVELS**. Berrett-Koehler Publishers, Inc. 1994.

KIRKPATRICK, Donald; KIRKPATRICK, James. **Evaluating training programs: The four levels**. Berrett-Koehler Publishers, 2006.

LANDRIGAN, Christopher P. Condições de trabalho e bem-estar dos profissionais de saúde: compartilhamento de lições internacionais para melhorar a segurança do paciente. **Jornal de Pediatria**, v. 87, p. 463-465, 2011.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo *et al.* Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-7, 2019.

MACHADO, Maria Helena; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1971-1979, 2018.

MAIOLI, Nayara Aparecida; SANTOS, Hernani Cesar Barbosa. Intervenções Farmacêuticas e sua importância na Segurança do Paciente Hospitalizado. In: **Colloquium Vitae**. ISSN: 1984-6436. 2018. p. 35-40.

MARRA, V. N.; SETTE, M. L. **Guia curricular de segurança do paciente da organização mundial da saúde**: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.

MARTINS, Mônica. Qualidade do cuidado de saúde. *In*: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org). **Segurança do paciente conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2019, p. 27-40 *apud* DONABEDIAN A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1980.

MARTINS, Francisco Rodrigues et al. Necessidades de qualificação do processo de trabalho da Enfermagem em UTI Pediátrica. ID on line. **Revista de psicologia**, v. 13, n. 43, p. 322-328, 2019.

MEDEIROS, Liziany Muller *et al.* **Filosofia da educação**. E-book. 1ª edição – Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria –RS, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/18354>. Acesso em 20 fev 2023.

MIRA, Vera Lucia et al. Avaliação da eficácia de um treinamento de profissionais de enfermagem: estudo correlacional. **Online braz j nurs**, v. 11, n. 3, 2012.

MIRANDA, Alanne Pinheiro *et al.* Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 1, 2017.

MOREIRA, Marco Antonio. **Teorias de aprendizagem**. São Paulo: Editora pedagógica e universitária, 1999.

NORONHA, Jose Carrvalho; COSTA, Heleno; SOUSA, Paulo. **Acreditação e segurança do paciente**. *In*: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org). Criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2019. p. 59-76.

NUNES, A. I. B. L; SILVEIRA, R. N. **Psicologia da aprendizagem**. 3. ed. rev. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

OKOLI, Chitu et al. Guia para realizar uma Revisão Sistemática de Literatura. **EAD em Foco**, v. 9, n. 1, 2019.

OLIVEIRA, Jamile Rocha de et al. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 4, p. 671-678, 2013.

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 122-129, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Direção Geral da Saúde de Portugal. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório técnico Final, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde**: edição multiprofissional. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Parceria africana para segurança do paciente. Melhorar a segurança do paciente: primeiros passos*. 2012. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78043/WHO\\_IER\\_PSP\\_2012.7\\_por.pdf?sequence=7&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78043/WHO_IER_PSP_2012.7_por.pdf?sequence=7&isAllowed=y) Acesso em jul 2022.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; PAULA, Adriana Oliveira de. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 217-225, 2013.

PELIZZARI, Adriana *et al.* Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Revista PEC**, v. 2, n. 1, p. 37-42, 2002.

PEREIRA, Isabel Brasil *et al.* **Dicionário da educação profissional em saúde**. EPSJV, 2008.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação profissional em saúde**. Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, Sueli Essado. Contribuições para um planejamento educacional em ciências da saúde com estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem. **Comun. ciênc. saúde**, p. 33-44, 2007.

PINA, Elaine; FERREIRA, Etelvina; JOÃO, Maria. Infecções associadas aos cuidados de saúde. *In*: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org). **Segurança do paciente conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2019, p. 137 -139.

PORTILLO, G. G. **Modelo de evaluación Kirkpatrick en Educación para el Desarrollo y ciudadanía global**: Recomendaciones para su adaptación en proyectos de Farmamundi. 2021.

POTTER, P.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de Enfermagem**. 9ª ed. 2018.

PRAIA, João Félix. Aprendizagem significativa em D. Ausubel: contributos para uma adequada visão da sua teoria e incidências no ensino. **Teoria da aprendizagem significativa**. Peniche, Portugal, p. 121-134, 2000.

RIBEIRO, Paulo César. **Infecção: Terapia intensiva**. São Paulo: [s. n.], 2015.

ROMAN, Cassiela *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical and biomedical research. Porto Alegre**. Vol. 37, n. 4, p. 349-357, 2017.

RUNCIMAN, B.; MERRY, A.; WALTON, M. **Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right**. Boca Raton: CRC Press, 2017.

SANTOS, Margarida Carbugueira Custódio; GRILO, Ana Monteiro. O Envolvimento e segurança do paciente: desafios e estratégias. *In*: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org). **Criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2019. p. 169-199.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; INOCENTE, David Forli; MIURA, Irene Kazumi. Avaliação de programas de treinamento, desenvolvimento e educação no contexto organizacional: modelos e perspectivas. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 37-53,

jun. 2011 . Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572011000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572011000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 jul. 2023.

SIDONE, Otávio José Guerci; HADDAD, Eduardo Amaral; MENA-CHALCO, Jesús Pascual. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. **Transinformação**, v. 28, p. 15-32, 2016.

SIMAN, Andréia Guerra *et al.* Desafios da prática na segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1504-1511, 2019.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org). **Segurança do paciente conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2019, p. 15-20.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma. **Glossário de análise política em Saúde**. 2016.

TRINDADE, Lourdes; LAGE, Maria João. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. *In*: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org). **Segurança do paciente conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2019, p. 41-58

UNESCO. **International Standard Classification of Education 2011**. [S. l.: s. n.], 2013.

URBANETTO, Janete de Souza; GERHARDT, Luiza Maria. Patient safety in the healthcare education research triad. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 8-9, 2013.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 1015-1025, 2016.

VIANNA, Vânia Alves. Elaboração de planos de capacitação. Elaboração de planos de capacitação. Apostila. Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Brasília, 2015. Disponível em:

[https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2383/1/Apostila%26CE\\_EPC\\_rev\\_final\\_24-11-15.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2383/1/Apostila%26CE_EPC_rev_final_24-11-15.pdf). Acesso em fev. 2023.

VILLARDI, Marina Lemos; CYRINO, Eliana Goldfarb; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. (Coleção PROPG Digital- UNESP). ISBN 9788579836626. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/138582>. Acesso em 20 jun 2023.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; MARTINS, Mônica; RABELLO, Elaine Teixeira. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2021005, 2021.

WEGNER, Wiliam *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, 2016.



**APÊNDICE A - ESTRATÉGIA DE BUSCA REALIZADA EM 1 DE NOVEMBRO DE 2021**

Base de dados	Estratégia de busca	Nº de estudos
PubMed (Medline)	<p>((((((("health personnel"[MeSH Terms]) OR ("allied health personnel"[MeSH Terms])) OR (patient care team[MeSH Terms])) OR (healthcare provider[Text Word])) OR ("healthcare professionals"[Text Word]) OR (undergraduate[Text Word])) AND (((((((("education"[MeSH Terms]) OR ("health education"[MeSH Terms])) OR ("education, continuing"[MeSH Terms])) OR ("inservice training"[MeSH Terms])) OR ("learning health system"[MeSH Terms])) OR ("teaching"[MeSH Terms])) OR (training interventions[Text Word])) OR (Adult learning[Text Word])) OR (learning program[Text Word])) OR (Permanent Health Education[Text Word])) OR (Health Human Resource Training[Text Word]))) AND (((("patient safety"[MeSH Terms])) OR ("quality of health care"[MeSH Terms])) OR ("medical errors"[MeSH Terms])) OR ("iatrogenic disease"[MeSH Terms])) OR (Patient care quality[Text Word])) AND (((((((("health services"[MeSH Terms]) OR ("primary health care"[MeSH Terms])) OR ("secondary care"[MeSH Terms])) OR ("ambulatory care"[MeSH Terms])) OR (Hospital Care[Text Word])) OR (Emergency medical service[Text Word])) OR (Health Care[Text Word]))) AND ("brazil"[MeSH Terms]))</p>	379
Portal Regional da BVS – BIREME	<p>(Pessoal OR Profissionais* OR Trabalhador* OR equipe* OR Personal OR Profesional* OR Trabajador* OR Staff* OR Worker* OR undergraduate* OR graduação* OR graduado*) AND (saúde OR salud OR healthcare OR health) AND (educação OR capacitação OR treinamento OR aprendizado OR aprendizagem OR orientação OR educación OR capacitación OR aprendizaje OR orientación OR education OR training OR learning) AND (serviço* OR Assistência OR ambulator* OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Secundária à Saúde" OR servicio* OR Asistencia OR "Atención médica" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Secundaria de Salud" OR "Atención Ambulatoria" OR services OR Assistance</p>	680

	OR "Primary Health Care" OR "Secondary Health Care") AND ("Segurança do Paciente" OR "Qualidade da Assistência" OR "Erro Cirúrgico" OR "Erro Médico" OR "Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Seguridad del paciente" OR "Calidad de la atención" OR "Error quirúrgico" OR "Error médico" OR "Calidad de la atención médica" OR "Patient Safety" OR "Quality of Care" OR "Surgical Error" OR "Medical Error" OR "Quality of Health Care") AND (Bra?il)	
Scielo	(ab:((pessoal OR profissiona* OR trabalhador* OR equipe* OR personal OR profesional* OR trabajador* OR staff* OR worker* OR undergraduate*) AND (saúde OR salud OR healthcare OR health))) AND (ab:((educação OR capacitação OR treinamento OR aprendizajes OR aprendizajes OR orientação OR educación OR capacitación OR aprendizajes OR orientación OR education OR training OR learning))) AND (ab:(("Segurança do Paciente" OR "Qualidade da Assistência" OR "Erro Cirúrgico" OR "Erro Médico" OR "Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Seguridad del paciente" OR "Calidad de la atención" OR "Error quirúrgico" OR "Error médico" OR "Calidad de la atención médica" OR "Patient Safety" OR "Quality of Care" OR "Surgical Error" OR "Medical Error" OR "Quality of Health Care"))) AND (ab:((serviço* OR assistência OR ambulator* OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Secundária à Saúde" OR servicio* OR asistencia OR "Atención médica" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Secundaria de Salud" OR "Atención Ambulatoria" OR services OR assistance OR "Primary Health Care" OR "Secondary Health Care"))) AND (ab:((bra?il)))	105
Web of Scienc	(Pessoal OR profissiona* OR trabalhador* OR equipe* OR personal OR profesional* OR trabajador* OR staff* OR worker* OR undergraduate* OR graduação* OR graduado* ) AND (saúde OR salud OR healthcare OR health) AND (educação OR capacitação OR treinamento OR aprendizado OR aprendizagem OR orientação OR educación OR capacitación OR aprendizaje OR orientación OR education OR training OR learning) AND (serviço* OR assistência OR ambulator* OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Secundária à Saúde" OR servicio* OR asistencia OR "Atención médica" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Secundaria de Salud" OR "Atención Ambulatoria" OR services OR assistance OR	28

	"Primary Health Care" OR "Secondary Health Care") AND ("Segurança do Paciente" OR "Qualidade da Assistência" OR "Erro Cirúrgico" OR "Erro Médico" OR "Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Seguridad del paciente" OR "Calidad de la atención" OR "Error quirúrgico" OR "Error médico" OR "Calidad de la atención médica" OR "Patient Safety" OR "Quality of Care" OR "Surgical Error" OR "Medical Error" OR "Quality of Health Care") AND (bra?il)	
EBSCOhost	(Pessoal OR profissiona* OR trabalhador* OR equipe* OR personal OR profesional* OR trabajador* OR staff* OR worker* OR undergraduate* OR graduação* OR graduado* ) AND (saúde OR salud OR healthcare OR health) AND (educação OR capacitação OR treinamento OR aprendido OR aprendizagem OR orientação OR educación OR capacitación OR aprendizaje OR orientación OR education OR training OR learning) AND (serviço* OR assistência OR ambulator* OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Secundária à Saúde" OR servicio* OR asistencia OR "Atención médica" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Secundaria de Salud" OR "Atención Ambulatoria" OR services OR assistance OR "Primary Health Care" OR "Secondary Health Care") AND ("Segurança do Paciente" OR "Qualidade da Assistência" OR "Erro Cirúrgico" OR "Erro Médico" OR "Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Seguridad del paciente" OR "Calidad de la atención" OR "Error quirúrgico" OR "Error médico" OR "Calidad de la atención médica" OR "Patient Safety" OR "Quality of Care" OR "Surgical Error" OR "Medical Error" OR "Quality of Health Care") AND (bra?il)	159
ERIC	(Pessoal OR profissiona* OR trabalhador* OR equipe* OR personal OR profesional* OR trabajador* OR staff* OR worker* OR undergraduate* OR graduação* OR graduado* ) AND (saúde OR salud OR healthcare OR health) AND (educação OR capacitação OR treinamento OR aprendido OR aprendizagem OR orientação OR educación OR capacitación OR aprendizaje OR orientación OR education OR training OR learning) AND (serviço* OR assistência OR ambulator* OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Secundária à Saúde" OR servicio* OR asistencia OR "Atención médica" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Secundaria de Salud" OR "Atención Ambulatoria" OR services OR assistance OR	0

	<p>"Primary Health Care" OR "Secondary Health Care") AND ("Segurança do Paciente" OR "Qualidade da Assistência" OR "Erro Cirúrgico" OR "Erro Médico" OR "Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Seguridad del paciente" OR "Calidad de la atención" OR "Error quirúrgico" OR "Error médico" OR "Calidad de la atención médica" OR "Patient Safety" OR "Quality of Care" OR "Surgical Error" OR "Medical Error" OR "Quality of Health Care") AND (bra?il)</p>	
<p><b>SCORPUS</b></p>	<p>( TITLE-ABS-KEY ( ( pessoal OR profissiona* OR trabalhador* OR equipe* OR personal OR profesional* OR trabajador* OR staff* OR worker* OR undergraduate* ) AND ( saúde OR salud OR healthcare OR health ) ) AND TITLE-ABS-KEY ( ( educação OR capacitação OR treinamento OR aprendizajes OR aprendizajes OR orientação OR educación OR capacitación OR aprendizajes OR orientación OR education OR training OR learning ) ) AND TITLE-ABS-KEY ( ( "Segurança do Paciente" OR "Qualidade da Assistência" OR "Erro Cirúrgico" OR "Erro Médico" OR "Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Seguridad del paciente" OR "Calidad de la atención" OR "Error quirúrgico" OR "Error médico" OR "Calidad de la atención médica" OR "Patient Safety" OR "Quality of Care" OR "Surgical Error" OR "Medical Error" OR "Quality of Health Care" ) ) AND TITLE-ABS-KEY ( ( serviço* OR assistência OR ambulator* OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Secundária à Saúde" OR servicio* OR asistencia OR "Atención médica" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Secundaria de Salud" OR "Atención Ambulatoria" OR services OR assistance OR "Primary Health Care" OR "Secondary Health Care" ) ) AND TITLE-ABS-KEY ( ( bra?il ) ) )</p>	<p>71</p>

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

<b>Nº Artigo:</b>	<b>Título do estudo:</b>	
<b>Autor:</b>		
<b>Ano:</b>		<b>Local:</b>
<b>Título do periódico:</b>		
<b>Tipo de pesquisa :</b>		
<b>Objetivo da pesquisa:</b>		
<b>POPULAÇÃO</b>	<p>Categoria profissional</p> <p>Área de formação</p>	
<b>CONCEITO</b>	<p>Cita alguma teoria de aprendizagem empregada para fundamentar a estratégia educacional?</p>	
	<p>Descreve conteúdo, recursos didáticos e estratégia/método educacional?</p>	
	<p>Destaca o tema da intervenção educacional?</p>	Qual o tema?
	<p>Qual a duração da intervenção educacional?</p>	
<b>CONTEXTO</b>	<p>O local onde foi desenvolvido a intervenção educacional?</p>	
	<p>A intervenção educacional foi isolada ou faz parte do processo institucional em educação continuada/permanente?</p>	

RESULTADO	Cita nominalmente o modelo de avaliação de treinamento de Kirkpatrick	[ ] Sim [ ] Não relata  Se sim, quais níveis foram empregados na avaliação de treinamento?  Como foi realizado a avaliação:
		Se não, qual o modelo de avaliação foi empregado?
LIMITAÇÃO		
CONCLUSÃO		
OBSERVAÇÃO		

## APÊNDICE C - ESTUDOS INELEGÍVEIS APÓS REVISÃO DO TEXTO COMPLETO

Referência	Motivo de exclusão
1. PEREIRA, Lizziane d&#039; Ávila. A educação permanente no cotidiano dos trabalhadores da saúde: um olhar para o Hospital Risoleta Tolentino Neves [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <a href="http://hdl.handle.net/1843/ENFC-BA9QVS">http://hdl.handle.net/1843/ENFC-BA9QVS</a>	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional
2. FELIPE, Carolina et al. Clinical simulation strategies for knowledge integration relating to initial critical recognition and management of COVID-19 for use within continuing education and health-related academia in Brazil: a descriptive study. [s. l.], v. 138, n. 5, p. 385–392, 2020.	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional.
3. JESUS, Maristela Conceição de et al. Repercussões da educação permanente nas práticas assistenciais dos profissionais. Revista Baiana de Enfermagem, [s. l.], v. 33, 2019. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.18471/rbe.v33.27555">https://doi.org/10.18471/rbe.v33.27555</a>	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional. (entrevista semiestruturada)
4. ADAMY, Edlamar Kátia et al. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min, [s. l.], v. 8, p. [1-8], 2018. Disponível em: <a href="http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1924/1876">http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1924/1876</a>	Conceito inelegível: Não descreve a atividade educacional.
5. MARTINS, Jéssica Rauane Teixeira et al. A vacinação no cotidiano: vivências indicam a Educação Permanente. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, Martins, Jéssica Rauane Teixeira; Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis. BR, v. 23, n. 4, p. e20180365–e20180365, 2019. Disponível em: <a href="http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;">http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;</a>	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional.
6. KOERICH, Cintia; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. Revista Brasileira de Enfermagem, [s. l.], v. 69, n. 5, p. 872–880, 2016. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0032">https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0032</a>	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional.
7. JOSHI, Ashish et al. Evaluation of a tele-education programme in Brazil. J Telemed Telecare, Joshi A; Center for Global Health and Development, Department of Health Services Research and Administration, College of Public Health, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska, USA. ashish.joshi@unmc.edu, v. 17, n. 7, p. 341–345, 2011. Disponível em: <a href="https://dx.doi.org/10.1258/jtt.2011.101209">https://dx.doi.org/10.1258/jtt.2011.101209</a>	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional.
8. PEREIRA, Bruno Monteiro Tavares et al. Initial experience at a university teaching hospital from using telemedicine to promote education through video conferencing. São Paulo Medical Journal, [s. l.], v. 130, n. 1, p. 32–36, 2012. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/s1516-31802012000100006">https://doi.org/10.1590/s1516-31802012000100006</a>	Conceito inelegível: Estudo retrospectivo por meio de banco de dados.
9. SILVA, Valentina Barbosa da et al. Educação Permanente Na Prática Da Enfermagem: Integração Entre Ensino E Serviço. Cogitare Enfermagem, [s. l.], v. 26, 2021. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71890">https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71890</a>	Conceito inelegível: Atividade educacional não fundamentada nos protocolos do PNSP.
10. LEMOS, Dayanna Machado Pires et al. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. Revista gaúcha de enfermagem, [s. l.], v. 40, n. spe, p. e20180344, 2019. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180344">https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180344</a>	Conceito inelegível: Não descreve a atividade educacional.
11. MARQUES, Claudia Maria da Silva et al. Tele-education and competencies assessment to Brazilian's auxiliary nurse. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s. l.], v. 41, n. spe, p. 841–846, 2007. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000500018">https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000500018</a>	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional.
12. MASSUCATO, Matheus Augusto Obici et al. Telessaúde como ferramenta na formação médica durante a pandemia da COVID-19: relato de experiência. Revista Brasileira de Educação Médica, [s. l.], v. 45, n. 3, 2021. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20210195">https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20210195</a>	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional.
13. DE OLIVEIRA PRAXEDES, Adriana et al. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional.

Brasil. Cadernos de Saúde Pública, [s. l.], v. 33, n. 10, p. 1–14, 2017. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/0102-311X00034516">https://doi.org/10.1590/0102-311X00034516</a>	
14. MENDES-RODRIGUES, Clesnan et al. Quality indicators applied in a nursing continuing education program of a high complexity university hospital from Brazil: III - training indicator TT - Indicadores de qualidade aplicados a um programa de educação continuada de um hospital universitário . Biosci. j. (Online), Mendes-Rodrigues, Clesnan; Federal University of Uberlândia. Uberlândia. BR, v. 34, n. 2, p. 457–464, 2018. Disponível em: <a href="http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/36525/21930">http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/36525/21930</a>	Conceito inelegível: Estudo retrospectivo, descritivo de abordagem qualitativa.
15. COSTA, Tássio Ricardo Martins da et al. <b>Ação educativa com profissionais de terapia intensiva sobre lesão na córnea: relato de experiência/Educational action with professionals of intensive therapy on corneal injury: experience report<b>. Ciência, Cuidado e Saúde, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 1–7, 2019. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i2.46687">https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i2.46687</a>	Conceito inelegível: Atividade educacional não fundamentada nos protocolos do PNSP.
16. DE ARAÚJO, Bruna Carolina et al. How to Prevent or reduce prescribing errors: An evidence brief for policy. Frontiers in Pharmacology, [s. l.], v. 10, n. JUN, p. 1–7, 2019. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00439">https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00439</a>	Conceito inelegível: Revisão
17. BORIM, Bruna Cury et al. Development and Evaluation of a Continuing Education Program for Nursing Technicians at a Pediatric Cardiac Intensive Care Unit in a Developing Country. World journal for pediatric & congenital heart surgery, United States, v. 8, n. 6, p. 694–698, 2017. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1177/2150135117731724">https://doi.org/10.1177/2150135117731724</a>	Conceito inelegível: Atividade educacional não fundamentada nos protocolos do PNSP.
18. DE CARVALHO, Telma Pelaes et al. Tracheostomized patients care: Efficacy of a brief theoretical education program for nursing personnel. Supportive Care in Cancer, [s. l.], v. 17, n. 6, p. 749–751, 2009. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-008-0560-8">https://doi.org/10.1007/s00520-008-0560-8</a>	Conceito inelegível: Atividade educacional não fundamentada nos protocolos do PNSP.
19. VIDAL, S A et al. Comparison of two training strategies for essential newborn care in Brazil. Bulletin of the World Health Organization, [s. l.], v. 79, n. 11, p. 1024–1031, 2001.	Conceito inelegível: Atividade educacional não fundamentada nos protocolos do PNSP.
20. FONTENELE, Susan Karollyne et al. Programa Pet-Saúde Rede Cegonha: Relato De Experiência. Revista Baiana de Saúde Pública, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 524–536, 2018. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a2389">https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a2389</a>	Conceito inelegível: Implantação do Programa Pet-Saúde rede cegonha.
21. DE SOUZA, Ruth Francisca Freitas; DA SILVA, Lolita Dopico. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. Revista Enfermagem, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 22–28, 2014.	Conceito inelegível: Não houve atividade educacional.
22. MORAIS FILHO, Luiz Alves et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia para articular ensino e serviço TT - Continuing healthcare education: a strategy to connect teaching and services TT - Educación continua en salud: una estrategia para articular enseñanza y servicio. Rev Rene, [s. l.], v. 14, n. 5, p. 1050–1060, 2013. Disponível em: <a href="ile:///scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1517-38522013000500023&amp;lang=pt">ile:///scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1517-38522013000500023&amp;lang=pt</a>	Conceito inelegível: Atividade educacional não fundamentada nos protocolos do PNSP.
23. TALBOT, Yves et al. Capacity-building in family health: innovative in-service training program for teams in Latin America. Canadian family physician Medecin de famille canadien, [s. l.], v. 55, n. 6, p. 613–616, 2009.	Conceito inelegível: Atividade educacional não fundamentada nos protocolos do PNSP.
24. CARDOSO, Luiz Francisco et al. Results of a venous thromboembolism prophylaxis program for hospitalized patients. Vascular Health and Risk Management, [s. l.], v. 12, p. 491–496, 2016. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.2147/VHRM.S101880">https://doi.org/10.2147/VHRM.S101880</a>	Conceito inelegível: Implantação de um programa de profilaxia de TEV.
25. DOSEA, Aline S. et al. Establishment, Implementation, and Consolidation of Clinical Pharmacy Services in Community Pharmacies: Perceptions of a Group of Pharmacists. Qualitative Health Research, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 363–373, 2017. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1177/1049732315614294">https://doi.org/10.1177/1049732315614294</a>	Conceito inelegível: Implantação dos serviços de farmácia clínica.
26. VERSIANI, Clara de Cássia et al. Maternidade segura: relato de experiência. Revista de APS, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 109–114, 2008.	Conceito inelegível: Implantação do Projeto Maternidade Segura.



<p>27. SANTOS, Thiago Martins et al. Implementing healthcare professionals' training during COVID-19: A pre and post-test design for simulation training. <i>São Paulo Medical Journal</i>, [s. l.], v. 139, n. 5, p. 514–519, 2021. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0190.R1.27052021">https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0190.R1.27052021</a></p>	<p>Conceito inelegível: Atividade educacional não fundamentada nos protocolos do PNSP.</p>
<p>28. DAUD-GALLOTTI, Renata Mahfuz et al. A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination. <i>Clinics</i>, v. 66, n. 7, p. 1209-1215, 2011.</p>	<p>Outros: Anterior ao Programa Nacional de Segurança do Paciente.</p>
<p>29. GOUWS, Eleanor et al. Improving antimicrobial use among health workers in first-level facilities: results from the multi-country evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. <i>Bulletin of the World Health Organization</i>, v. 82, p. 509-515, 2004.</p>	<p>Outros: Anterior ao Programa Nacional de Segurança do Paciente.</p>
<p>30. HEMESATH, Melissa Prade et al. Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. <i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i>, v. 40, 2019.</p>	<p>Conceito inelegível: Implantação de protocolo</p>

## APÊNDICE D - PROTOCOLO *SCOPING REVIEW*

### **1. Identificar a questão de pesquisa**

Como as atividades educacionais com foco em segurança do paciente estão sendo desenvolvidas para os profissionais e graduandos em saúde nos serviços de saúde brasileiros?

- ✓ P (População): Profissionais e graduandos de saúde;
- ✓ C (Conceito): Atividades educacionais com foco na segurança do paciente;
- ✓ C (Contexto): Instituições de ensino superior e saúde.

### **2. Estratégias de busca e identificação de estudos relevantes**

A estratégia de busca terá como objetivo encontrar estudos publicados e não publicados, que respondam à questão norteadora da pesquisa para serem incluídos no escopo. Uma busca inicial limitada no PubMed e Scielo foi realizada para identificar os artigos sobre o assunto, seguida da análise das palavras do texto contidas nos títulos e resumos e dos vocabulários controlados e palavras chaves para descrever os artigos.

As bases de dados a serem pesquisadas nesta revisão de escopo são: a Biblioteca Nacional de Ciências da Saúde dos Estados Unidos (PubMed), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), a Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scielo), a Web of Science, a plataforma de Índice cumulativo para enfermagem e literatura relacionada à saúde (Cinahl), o Centro de Informações de Recursos Educacionais (ERIC) e a base de dados multidisciplinar (Scopus).

Para a literatura cinza, as buscas serão realizadas nos sites: Aprimoramento em Práticas de Saúde (PROQUALIS), Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) e o banco de Teses e Dissertações da Capes.

- 1ª Etapa: Busca inicial nas bases de dados Bireme, PubMed e Cinahl, de publicações referentes as atividades educacionais com foco na segurança do paciente. Segundo o (JBI, 2020), um relatório abrangente e o detalhamento da metodologia de pesquisa devem ser anexados à revisão, além de um mínimo de três bases de dados das citações bibliográficas que foram examinadas.

- 2ª Etapa: Pesquisa do vocabulário controlado para indexar literatura científica, livros, publicações e outros materiais no DeCS/MeSH, além das informações que estão disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Se necessário, agendar encontros com a bibliotecária para orientar a estratégia de busca.

### **3. Critérios de Inclusão e exclusão**

#### **3.1. Inclusão**

##### **3.1.1. População**

Esta revisão de escopo considerará estudos que incluam profissionais da saúde de nível técnico e superior, incluindo residentes e graduandos de qualquer área de formação, como: assistente social, biólogo, biomédico, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional .

##### **3.1.2. Conceito**

Os conceitos que serão examinados e analisados nesta *Scoping Review*, são atividades educacionais com foco na segurança do paciente, não somente com o olhar direcionado à educação profissional como um princípio de formação, mas também para a educação profissional como um todo. No acrônimo "conceito" desta revisão serão considerados dois conceitos: atividades educacionais e segurança do paciente. Portanto, foram considerados as atividades educacionais com foco na segurança do paciente a partir dos temas básicos para a melhoria da segurança do cuidado em saúde previstos no PNSP (BRASIL,2013).

##### **3.1.3. Contexto**

O contexto proposto desse escopo são as Instituições de Ensino e Saúde do Brasil.

#### **4. Seleção das fontes de evidências**

A seleção dos estudos será realizada por meio da expressão de busca preliminarmente estabelecida e analisada por 2 revisores, que usarão a mesma expressão de busca nas mesmas bases de dados, com dia e hora pré-determinados. A especificidade e relevância do tema serão analisados individualmente respeitando a estratégia de inclusão e exclusão.

**1ª Etapa:** Usar a estratégia de busca criada no protocolo de revisão para selecionar os textos nas bases de dados. Registrar e distribuir os estudos encontrados na busca.

**2ª Etapa:** Realizar a leitura dos títulos e resumos dos estudos que foram encontrados na primeira etapa, relacionando-os à questão de pesquisa. Excluir as duplicatas. Quantificar os estudos que são considerados elegíveis neste momento.

**3ª Etapa:** Analisar e discutir os estudos que apresentaram discordância ou discrepância de parecer após a leitura de título e resumo entre os revisores, se persistir a discordância submeter a avaliação do 3º revisor. Após o consenso entre os revisores, nomear e quantificar os artigos pré-selecionados, para recuperar e proceder a leitura completa dos textos.

**4ª Etapa:** Após a leitura do título e do resumo pelos revisores, analisar e discutir os estudos que apresentaram discordâncias ou discrepâncias de opinião. Se ainda houver discordância, submeter o estudo ao terceiro revisor. Após os revisores concordarem, com os estudos elegíveis nesta etapa, quantificar os artigos escolhidos para recuperação e leitura completa dos textos.

#### **5. Caracterização, sínteses, análises e discussão dos resultados.**

1. Descrever as estratégias educacionais desenvolvidas com foco na segurança do paciente.
2. Destacar os temas abordados de acordo com a política de segurança do paciente.
3. Conhecer em quais níveis de atenção à saúde são desenvolvidas atividades educacionais com foco na segurança do paciente.
4. Evidenciar os resultados após a intervenção/atividade
5. Classificar, caracterizar, resumir e relatar os resultados segundo esses níveis;
6. Identificar quais as categorias com profissionais representam a população.

7. Fazer um resumo narrativo com discussões sobre os resultados, descrevendo a relação entre eles, o objetivo, e a questão norteadora do estudo;
8. Citar as limitações encontradas nas publicações;
9. Fazer uma análise dos estudos considerando as contribuições para prática e política e, quando necessário, propor recomendações e avanços.

### **5.1. Apresentação dos dados**

Os dados extraídos serão apresentados em forma de quadro, alinhados ao objetivo e escopo desta revisão de escopo. Os quadros representam o seguinte: distribuição dos artigos por ano ou período de publicação, região brasileira, pontos de atenção, objetivos, participantes, método de pesquisa e estratégia, área de prática clínica, temas da segurança do paciente, métodos de ensino, conteúdo das intervenções educacionais e resultados relatados.

Para garantir a mensuração de resultados, optou-se pelo uso da metodologia de Kirkpatrick, que é extensamente utilizada em ambientes corporativos, pois é pautada em resultados, sendo subdivida em 4 partes: avaliação de satisfação (reação), avaliação de aprendizagem, avaliação do comportamento no trabalho e avaliação do resultado no negócio (BARROS & VILELA, 2020).

- a) Estabelecer a avaliação das atividades educacionais baseada na metodologia Kirkpatrick, que propõe a divisão da avaliação em 4 níveis:
  - Nível 1 - Reação - A resposta dos profissionais perante a atividade educacional. A avaliação possui três dimensões: satisfação, relevância e engajamento.
  - Nível 2 - Aprendizagem – Os profissionais realmente aprenderam o que foi ensinado, ou seja, se eles adquiriram os conhecimentos, habilidades e atitudes pretendidos com base na sua participação na atividade educacional.
  - Nível 3 - Comportamento – Aconteceu, de fato, uma mudança no comportamento dos profissionais, ou seja, se eles estão aplicando o que aprenderam durante o treinamento, no dia a dia de trabalho.
  - Nível 4 - Resultados – Depois de ensinar, engajar e obter as percepções dos profissionais, foi alcançado os objetivos. Identificados através dos principais indicadores.
- b) Classificar, caracterizar, resumir e relatar os resultados segundo esses níveis.

- c) Fazer um resumo narrativo com discussões sobre os resultados, descrevendo a relação entre eles, o objetivo e a questão norteadora do estudo.
- d) Citar as limitações encontradas nas publicações.
- e) Fazer uma análise dos estudos considerando as contribuições para prática e política e, quando necessário, propor recomendações e avanços.