

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DE EDUCADORES
EM SAÚDE

VALÉRIA INFANTINI DOS SANTOS

EDUCAÇÃO PERMANENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA ADESÃO A
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

BELO HORIZONTE/MG

2019

VALÉRIA INFANTINI DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA ADEÇÃO A
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Formação de Educadores em Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a.Dr^a.Luciana Batista Nogueira

BELO HORIZONTE/MG

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

SANTOS, VALÉRIA INFANTINI DOS

EDUCAÇÃO PERMANENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA ADEÇÃO A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE [manuscrito] /VALÉRIA INFANTINI DOS SANTOS - 2019.

33 p.

Orientador: Luciana Batista Nogueira.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação de Educadores em Saúde.

1.Segurança do paciente. 2.educação permanente. 3.ensino. 4.profissionais da saúde. I.Nogueira, Luciana Batista. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Valéria Infantini dos Santos

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA ADESÃO A CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - CEFES, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

BANCA EXAMINADORA:

A handwritten signature in black ink, reading "Luciana Batista Nogueira", written over a horizontal line.

Prof^ª. Dr^ª. Luciana Batista Nogueira (Orientadora)

A handwritten signature in blue ink, reading "mjcgrillo", written over a horizontal line.

Prof^ª. Dr^ª. Maria José Cabral Grillo

Data de aprovação: **14/12/2019**

Resumo

Introdução: A educação permanente em saúde pode ser entendida como uma prática de ensino-aprendizagem tendo como foco o desenvolvimento do trabalho, pautado na excelência e qualidade assistencial. Desta forma esta prática deve ser aplicada, as instituições de saúde buscando formas de envolver toda a equipe multiprofissional no conhecimento das estratégias adotadas para a disseminação e fortalecimento da cultura de segurança do paciente. **Problema:** Neste contexto, a partir da vivência como supervisora do NSP – Núcleo de Segurança do Paciente, observou-se a necessidade de realizar uma intervenção focada na educação permanente junto à equipe multiprofissional. No intuito de fazê-los refletir sobre a prática e buscar soluções para maior adesão à cultura justa. **Objetivo:** Este projeto objetiva contribuir para a adesão da equipe multiprofissional à cultura de segurança por meio da educação permanente em saúde. **Metodologia:** A intervenção será realizada em uma instituição de saúde privada, situada na região metropolitana de Belo Horizonte. Trata-se de uma ação educacional que acontecerá no período de janeiro à março de 2020, voltada aos profissionais de saúde ligados diretamente à assistência. A metodologia lúdica será realizada com simulações realísticas, discussão de casos, entre outros. Ao término da intervenção, será realizada uma roda de conversa e uma dinâmica como forma de verificar a eficácia da ação. Para desenvolvimento do plano de intervenção será realizada uma revisão de literatura, aprofundando a que foi feita para a elaboração desse projeto, utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, selecionando artigos, resoluções e sites relacionados ao tema. **Considerações finais:** Partindo do pressuposto de que a educação permanente em saúde é um fator primordial e estratégia que possibilita transformar processos de trabalho, espera-se que ocorra o fortalecimento da cultura da segurança do paciente a partir de profissionais de saúde focados na necessidade de aprender com os erros, trabalhar em equipe, investindo em educação permanente.

Palavras-chave: Segurança do paciente; educação permanente; ensino; profissionais da saúde

Abstract

Introduction: Permanent health education can be understood as a teaching-learning practice focusing on the development of work, based on excellence and quality of care. Thus, this practice should be applied to health institutions seeking ways to involve the entire multidisciplinary team in the knowledge of the strategies adopted for the dissemination and strengthening of the patient safety culture. **Problem:** In this context, from the experience as supervisor of the NSP - Patient Safety Center, it was observed the need to perform an intervention focused on continuing education with the multiprofessional team. In order to make them reflect on the practice and seek solutions for greater adherence to fair culture. **Objective:** This project aims to contribute to the adherence of the multiprofessional team to the safety culture through permanent health education. **Methodology:** The intervention will be performed in a private health institution, located in the metropolitan region of Belo Horizonte. This is an educational action that will take place from January to March 2020, aimed at health professionals directly linked to care. The playful methodology will be performed with realistic simulations, case discussion, among others. At the end of the intervention, a conversation wheel and a dynamic will be held as a way to verify the effectiveness of the action. To develop the intervention plan, a literature review will be carried out, deepening what was done for the preparation of this project, using the Virtual Health Library databases, selecting articles, resolutions and websites related to the theme. **Final Considerations:** Assuming that continuing health education is a key factor and strategy that allows transforming work processes, it is expected that the patient safety culture will be strengthened by health professionals focused on the need to learn. With mistakes, working as a team, investing in continuing education.

Keywords: Patient Safety; continuing education; teaching; health professionals

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Monitoramento dos evento adversos.....	15
Figura 1: Linha do tempo apresentando os principais eventos relativos à segurança do paciente	17
Figura 2: Conceitos de cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/2013	19
Figura 3: Metas de Segurança do Paciente	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 PROBLEMÁTICA.....	11
1.2 LOCAL A SER REALIZADO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4 PÚBLICO ALVO E META.....	15
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
5.1 BREVE HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	16
5.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	18
5.3 DIRETRIZES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE	19
5.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	21
6 METODOLOGIA.....	25
7 CRONOGRAMA.....	27
8 RESULTADO ESPERADO.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

O campo da segurança do paciente completou mais de uma década desde a publicação do *Err is Human* do Institute of Medicine (IOM), que alavancou a discussão do tema, e várias conquistas foram alcançadas até o momento. Os investimentos em educação e pesquisas sobre a segurança do paciente e a qualidade do cuidado vem aumentando cada dia mais tendo em vista que o tema é discutido amplamente (KOHN *et al*, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) mobilizou-se frente às questões de segurança do paciente e da qualidade do cuidado em saúde a partir de 2002, na Assembleia Mundial da Saúde. Em 2004 foi criada a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, sendo estabelecidas propostas de desenvolvimento de políticas e práticas em prol da segurança do paciente para todos os países membros da OMS. Em 2009, a OMS fez nova publicação onde incluiu a definição de Segurança do Paciente se referindo à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (WHO, 2009).

No Brasil, a classe profissional que mais se destaca é a enfermagem, que vem assumindo o papel de precursora nas discussões sobre a segurança do paciente, buscando maior interação entre os membros da equipe multidisciplinar. Atualmente, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) é uma rede de colaboração, vinculada a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS. No Brasil, desde 2008, a REBRAENSP vem apoiando e fomentando o cuidado seguro e de qualidade na atenção à saúde e disseminação da cultura justa (NEUFELD K, 2009). Observa-se que os profissionais da saúde ainda apresentam certa resistência em lidar com erro - “falhas assistenciais” - muitas vezes associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e por medo da punição, sejam elas jurídicas, sociais e éticas. Para isso, se faz necessária a base da educação permanente para apoiar nas ações de disseminação da cultura de segurança (PAIVA *et al*, 2005).

Dessa forma, existem várias ferramentas que servem de subsídios para apontar a real necessidade de aprendizagem, como as notificações de eventos

adversos. Algumas estratégias de ensino podem ser utilizadas, mas qual seria o real papel da educação permanente neste contexto?

Entende-se a educação permanente como fator primordial para a transformação do trabalho e de suas relações no setor da saúde, utilizando o próprio trabalho como local de atuação crítica trazendo, assim, reflexão de forma compromissada e tecnicamente competente. Essa é uma meta a ser trabalhada, talvez a médio e longo prazos, na busca da qualificação dos profissionais, para que desenvolvam senso crítico e tenham a dimensão da importância da disseminação da cultura de segurança do paciente (REBRAENSP, 2013).

Faz-se necessária, também, a inclusão do tema nas grades curriculares dos cursos voltados à área da saúde, para que os novos profissionais agreguem estes conceitos alinhados e que não sejam preparados somente para acertar, incorporando a noção de que errar é algo inaceitável (WHO, 2009).

Percebe-se que vários fatores impactam na atenção à saúde como: questões culturais, principalmente no ambiente hospitalar, hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, enfoque centrado na doença, falhas individuais, punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais, práticas inadequadas ou ultrapassadas, entre outras. A construção de parcerias e compromissos mostra-se como um caminho para estimular o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições, (World Health Organization, 2009). A cultura da segurança do paciente deve ser incorporada e estimulada nos serviços de saúde focada no cuidado em saúde seguro e o desenvolvimento de melhores práticas (BRASIL, 2013).

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

A problemática detectada pelo diagnóstico situacional do serviço, diz respeito à baixa adesão dos profissionais à cultura de segurança e o cumprimento dos protocolos de Segurança do Paciente estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) em cumprimento das metas internacionais da OMS. Os protocolos desenvolvidos visam orientar profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde, cada protocolo institui uma meta e seu objetivo, como:

- Identificação correta do paciente: Tem a finalidade de reduzir a ocorrência de incidentes já que o processo de identificação deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.
- Comunicação efetiva: melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidado, garantindo que as informações verbais referentes aos pacientes sejam precisas e completas bem como a forma de registro dessas informações, de maneira que ocorra de forma clara e oportuna, sem ambiguidades, com a certeza da correta compreensão por parte do receptor da informação.
- Prescrição, Uso, e Administração de Medicamentos: promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.
- Cirurgia Segura: estabelecimento de medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS.
- Higienização das Mãos: prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.
- Prevenção de Quedas e Lesão por pressão: o objetivo é reduzir a ocorrência de queda e lesão por pressão em pacientes durante o período de internação e danos decorrentes das mesmas. Ambos os protocolos promovem iniciativas por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o

cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais, (BRASIL, 2014).

Observa-se que o número de eventos na instituição vem sendo subnotificado e, provavelmente, tem como causas raiz o desconhecimento do sistema de notificação, sua importância e como podemos aprender com as falhas.

1.2 LOCAL A SER REALIZADO

Trata-se de uma instituição privada, situada na região metropolitana de Belo Horizonte. É um hospital geral, de grande porte com 350 leitos, sendo 40 leitos de UTI adulto, 20 leitos de UTI pediátrica e 290 leitos de internação divididos em clínica e cirúrgica.

2. JUSTIFICATIVA

Frente ao exposto no item problematização, justifica-se o projeto de intervenção pedagógica na instituição hospitalar explicitada uma vez que ela fomenta a construção da cultura e educação para a segurança do paciente em sua filosofia e em seu mapa estratégico. Estes abordam a necessidade de aprender com as falhas, trabalhar em equipe, promover ações de melhorias e investir em educação permanente envolvendo os profissionais nas ações de segurança. Assim a intervenção trará o nivelamento do conhecimento e maior adesão à cultura de segurança.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Fortalecer a adesão da equipe multiprofissional à cultura de segurança por meio da educação permanente em saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o nível de conhecimentos dos profissionais por meio de discussões, nivelando esse conhecimento, se houver divergências;
- Fazer revisão bibliográfica sobre cultura de segurança como base para discussão das vantagens de sua incorporação ao trabalho profissional.
- Propiciar momentos específicos de reflexão sobre o processo de trabalho tendo como foco a cultura de segurança.

4. PÚBLICO ALVO E META

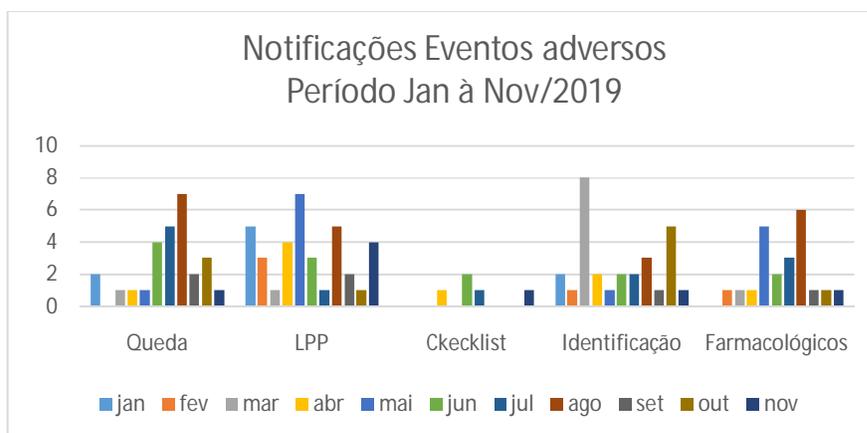
A meta é que a ação educacional seja direcionada a toda equipe multidisciplinar e a todas as áreas afins do hospital. Portanto, a expectativa é de que sejam envolvidos 90% dos profissionais de nível superior.

O Hospital monitora os seguintes indicadores não infecciosos relativos à segurança do paciente:

- Taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura;
- Incidência de quedas com e sem danos;
- Incidência de Lesão por pressão (LPP);
- Número de eventos adversos por falhas na identificação do paciente;
- % adesão à Higienização das mãos (estudo observacional);
- Taxa de eventos adversos (EA) farmacológicos;
- Taxa de erros na prescrição/dispensação de medicamentos.

Observa-se que devido a subnotificação, o número de eventos adversos é pouco expressivo por se tratar de uma instituição de grande porte, conforme demonstra gráfico abaixo:

Gráfico 1: Monitoramento dos evento adversos.



Fonte: NSP – Núcleo de Segurança do Paciente; 2019

Nossa meta, é que através da educação destes colaboradores possamos aumentar em torno de 60% o número de notificações de eventos adversos e consequentemente fortalecer a cultura de segurança do paciente na instituição.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para este estudo, optou-se pela elaboração de uma revisão narrativa de literatura. Essa revisão teve o objetivo de buscar produções científicas com relatos de atividades educativas, junto aos profissionais de saúde, voltadas para melhorar a segurança do paciente e aquelas que apresentaram avaliação da adesão da cultura de segurança do paciente após a intervenção. Como resultado desta busca, serão apresentados um pouco do contexto histórico e da evolução da discussão do tema, a cultura da segurança e sua relação com os profissionais de saúde e as iniciativas voltadas à adesão à cultura de segurança do paciente e os aspectos relevantes para a educação.

5.1 BREVE HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação com a segurança do paciente e com a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde tem se intensificado cada vez mais e é discutido de forma ampla mundialmente. Este tema e a preocupação acerca do mesmo já era discutido por Hipócrates, há mais de 2000 anos atrás, por meio do juramento médico que ressalta a seguinte frase: “Primeiro não causar dano”. A OMS (2007) salienta que mesmo sem violação intencional do juramento, os profissionais de saúde estão envolvidos nos diversos e graves prejuízos que os pacientes sofrem diariamente, em todo o mundo, em consequência do cuidado à saúde (OMS, 2007).

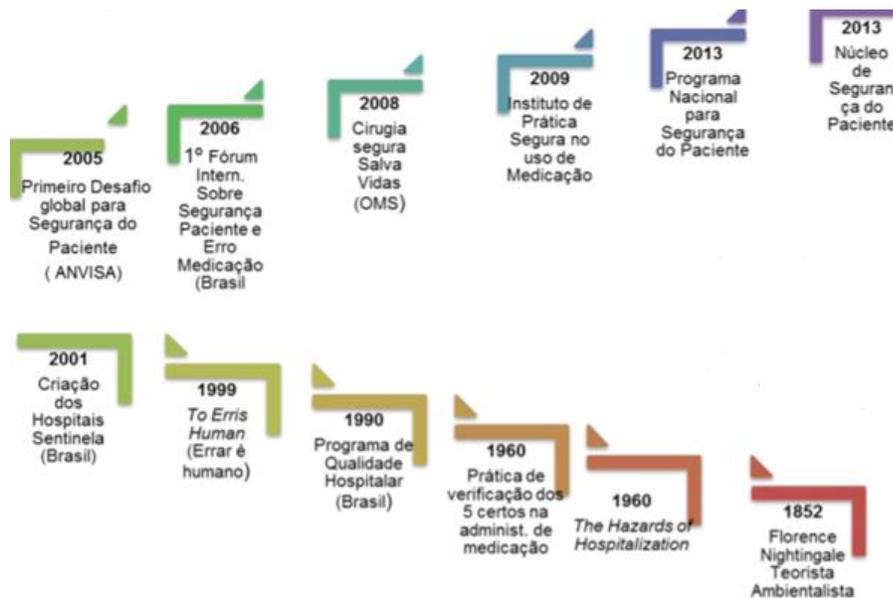
Temos, também como marco histórico, no Século XIX, Florence Nightingale, enfermeira inglesa que, durante a Guerra da Criméia (1853 a 1856), priorizou a segurança dos soldados como fator fundamental para a qualidade dos cuidados prestados (TRAVASSOS, 2013).

Destacou-se como marco do movimento mundial a publicação de um estudo nominado *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro) onde os autores relataram a alta taxa de mortalidade em hospitais dos Estados Unidos da América ocasionada por erros na assistência à saúde (MONTSERAT *et al*, 2013). Neste contexto, no final dos anos de 1980, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) instituiu medidas para aprimorar a assistência prestada ao paciente e o Brasil vem sendo desenvolvidas inúmeras modificações cujo objetivo principal é a segurança dos cuidados assistenciais (BUENO *et al*, 2012). Em 1990 teve início o movimento das instituições de saúde públicas e privadas no sentido de desenvolver programas e

ações tendo como objetivo principal a qualidade e segurança dos cuidados assistenciais (DONABEDIAN, 1994).

No contexto histórico, se traçarmos uma linha do tempo como os principais eventos relacionados à segurança do paciente teremos os seguintes marcos, conforme mostrado na Fig.1:

Figura 1: Linha do tempo apresentando os principais eventos relativos à segurança do paciente.



Fonte: Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2015;6(2):299-309

Nas últimas décadas, ficam evidentes as diversas ações pautadas em prol da segurança do paciente. É relevante destacar que o desenvolvimento dos sistemas de saúde no âmbito da segurança do paciente tem sido fator determinante para um novo modelo de cuidado. Essa trajetória foi primordial para reduzir o número de falhas assistenciais, e contribuiu para inserção da educação permanente no âmbito da saúde, (DONABEDIAN, 1994).

5.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura da segurança do paciente pode ser compreendida por diferentes referenciais. Tem sido definida como valor, atitude, norma, crença, práticas, políticas e comportamentos da equipe e instituição de saúde e do usuário, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de melhoria, aprendendo com as falhas assistenciais. A partir desse entendimento, a equipe de saúde deve ser guiada por um compromisso com a qualidade nos serviços prestados e pelas diretrizes da instituição de saúde, nas quais cada integrante e o grupo como um todo seguem as mesmas normas/protocolos de segurança com responsabilidades compartilhadas. (TOBIAS *et al.*, 2014).

Neste sentido, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) preconiza a cultura de segurança configurada em cinco características: a cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e na gestão, assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; a cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução de problemas relacionados à segurança; que promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes. E, por último que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Conforme exposto, para o profissional de saúde, a ocorrência dos eventos adversos podem acarretar diversas problemáticas como o estresse emocional, os preceitos éticos e às punições legais, quando a instituição não apresenta engajamento para cultura de segurança. Por isso, faz-se necessário a disseminação da cultura de segurança, por meio da educação permanente para conhecimento do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os eventos adversos ocorridos, (DUARTE *et al.*, 2015).

A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos. A Portaria MS/GM nº 529/2013 dedicou um espaço para transcrever o conceito de cultura de segurança do paciente da OMS, conforme Fig.2:

Figura 2: Conceitos de cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/2013.

Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.
Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.
Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.
Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

A cultura de segurança, envolve o comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade de trabalhar com transparência, envolvendo a equipe multidisciplinar nas discussões para conhecer as dificuldades e desafios que são enfrentados diariamente para, assim, criar uma comunicação efetiva com os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre todos os envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ademais, os desafios presentes nas práticas de segurança do paciente envolvendo a equipe multidisciplinar, na implantação de uma cultura justa e de melhorias da qualidade são fundamentais, pois podem auxiliar em estratégias e ações para o alcance das metas de segurança definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, (BRASIL - RDCNº36, 2013).

5.3 DIRETRIZES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

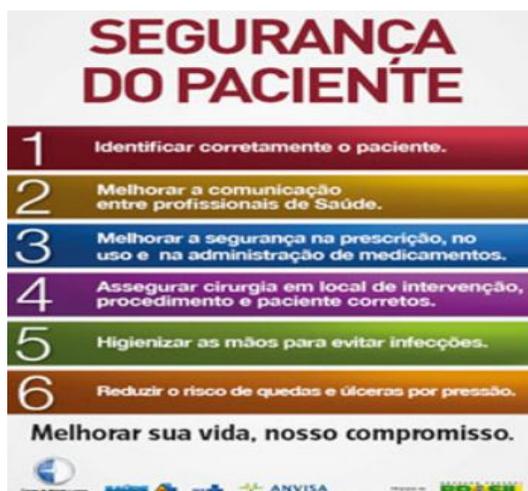
O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), foi instituído no Brasil em 2013, para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde, e conceitua a segurança do paciente como o conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos – EA (incidente que resulta em danos à saúde) e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Sabe-se que no Brasil, quatro a dezessete por cento de todos os pacientes que são admitidos em serviços de saúde, sofrem incidente relacionado à assistência à saúde (que não está relacionado à sua doença de base), podendo afetar sua saúde e recuperação. Segundo o DATASUS de 2013, com base no cálculo acima, mortes por eventos adversos evitáveis ficariam como segunda causa de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório

(Capítulo IX do CID-10: 339.672 mortes em 2013), mas superando todos os tipos de câncer (Capítulo II do CID-10: 196.954 mortes em 2013), e todas as causas externas (Capítulo XX do CID-10: 151.683 mortes em 2013). Para mudar esses números é preciso dar prioridade para a segurança do paciente na assistência à saúde (ANS, 2013).

Portanto, é necessário aprender a prevenir as falhas e mudar a cultura de interpretação e análise dos incidentes relacionados à assistência à saúde. Cabe ressaltar que um dos objetivos específicos do PNSP é envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente (BRASIL, 2017).

Figura 3: Metas de Segurança do Paciente



Fonte: Ministério da Saúde, 2013

No intuito de promover o monitoramento das ações a serem implementadas para segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde o MS, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC N°36/2013), a qual institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e toma outras providências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A RDC N°36, institui a implementação do núcleo de segurança do paciente (NSP), instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Em atendimento à RDC N°36 – seção 1 - artigo 6º, os NSP's institucionais deverão adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Compete também ao NSP, desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.

Diante da complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas têm sido atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado, percebe-se a necessidade de implementar, monitorar e analisar as metas de segurança do paciente, para subsidiar o cuidado seguro, de modo a reduzir, mitigar a ocorrência de possíveis eventos adversos no processo de cuidar. Entretanto, estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente (SANTANA *et al.*, 2017).

Santos e Silva (2002) afirmam, que a educação desempenha papel de destaque na equipe multidisciplinar, promovendo um aumento do vínculo do paciente com a instituição e com os profissionais que nela atuam de forma transparente.

5.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação permanente em saúde incentiva a diversificação de estratégias para compartilhar conhecimentos e experiências do mundo do trabalho. O conceito de educação permanente precisa ser entendido como prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho (CARVALHO *et al.*, 2006). É ainda considerada, como o estabelecimento de uma atividade institucional que possui como principais objetivos: promoção de mudança de cultura institucional,

fortalecimento das ações da equipe e transformações de práticas técnicas e sociais; tendo como pressuposto para realização uma pedagogia centrada na resolutividade (ALMEIDA, 1999).

Para outros educadores, a educação permanente é o desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, que resulta na análise das construções pedagógicas em educação nos serviços de saúde, na educação permanente, uma educação formal para os profissionais de saúde (FREIRE, 1995). É perceptível que temos diversos movimentos de mudanças na educação de profissionais de saúde, mas a conversão destes movimentos é voltada para o engajamento, mudança de postura e atitude profissional dos envolvidos neste processo (ALARCÃO, 2004).

A introdução da Educação Permanente em Saúde é vista como a estratégia determinante para as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Esta estabelece ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (ROSCHKE *et al.*, 2002).

Um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Falarmos da formação, como se os trabalhadores pudessem ser administrados como, os materiais, financeiros, infraestrutural e como se fosse possível apenas "prescrever" habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor da saúde, para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização. O profissional da saúde que discute e aceita a possibilidade da ocorrência de eventos adversos está progredindo para uma cultura de segurança do paciente (CECCIM *et al.*, 2004).

De forma geral, diante aos fatos surge a necessidade da inclusão da temática segurança do paciente por meio de rodas de conversa, provocando os profissionais da saúde para uma reflexão sobre as suas práticas e condutas, além de promover a integração e o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar para o

desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. Isso porque a roda de conversa é percebida como uma forma de estimular os profissionais a falar sobre os erros decorrentes da sua atuação profissional. (L'ABBATE, 1997).

O sistema de ensino-aprendizagem na área da saúde vem sendo muito pontuado nas últimas décadas, e com intenção de rever concepções pedagógicas, críticas, reflexivas e problematizadoras do tema (MITRE, 2006).

À formação do profissional da saúde, pode ser compreendida no espaço de sala de aula, no espaço das políticas educacionais, ou nas interações em geral, por meio de mecanismos psicossociais, que às vezes apresentam-se muito sutis, mas estão sempre presentes em todas as ações de ensinar e aprender (GILLY, 2001).

A integração entre ensino e serviço é compreendida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre professores, acadêmicos e profissionais dos serviços de saúde, com ênfase em qualidade da atenção à saúde e formação profissional (VENDRUSCOLO, 2017).

A partir dessa integração ensino-serviço, profissionais do serviço podem ser considerados corresponsáveis pela formação de novos profissionais. Do mesmo modo, os professores tornam-se parte do serviço (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Compreende-se, dessa forma, a relevância da Educação Permanente no contexto da integralidade e da qualidade do serviço, além da integração ensino-serviço, a formação de profissionais adequados ao serviço através do aprimoramento constante dos trabalhadores, que irão atuar de forma contínua na assistência à saúde. Considera-se ainda, que, a partir de sua formação, o futuro profissional da saúde, esteja apto a tornar-se um multiplicador do conhecimento, apoiando no exercício de sua profissão. Aprendizagem é um dos principais objetivos da prática educativa, tanto na formação de profissionais, quanto na construção de conhecimentos coletivos que permitam aos sujeitos a construção da autonomia. Deste modo, considera que o ensino em saúde favorece a educação e a construção de profissionais de alta performance (FRANCO *et al.*, 2014).

Contudo, a formação profissional não consiste no acúmulo de conhecimentos e habilidades somados à formação profissional preocupada com a questão social,

estas características devem ser desenvolvidas de forma contínua contribuindo para o crescimento pessoal e profissional (SILVA, *et al.*, 2014).

O processo de educação permanente com os profissionais busca instigar e entender o conhecimento prévio dos mesmos, permitindo uma conversa aberta entre a equipe e proporcionando uma reflexão sobre a prática profissional, no entendimento da segurança da paciente (CARVALHO, *et al.*, 2006).

6. METODOLOGIA

A metodologia aplicada será a revisão integrativa da literatura, utilizando como bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME); artigos; resoluções e sites; com publicações de 2000 a 2018, disponíveis em português, inglês ou espanhol e que tratem da temática. Para a busca dos artigos serão utilizados os descritores: Segurança do paciente; educação permanente; ensino; profissionais da saúde.

A abordagem educacional terá como público alvo 1.500 colaboradores, profissionais de saúde que atuam na instituição hospitalar, com turmas contemplando os plantões diurno e noturno (par e ímpar) entre os meses de janeiro a março de 2020. Serão realizadas simulações realísticas, discussão de casos e análise de eventos adversos. Com apoio dos sistemas de notificações de eventos, serão avaliados o aumento no número de notificação, seus desfechos, o envolvimento das equipes e melhoria dos resultados para a qualidade da assistência prestada.

A equipe da educação permanente da instituição hospitalar irá participar na realização da ação e, posterior, na multiplicação do conhecimento para as demais equipes. Para isso iremos utilizar o auditório localizado no 4º andar do hospital, onde conduziremos as discussões dos casos e abordagens educacionais. Esta ação não gera custos para a instituição, pois já possui os recursos necessários para ação.

A proposta é iniciar com ações de sensibilização dos profissionais, contextualizando o cenário atual de saúde e discutindo informações pertinentes como dados e relatos que foram pesquisados na revisão da literatura. Assim, trazendo a realidade institucional em relação aos eventos adversos (número de notificações/mês; eventos mais recorrentes; subnotificações e seus impactos bem como a fragilidade da disseminação da cultura de segurança do paciente) para a discussão e refletindo sobre como podemos contribuir para a melhoria dos resultados por meio do fortalecimento da cultura de segurança para posterior avaliação do nível de conhecimento dos participantes.

Para a segunda etapa, será realizada a montagem de um leito hospitalar, com um paciente (simulador) com diversos dispositivos invasivos e equipamentos de suporte. Estes servirão para contextualizarmos situações de falhas assistenciais e

quais as condutas corretas a serem adotadas, desde a identificação do erro, a comunicação, notificação, discussão/análise evento, quais ações poderiam ter sido aplicadas para que a falha não ocorresse, desfechos e quais os impactos da não comunicação dos eventos, como trabalhar a cultura justa, não punitiva.

Dentre os eventos notificados o que mais impacta, é a lesão por pressão. Fato este evidenciado nas falhas assistenciais e de processos relacionados ao cuidado. As falhas vão desde a avaliação da integridade cutânea do paciente em sua admissão, à ausência de descrição em prontuário sobre o cuidado prestado e a interface da equipe multidisciplinar.

O resultado da intervenção será avaliado após seis meses da ação proposta e mensurado através dos indicadores de eventos adversos e análise do registro de experiência positiva do paciente. Outra forma de acompanhamento será através de uma roda de conversa onde será realizada uma dinâmica relacionada à adesão a cultura de segurança do paciente.

7. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

ATIVIDADES	Quando	Jan/20	Fev/20	Mar/20	QUEM	PUBLICO ALVO
Sensibilização dos profissionais contextualização do cenário saúde	06/07 08/09	X			Enfermeiros do escritório da qualidade.	Todos os colaboradores da instituição.
Resgatar os conceitos das metas de segurança do paciente, conceito eventos adversos, o que é acultura de segurança, importância da educação permanente e suas contribuições. (pré e pós teste)	13/14 15/16	X			Educação permanente e Núcleo de Segurança do Paciente.	Colaboradores da instituição que estão direta ou indiretamente ligados à assistência à saúde. (Portaria, administrativo e equipe multiprofissional).
Discussão de caso “Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe assistencial”	20/21 23/24	x			Educação permanente.	Equipe multiprofissional (assistencial).
Montagem do cenário (leito) para simulação realística.	03 a 07		X		Enfermeiros da educação permanente.	Não se aplica
Início da simulação realística (Turmas reduzidas 10 participantes para melhor acompanhamento das atividades - observacional).	10 a 14 17 a 21 24 a 28		X		Educação permanente e colaboradores assistenciais.	Equipe multiprofissional (assistencial).
Continuidade da simulação realística.	02 a 06 09 a 13			x	Enfermeiros da educação permanente e colaboradores assistenciais.	Equipe multiprofissional (assistencial).
Apuração dos testes aplicados	18			x	Educação permanente	Não se aplica
Roda de conversa sobre a Cultura de Segurança e dinâmica.	23			x	Educação permanente	Equipe multiprofissional (assistencial).
Apresentação dos resultados obtidos.	31			x	Educação permanente	Gestores das áreas assistenciais.

8. RESULTADO ESPERADO

Partindo do pressuposto de que a educação permanente em saúde é um fator primordial e uma estratégia que possibilita transformar processos de trabalho, espera-se que ocorra o fortalecimento da cultura da segurança do paciente a partir de profissionais de saúde focados na necessidade de aprender com os erros, trabalhar em equipe, investindo em educação permanente.

O reconhecimento dos erros, o fortalecimento do trabalho em equipe, o estímulo à educação permanente e a inserção transversal do tema no cotidiano dos profissionais de saúde são estratégias para a construção da cultura da segurança do paciente. Incorporada nas instituições de saúde de forma mais enraizada e sistêmica, a cultura da segurança do paciente deve possibilitar o desenvolvimento das melhores práticas em saúde e da cultura justa, sem culpabilização, favorecendo o aprendizado com os erros.

Espera-se, portanto, como princípio, a segurança do ambiente, do cuidado seguro, confiável e transparente.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. Para uma conceptualização dos fenômenos de insucesso/sucesso escolares no ensino superior. In: TAVARES, J. e SANTIAGO, R. (orgs). Ensino superior (in)sucesso acadêmico. Porto: Porto Editora, 2000. Professores reflexivos em uma escola reflexiva. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2004.

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, v.32, n.3, p.356-362, 2008.

ALMEIDA, M. J. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática; 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) - Modulo 6 - Implantação Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Série Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes – 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2013. [citado,2015.set.13].Disponível.em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente – ANVISA [Internet]. Brasília; 2013[citado,2017.out.25].Disponível.em:

<http://www.saude.mt.gov.br/upload/controleinfeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529,de.1/04/2013.Disponível.em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente – Brasília, 2014.

BUENO, A; FASSARELLA, C.S. [Patient Safety: a reflection on its historical trajectory].Rev.Rede.Cuidados.Saúde.[Internet].2012

<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/1573/0>

CARVALHO, Y. M. & CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis - Rev. Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

COUTO C.R; PEDROSA M.G.T; ROSA B.M. – Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro - Número de internações hospitalares da saúde suplementar no Brasil,2015:7.924.127.Disponível.em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_2016007.pdf.

DONABEDIAN, A. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

DUARTE, S.; et al. Eventos Adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev. Brasileira de Enfermagem, vol.68, n.1, Brasília. Jan/Fev, 2015.

FRANCO TB, CHAGAS RC, FRANCO CM. Educação Permanente como prática. In: PINTO S, FRANCO TB, MAGALHÃES MG, MENDONÇA PEX, GUIDORENI AS, Cruz KT, et al, orgs. Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS. São Paulo (SP): Hucitec; 2012. p. 420-38.

FREIRE, P. Pedagogy of the city. New York: Continuum, 1995.

GILLY, M. As representações sociais no campo da educação. In: JODELET, D. As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

HARADA MJCS, CHANES DC, KUSAHARA DM, PEDREIRA MLG. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. Acta Paul. Enferm. 2012 jul/ago;25(4):639-42.

KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MC, editors. Committee on Quality of Health Care; Institute of Medicine. *To Err is Human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academy Press; KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS 2000.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.267-92.

MITRE SM. *Ativando processos de mudança em uma aldeia de Belo Horizonte uma experiência com metodologia ativa de ensino-aprendizagem* [trabalho de conclusão de curso]. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

MONTSERAT- CAPELLA D., CHO M, LIMA RS. A Segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília(DF):ANVISA.Disponível.em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf

PAIVA MCMS, PAIVA SAR, BERTI HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev Esc.Enferm.USP.[Internet].2010.Disponível.em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_07.pdf

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 2013. Neufeld K. The safety imperative. Canadian Nurse. 2009 Oct;105(8):2.

ROSCHKE, M. A.; BRITO, P. Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud: manual del educador. Washington: OPS, 2002.

SANTANA, BT, SILVA VA, SCUSSIATO BS, segurança do paciente: uma educação continuada para a equipe de enfermagem Anais do EVINCI – UniBrasil, Curitiba, v.3, n.1, p. 198-198, out. 2017.

SILVA LAA, LEITE MT, PINNO C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. Trab Educ Saúde [Internet]. 2014 Aug; [cited 2017 Mar 10] 12(2):403- 24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981462014000200011&lng=en&nrm=iso. [http:// dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200011](http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200011).

TOBIAS GC, BEZERRA ALQ, BRANQUINHO NCS, SILVA AEBC. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. Enferm. Glob. [on line]. 2014 Ene;13(33):336-348].

TRAVASSOS C, CALAS B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília (DF):ANVISA;2013.Disponível.em:

http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf

VENDRUSCOLO C, PRADO ML, KLEBA ME. Reorientação do Ensino no SUS, para além do quadrilátero, o prisma da educação. Rev Reflex Ação [Internet]. 2016 Sep/Dec; [cited 2017 Apr 25]; 24(3):246-60. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/5420/pdf>

WHO - World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.