UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANDRÉA MARA BERNARDES DA SILVA

SEGURANÇA DO PACIENTE NO ENSINO DE GRADUAÇÃO: SUBSÍDIOS PARA REPENSAR AS DISCIPLINAS NA PERSPECTIVA DO GUIA CURRICULAR MULTIPROFISSIONAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Ribeirão Preto
2016

ANDRÉA MARA BERNARDES DA SILVA

SEGURANÇA DO PACIENTE NO ENSINO DE GRADUAÇÃO: SUBSÍDIOS PARA REPENSAR AS DISCIPLINAS NA PERSPECTIVA DO GUIA CURRICULAR MULTIPROFISSIONAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Doenças infecciosas: Problemática e Estratégias de Enfrentamento

Orientadora: Profa. Dra. Denise de Andrade

Ribeirão Preto
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/_____

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
CIP – Brasil

Silva, Andrea Mara Bernardes da
Segurança do paciente no ensino de graduação: subsídios para repensar as disciplinas na perspectiva do Guia Curricular Multiprofissional da Organização Mundial da Saúde / Andrea Mara Bernardes da Silva. – Ribeirão Preto, 2016
171 p.: il.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profa. Dra. Denise de Andrade.
Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

1. Segurança do Paciente. 2. Ensino Superior. 3. Educação. 4. Currículo. I. Título.

Nome: Andréa Mara Bernardes da Silva

Título: Segurança do paciente no ensino de graduação: subsídios para repensar as disciplinas na perspectiva do Guia Curricular Multiprofissional da Organização Mundial da Saúde.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em**:** _____ /_____ /_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instiuição:_____

Prof. Dr. _____

Instiuição:_____

Prof. Dr. _____

Instiuição:_____

Prof. Dr. _____

Instiuição:_____

Prof. Dr. _____

Instiuição:_____

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Glória,

Meu exemplo de vida, força e determinação, obrigada pelo amor incondicional, apoio, zelo, amizade e cuidados do dia a dia, e por me guiar no caminho da vida! Obrigada pela vida que dedicou aos filhos, confiantemente acreditou no meu sonho e manteve-se serena ao meu lado.

A meu pai, Antônio (*In Memoriam*),

Pelas palavras de incentivo aos estudos, mostrando a importância do caminho da Educação para minha formação profissional. Sinto o seu amor presente em meu coração a cada dia, sempre exaltou as minhas qualidades e acreditou que superaria as imperfeições. O amor verdadeiro é aquele que carregamos conosco.

Aos meus irmãos,

Pela união, amor e carinho tão marcantes em nossas vidas. Obrigada pelos momentos de partilha, atenção, por estarem presentes em minha vida, pelo apoio que me deram, pela força e coragem em todas as circunstâncias. Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre! Umas porque vão nos ajudando na construção de nossos ideais, outras porque nos apresentam projetos de sonhos, e, sobretudo nos desafiam a construí-los.

Ao meu irmão André (*In Memoriam*),

Pelos bons momentos compartilhados, sua alegria, energia e disposição com a vida foram marcantes em nossa infância e adolescência. Em minhas recordações, hoje sorrio feliz por ter compartilhado da sua vida. Sua memória viverá sempre em mim, do meu amor, da minha saudade.

Às minhas queridas tias: Antônia, Manuelina e Eunicia (*In Memoriam*),

Pessoas marcantes em minha vida, obrigada pelo amor, carinho, cuidado, auxílio, símbolos de renúncia e força, que sustenta-me na minha formação profissional e crescimento pessoal. Obrigada por sempre estarem presentes em minha vida.

Ao meu noivo Jean,

Pelo seu carinho, paciência, compreensão, apoio, incentivo e atenção, que contribuíram para que eu chegasse aqui, nessa etapa tão importante em minha vida! Obrigada por ser meu porto seguro e acalmar meus dias. Que continuemos fortalecidos pelo nosso amor!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus fonte de toda minha inspiração, por sempre conduzir-me no melhor caminho e por fortalecer-me na concretização de meus ideais e na realização deste trabalho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Denise de Andrade, pela valiosa orientação e a oportunidade de compartilhar de seu conhecimento e experiência; por desafiar minhas imperfeições e contribuir para o meu crescimento profissional. As lições foram significativas, levarei pela vida. Obrigada pela confiança!

Ao Professor Dr. Vanderlei José Haas, pelos ensinamentos na área de Estatística e atenção dispensada, pela relevante contribuição na elaboração e análise deste estudo, pelo aprendizado proporcionado, por respeitar minhas limitações e incentivar-me a superá-las, e, sobretudo, pela amizade sincera. Obrigada por tudo!

A Dra. Mieko, pela contribuição com os dados de pesquisa e atenção dispensada.

Aos meus sobrinhos pelos momentos de descontração e alegrias, por permitirem alcançar com mais leveza esta etapa muito importante em minha vida.

Às amigas de caminhada, Nathália Gomes, Cristiane Martins, Karoline Faria, Quênia Cristina, e ao meu amigo Juliano Caliari, pelo carinho e apoio recebidos.

As colegas docentes e amigas de trabalho, Marina Pereira, Ana Rita Marinho, Anneliese Wysocki e Adriana Nicolussi, pelo apoio e incentivo.

A todos os membros do Núcleo de Estudos em Prevenção e Controle de Infecção nos Serviços de Saúde (NEPECISS), pelo carinho e atenção dedicados a mim.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, pelos ensinamentos e exemplos de sabedoria, pelas oportunidades de aprendizado e incentivo à pesquisa.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, pelo apoio durante todo o curso.

Aos membros da banca, obrigada pela dedicação e disposição na avaliação do trabalho.

A todos os amigos e familiares, pelas contribuições e apoio em todos os momentos, e aos que ajudaram-me diretamente ou indiretamente na construção deste sonho!

“Ter desafios é o que faz a vida interessante e superá-los é o que faz a vida ter sentido”.

Joshua J. Marine

SILVA, A. M. B. **Segurança do paciente no ensino de graduação**: subsídios para repensar as disciplinas na perspectiva do Guia Curricular Multiprofissional da Organização Mundial da Saúde**.** 2016. 171f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

RESUMO

Introdução: A Segurança do Paciente representa uma problemática amplamente discutida no cenário mundial, e configura-se como um desafio para o ensino de graduação na área da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que os conteúdos acerca do tema, sejam inseridos nos currículos com a finalidade de contribuir para a redução da incidência dos EA, e, por consequência na qualidade do ensino em saúde. É necessário reconhecer e valorizar os aspectos da segurança do paciente incorporados nos currículos de formação dos futuros profissionais. **Objetivo**: Investigar o ensino de graduação em saúde sobre Segurança do Paciente, subsidiado no Guia Curricular da Organização Mundial da Saúde de 2011, com a finalidade de descrever a situação das disciplinas e vislumbrar possíveis ações de mudanças no preparo dos futuros profissionais. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo seccional transversal, e de revisão integrativa. Utilizou-se para a coleta das informações a pesquisa documental subdividida em duas fases tendo na 1ª a aplicação de uma lista de verificação, traduzida e validada dos 11 tópicos e seus respectivos termos rastreadores contidos no Guia Curricular Multiprofissional para Segurança do Paciente proposto pela OMS. Utilizou-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 na organização e análise dos dados. A análise univariada incluiu distribuições de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e a bivariada da comparação da presença ou não de cada tópico ou de seus respectivos termos rastreadores nos diferentes cursos, incluiu tabelas de contingência. E, na sequência, realizou-se a revisão integrativa de literatura, com a busca de artigos em diferentes bases de dados: CINAHL, LILACS, PubMed via MEDLINE; *Web of Science; SCOPUS e Europe PMC.* **Resultados:** A avaliação curricular de 12 cursos de graduação em saúde, envolveu a análise de 1.288 disciplinas das quais observaram-se variabilidade da frequência dos 11 tópicos do Guia Curricular e seus respectivos termos rastreadores. Os tópicos mais presentes nas disciplinas dos diferentes cursos analisados foram: "Interação com os pacientes e cuidadores"; "Ser um participante de uma equipe eficaz" e "Prevenção e Controle de Infecção". Ainda, o tópico "Aprendendo com o erro para evitar danos" não foi identificado em nenhuma das disciplinas dos diferentes cursos analisados. Acerca da revisão integrativa, foi possível identificar que as práticas de prevenção e controle da infecção nos currículos de ensino de graduação ocorre diluído em algumas disciplinas sendo, portanto, desarticulado e com ênfase na higienização das mãos. **Conclusão:** Este estudo representa uma importante contribuição para o ensino de graduação em saúde sobre Segurança do Paciente, principalmente, considerando as exigências para a adequação curricular. A temática não está totalmente explorada nas disciplinas, observou-se fragmentação do conteúdo e descontextualizado. Ainda, não ocorre em uma disciplina específica, está presente em diversos momentos e desarticulado de uma proposta pedagógica integrada. É consenso de que o fortalecimento da cultura de segurança nas organizações de saúde passa, sobremaneira, pela formação acadêmica e capacitação de recursos humanos nas diversas profissões da área de saúde, uma vez que, a avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar mudanças nas estratégias de redução da incidência de eventos adversos, e consequentemente, garantir a Segurança do Paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Ensino Superior. Educação. Currículo.

SILVA, A. M. B. **Patient safety in undergraduate education:** subsidies to rethink the disciplines in the perspective of the Multiprofessional Curriculum Guide of the World Health Organization. 2016. 171f. Thesis (Doctoral) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

ABSTRACT

Introduction: patient safety represents a problem widely discussed worldwide, and appears as a challenge for undergraduate education in the area of health. The World Health Organization suggests that the content about the topic, is to be entered in the curriculum in order to contribute to reducing the incidence of adverse events, and therefore in the quality of education in health. It is necessary to recognize and value aspects of patient safety incorporated in the curriculum for the training of future professionals. **Objective:** to investigate the undergraduate education in health about patient safety, subsidized in the Curriculum Guide of the World Health Organization of the 2011, with the purpose of describing the actual situation of the disciplines and envision possible actions of changes in the preparation of future professionals. **Materials and methods:** It is a cross sectional study, and an integrative review. The documentary research was used to collect information, subdivided into two phases, with the application of a checklist, translated and validated of the 11 topics and their respective tracking terms contained in the WHO Multiprofessional Curriculum Guide for Patient Safety. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21.0 was used in the organization and analysis of the data. The univariate analysis included absolute and relative frequency distributions for categorical variables, and the bivariate comparison of the presence or absence of each topic or its respective tracking terms in the different courses, included contingency tables. And as a result, the integrative review of literature, with the search for articles in different databases: CINAHL, LILACS, PubMed via MEDLINE; Web of Science; SCOPUS and Europe PMC. **Results:** The curricular evaluation of 12 undergraduate courses in health, involved the analysis of 1,288 disciplines of which were observed variability of the frequency of the 11 topics of the Curriculum Guide and their respective tracking terms. The most common topics in the disciplines of different courses were analyzed: "interaction with patients and caregivers"; "being a member of a team" and "effective prevention and control of infection". Still, the topic "learning from the mistake to avoid damage" has not been identified in any of the disciplines of the different courses. About integrative review, it was possible to identify that the practices of infection control and prevention in the curriculum of undergraduate education occurs in the disciplines, disjointed and diluted with emphasis on hand hygiene. **Conclusion:** this study represents an important contribution to undergraduate health education on patient safety, mainly, considering the requirements for curricular adequacy. The subject is not fully explored in the disciplines, fragmented and out of context. Yet, it does not occur in a specific discipline, it is present at different times and disjointed from an integrated pedagogical proposal. It is a consensus that the strengthening of the safety culture in health organizations depends, in particular, on the academic training and qualification of human resources in the various professions in the health area, since the evaluation of the safety culture is seen as the point of starting to initiate changes in strategies for reducing the incidence of adverse events, and consequently ensuring Patient Safety.

Keywords: Patient safety; Higher education; Education; Curriculum.

SILVA, A. M. B. **Seguridad del paciente en la enseñanza de graduación**: subsidios para repensar las disciplinas en la perspectiva de la Guía Curricular Multidisciplinar de la Organización Mundial de la Salud. 2016. 171f. Tesis (Doctoral) - Enfermería Escuela de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

RESUMEN

Introducción: seguridad del paciente representa una problemática ampliamente discutida en el escenario mundial y aparece como un reto para la educación universitaria en el área de la salud. La Organización Mundial de la salud (OMS) sugiere que el contenido sobre el tema, puede entrar en los planes de estudio con el fin de contribuir a reducir la incidencia de eventos adversos y por lo tanto en la calidad de la educación en salud. Es necesario reconocer y aspectos de valor de la seguridad del paciente incorporan en los planes de estudio para la formación de los futuros profesionales. **Objetivo:** investigar la educación de pregrado en salud sobre seguridad del paciente, subvencionada en plan de estudios de la Organización Mundial de la salud de 2011, con el fin de describir la situación de las disciplinas y prever acciones posibles de los cambios en la preparación de los futuros profesionales. **Materiales y Métodos:** se trata de un estudio transversal y de revisión integrativa. Fue utilizado para la recopilación de información para la investigación documental, subdividida en dos fases teniendo en la primera aplicación una lista de verificación, traducida y validada de los 11 temas y sus respectivos términos identificados contenidos en la Guía Curricular Multidisciplinar para Seguridad del Paciente propuesto por la OMS. Se utilizó la aplicación *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21.0 en la organización y análisis de los datos. El análisis univariante incluye distribuciones de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas y la bivariada de la comparación de presencia o no de cada tema o de sus respectivos términos identificados en diferentes cursos, incluyó tablas de contingencia. Y, como resultado, la revisión integral de la literatura, con la búsqueda de artículos en bases de datos diferentes: CINAHL, LILACS, PubMed a través de MEDLINE; Web de la ciencia; PMC de SCOPUS y Europa. **Resultados:** La evaluación del plan de estudios de 12 cursos de graduación en salud, implicó el análisis de 1.288 disciplinas de que se observaron variabilidad de frecuencia de los 11 temas del Guía Curricular y sus respectivos términos identificadores. Se analizaron los temas más comunes en las disciplinas de diferentes cursos: "interacción con pacientes y cuidadores"; "Ser un miembro de un equipo" y "prevención y control de la infección". Sin embargo, el tema "aprender desde el error para evitar el daño" no ha sido identificado en cualquiera de las disciplinas de los diferentes cursos. Revisión integral, fue posible identificar que las prácticas de control de infecciones y prevención en los programas de pregrado se produce en algunos sujetos ser desarticulados y, por tanto, con énfasis en la higiene de manos. **Conclusión:** este estudio representa una contribución importante a la educación de la salud Licenciatura en seguridad del paciente, principalmente, teniendo en cuenta las exigencias para adecuación curricular. El tema no es explorado en las disciplinas, la fragmentación de contenidos y descontextualizado. Sin embargo, no ocurre en una disciplina específica, está presente en varios momentos y desarticulado de una propuesta pedagógica integrada. Es consenso que el fortalecimiento de la cultura de seguridad en organizaciones de salud pasa, en particular, por formación académica y capacitación de recursos humanos en las diversas profesiones del área de salud, ya que la evaluación de la cultura de seguridad es vista como el punto de partida para iniciar los cambios en las estrategias para reducir la incidencia de eventos adversos y por lo tanto para garantizar la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del Paciente. Educación Superior. Educación. Plan de estudios.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tópicos do Guia Curricular e respectivos termos rastreadores para o ensino da Segurança do Paciente propostos pela OMS em 2011..... 42

Quadro 2 - Descrição da estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, segundo o ano de criação, modalidades de cursos, processos de seleção, objetivos, descrição da estrutura curricular, recursos e estratégias pedagógicas, 2016..... 48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Disciplinas obrigatórias e optativas nos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 57

Tabela 2 - Frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos do Guia Curricular recomendado pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, 2016..... 58

Tabela 3 - Frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos do Guia Curricular recomendado pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/São Paulo, 2016..... 59

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos do Guia Curricular recomendado pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da UFU/Uberlândia, 2016..... 60

Tabela 5 - Frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos do Guia Curricular recomendado pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 61

Tabela 6 - Frequências absolutas e relativas dos 14 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 63

Tabela 7 - Frequências absolutas e relativas dos nove termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 65

Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas dos dez termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 67

Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas dos 11 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 69

Tabela 10 - Frequências absolutas e relativas dos nove termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 71

Tabela 11 - Frequências absolutas e relativas dos 15 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 72

Tabela 12 - Frequências absolutas e relativas dos 15 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 74

Tabela 13 - Frequências absolutas e relativas dos 16 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 76

Tabela 14 - Frequências absolutas e relativas dos 20 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 78
Tabela 15 - Frequências absolutas e relativas dos 13 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 80
Tabela 16 - Frequências absolutas e relativas dos 21 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 82
Tabela 17 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, 2016..... 84
Tabela 18 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/São Paulo, 2016..... 85
Tabela 19 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da UFU/Uberlândia, 2016..... 86
Tabela 20 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos cursos de graduação em Enfermagem da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 88
Tabela 21 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos cursos de graduação em Fisioterapia da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 89
Tabela 22 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos cursos de graduação em Medicina da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 90
Tabela 23 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos cursos de graduação em Odontologia da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 91
Tabela 24 - Distribuição de frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente, considerando as disciplinas obrigatórias e optativas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016..... 93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACA	Atividades Complementares e de Apoio
ADPL	Atividades Discursivas e de Práticas Laboratoriais
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALADEFE	Associação Latino-Americana de Escolas e Faculdades de Enfermagem
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSIC	Atividades Profissionais de Saúde Individual e Coletiva
ASRF	Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação / Camâra de Educação Superior
CPSI	*Canadian Patient Safety Institute*
EA	Eventos adversos
EAS	Estabelecimentos de Assistência à Saúde
ECRC	Ensaios Clínicos Randomizados Controlados
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EUA	Estados Unidos da América
EUROPE PMC	Europe Pubmed Central
FUVEST	Fundação Universitária para o Vestibular
GC	Grades Curriculares
HM	Higienização das mãos
ICPS	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
IES	Instituições de Ensino Superior
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	*Institute of Medicine*
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrievel Sistem On-line

NI	Informatizada
NM	Manuscrita
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PDCA	*Plan-Do-Check-Act* / Planejar-Fazer-Verificar-Agir
PDSA	*Plan-Do-Study-Act* / Planejar-Fazer-Estudar-Agir
PE	Planos de Ensino
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PODAE	Polo de Odontologia Digital Aplicado à Educação
PP	Precauções Padrão
PPPs	Projetos Políticos Pedagógicos
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RUF	Ranking Universitário Folha
SAQ	Questionário de Atitudes de Segurança
SISU	Sistema de Seleção Unificada
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Televisor
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 18

1.1 Princípios da cultura de segurança na perspectiva da assistência do paciente: breves considerações..... 22

1.2 Panorama do ensino de Segurança do Paciente no Brasil e no mundo..... 26

2 OBJETIVOS..... 36

2.1 Objetivo geral..... 36

2.2 Objetivos específicos..... 36

3 MATERIAIS E MÉTODOS..... 38

3.1 Fase 1: Análise documental..... 38

3.1.1 Local de estudo..... 39

3.1.2 População..... 40

3.1.3 Procedimento de coleta de dados e análise documental das IES..... 40

3.1.4 Instrumento para a coleta de dados..... 41

3.1.5 Processamento e análise documental..... 45

3.1.6 Aspectos éticos..... 45

3.2 Revisão integrativa da literatura..... 45

4 RESULTADOS..... 47

4.1 Fase 1 - aspectos gerais dos PPPs dos diferentes cursos de graduação em saúde participantes 47

4.2 Disciplinas obrigatórias e optativas dos quatro cursos de graduação em saúde..... 57

4.3 Frequências dos tópicos do guia curricular recomendados pela OMS em 2011 sobre Segurança do Paciente no ensino de graduação em saúde..... 57

4.4 Tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS de saúde em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde..... 62

4.5 Frequência do número de vezes em que os tópicos e seus respectivos termos rastreadores foram identificados nas disciplinas dos quatro cursos graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia..... 83

4.6 Fase 2 - Revisão integrativa da literatura sobre o ensino da Segurança do Paciente em IES (Vide Apêndice a)..... 94

5 DISCUSSÃO..... 96

6 CONCLUSÃO..... 123

6.1 Considerações adicionais..... 124

REFERÊNCIAS..... 127

APÊNDICES..... 143

APÊNDICE A - Revisão integrativa da literatura sobre o ensino da Segurança do Paciente em IES..... **143**

ANEXOS..... 162

ANEXO A - Tópicos extraídos traduzidos do guia: (The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide)..... 162
ANEXO B - Referências referentes aos projetos pedagógicos e informações sobre os cursos das universidades pesquisadas..... 164
ANEXO C - Autorização para uso dos tópicos e termos rastreadores traduzidos e validados por Elena Bohomol..... 168
ANEXO D - Ofício Comitê de Ética em Pesquisa/EERP/USP..... 169
ANEXO E - Instrumento de coleta de dados..... 170

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O mundo globalizado e as transformações em todas as áreas de conhecimento, em especial à saúde, impõem importantes desafios as Instituições de Ensino Superior (IES), que devem utilizar a interlocução do ensino com o serviço de assistência à saúde, para favorecer a qualificação na formação dos futuros profissionais, nas ações e nos serviços de saúde. É importante ressaltar que inerentes ao contexto de cada IES, há também a expectativa da inovação no processo formativo, da compreensão das dinâmicas das demandas sociais, da atuação nos problemas identificados pautada na competência, habilidade, criatividade, e acima de tudo em princípios éticos, gerenciais, assistenciais e humanísticos, enfim, do saber, fazer e ser. Em linhas gerais, as IES devem garantir uma sólida formação, preparando o futuro graduando para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional, que na visão contemporânea em saúde tem-se investido maciçamente em qualidade e segurança.

Em que pesem a diversidade de condições de recursos sejam econômicos e/ou estruturais há que se vencer as dificuldades em prol da qualidade do ensino na perspectiva da Segurança do Paciente e livre de iatrogenias. Acredita-se que haja necessidade de uma mobilização mais acertiva nas instituições de ensino e organizações de saúde, envolvendo gestores, profissionais, pacientes e familiares, a fim de garantir a Segurança do Paciente e do profissional que o assiste.

O estudo sobre a Segurança do Paciente e a necessidade de repensar as práticas em saúde, teve como marco a publicação em 1999 do Relatório do Instituto de Medicina "*To Err is Human: Building a Safer Health System*", Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro. Há de se considerar que esse relatório alerta as instituições de ensino para a necessidade de reavaliação dos currículos pautado na interdisciplinaridade, a incorporação de conceitos de Segurança do Paciente, o envolvimento dos formuladores de políticas públicas, alcançar melhorias na qualidade do cuidado com a segurança do paciente (GAAL et al., 2010; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999; RIDELBERG; ROBACK; NILSEN, 2014).

A Segurança do Paciente é amplamente discutida no cenário mundial e teve como desencadeador à alta incidência de eventos adversos (EA), geralmente ocasionados pelo erro humano (DUARTE et al., 2015). Nessa perspectiva, a meta é investir em práticas de saúde livre de injúrias acidentais. Há de se considerar que sua ocorrência acarreta ao paciente prejuízos

diversos, como o aumento no tempo de internação, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas, entre outros danos (GOUVEA; TRAVASSOS, 2010).

Entende-se por Segurança do Paciente o conjunto de estratégias, intervenções e práticas seguras, realizadas pelos profissionais de saúde, capazes de prevenir e/ou reduzir ao mínimo aceitável o risco de danos desnecessários ao paciente, decorrente dos atos inseguros no cuidado em saúde de forma a alcançar os melhores resultados para a minimização dos EA (BRASIL, 2013a; DAUD-GALLOTTI et al. 2011; OLIVEIRA; PAULA, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a; 2008b).

Algumas vezes, as bases conceituais de diferentes autores geram polêmicas e discussões acerca das iniciativas para a prática assistencial segura. Nessa premissa, o conceito de cultura de segurança deve, prioritariamente, reconhecer a importância do comportamento individual e organizacional no compromisso com a segurança, qualidade dos serviços prestados, bem como com a saúde ocupacional. É definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o compromisso, o estilo e a administração de uma organização saudável e segura.

As organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por sistema de comunicação eficaz entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância da segurança e eficácia de ações preventivas (INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP, 1998).

De acordo com Raleigh (2008), a segurança se caracteriza em uma dimensão da qualidade, considerada como o princípio fundamental do atendimento ao paciente e um componente essencial da gestão da qualidade (FRANÇOLIN, 2013), esta por sua vez, se refere ao direito do indivíduo, enquanto assistido no cuidado à saúde, de ter o mínimo de risco de dano desnecessário, ou seja, a níveis considerados aceitáveis. Assim, a gestão da qualidade requer o esforço de todo o sistema, visando à melhoria dos processos assistenciais e gerenciais, a segurança ambiental e gestão dos riscos clínicos. Sendo necessária a ampla abordagem desta temática para a identificação e gestão de riscos reais e potencias, contemplados na maioria das disciplinas de saúde e nas diferentes profissões (CAVALCANTE et al., 2015; FRANÇOLIN, 2013).

As discussões acerca desta temática pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2002, começou a mobilizar-se frente à Segurança do Paciente e à qualidade do cuidado em saúde, na Assembléia Mundial da Saúde. Reconhecendo a magnitude do problema da Segurança do Paciente a nível global, a OMS criou em 2004 a primeira edição do programa "*World Alliance for Patient Safety*" - *Aliança Mundial para a Segurança do Paciente,* cujo

objetivo é avaliar a Segurança do Paciente nos serviços de saúde, tendo como abordagem prioritária a prevenção de danos. Assim, para atender esta necessidade, o programa propôs eixos de atuação para as instituições de saúde, com a finalidade de identificar ações que viabilizem formular diretrizes e estratégias voltadas para a Segurança do Paciente, promovendo possíveis mudanças no cenário mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A partir da intervenção da OMS, observou-se de maneira crescente esforços para a melhoria da Segurança do Paciente em âmbito mundial, por instituições públicas e privadas. Nesse sentido, tem-se a criação de agências especializadas para estudar e propor melhorias no cuidado em saúde, como a *National Patient Safety*, no Reino Unido; a *Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca e a *Australian Patient Safety Agency*, na Austrália. Nos Estados Unidos da América (EUA) a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) foi criada com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde para a população americana (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2001).

Além disso, indicadores e metas nacionais de melhoria para a redução dos índices de EA foram criados, como a campanha cinco milhões de vidas, do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), representando uma importante estratégia para promover a Segurança do Paciente hospitalizado (LEAPE, 2010).

Em 2009, a OMS divulgou o Marco Conceitual para a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), com o objetivo de divulgar uma taxonomia própria e uma padronização de conceitos e estratégias de Segurança do Paciente. Foram criadas dez grandes níveis/classes, envolvendo 48 pontos chaves essenciais para facilitar o entendimento e a transferência de informações relevantes sobre os erros ocorridos na assistência em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No Brasil, seguindo a tendência mundial em prol da melhoria da qualidade e segurança nos cuidados de saúde, em 25 de novembro de 2011 aprovou-se a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.63, sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, que no seu artigo 8º estabelece estratégias e ações voltadas para a Segurança do Paciente, como: mecanismos de identificação do paciente; orientações para a higienização das mãos (HM); ações de prevenção e controle de EA relacionados à assistência à saúde; mecanismos para garantir a segurança cirúrgica; orientações para a administração segura de medicamentos; sangue e hemocomponentes; mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; mecanismos para prevenção de úlceras por pressão e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (BRASIL, 2011).

Atualmente, o significado de evento adverso está relacionado às injúrias causadas pelo cuidado do profissional da saúde por fatores não relacionados à doença de base do paciente, que pode prolongar a hospitalização ou modificar o tratamento proposto inicialmente (BATISTA et al., 2014; BRASIL, 2014; CARAYON; XIE; KIANFAR, 2013).

Um dos exemplos de EA, as infeções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), adquiridas no âmbito hospitalar, representam um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil. Alguns estudos indicam que cerca de 5% dos pacientes admitidos em hospitais contraem pelo menos um tipo de IRAS, e estas, por sua vez são responsáveis pelo aumento dos dias de internação e gastos excessivos (BATISTA et al., 2014; CALFEE et al., 2012; CARAYON; XIE; KIANFAR, 2013; MAGALHÃES et al., 2014; TAMBYAH et al., 2012).

O primeiro passo para o entendimento e prevenção do erro humano é reconhecer e identificar quais são os processos mais críticos e, portanto, com maior probabilidade de ocorrência. Geralmente, o erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores associados, inerentes do próprio paciente, da instituição que o assiste, por meio de recursos financeiros insuficientes e/ou pelos recursos estruturais inadequados, como a planta física, materiais e equipamentos. Acresce-se ainda os fatores humanos, relacionados à falta de conhecimento, atitude e habilidades (YOSHIKAWA et al., 2013).

O movimento para a Segurança do Paciente, atualmente, substitui “a culpa e a vergonha” por uma nova abordagem, a de “repensar os processos assistenciais”, com o intuito de antecipar a ocorrência dos erros antes que causem danos aos pacientes em serviços de saúde. Os profissionais de saúde respondem aos Conselhos pelos atos de negligência, imperícia e imprudência, que contribuem para a criação de uma cultura de responsabilidade (BRASIL, 2011a).

Estudos epidemiológicos estimam que, anualmente em hospitais dos EUA, os erros médicos matam entre 44.000 e 98.000 norte-americanos. Utilizando-se uma estimativa inferior, sugere-se que neste país mais pessoas morrem de erros médicos em um ano se comparados a outros agravos como: acidentes de trânsito, câncer de mama ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (GAAL et al., 2010; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Nos EUA, um estudo apontou que o número de mortes em decorrência de erro médico supera 400.000 mortes por ano, ou seja, mais de 1.000 pacientes morrem a cada dia em decorrência de erros médicos (JAMES, 2013).

A mudança de atitude diante desta problemática passa, sobremaneira, pela formação acadêmica e capacitação de recursos humanos nas diversas profissões da área de saúde. Os

profissionais devem apresentar conhecimentos, habilidades e atitudes para identificar situações problemas ou potenciais para o “erro” e, assim, reconhecerem a melhor tomada de decisão (KIERSMA; PLAKE; DARBISHIRE, 2011; KILLAM et al., 2012; YOSHIKAWA et al., 2013).

Destaca-se que os cursos de graduação na área da saúde desempenham importante papel na promoção de conhecimento, habilidades e atitudes acerca da Segurança do Paciente, contribuindo para práticas e atos seguros frente às situações de risco. Vários pesquisadores demonstraram que os alunos cientes e participantes das discussões que cercam essa temática, se sentem motivados e encorajados, inclusive reconhecem a relevância do conteúdo para sua formação, e consequentemente, desenvolvem atitudes positivas no cuidado em saúde (KILLAM et al., 2012; LEUNG et al., 2010; WONG et al., 2010).

1.1 Princípios da cultura de segurança na perspectiva da assistência do paciente: breves considerações

O termo cultura de segurança foi publicado pela primeira vez na década de 1980 a partir do relatório técnico do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, cuja causa foi atribuída a uma falha na cultura de segurança da organização. Em seguida, relatórios de outros acidentes graves, tais como o *Piper Alpha e Kings Cross* também relacionaram falhas organizacionais, humanas e administrativas com falhas na cultura de segurança que resultaram nos acidentes (FLIN et al., 2000; INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY, 1986).

Na literatura científica observa-se uma variedade conceitual acerca de cultura de segurança, tendo-se como referência o Comitê Internacional de Segurança Nuclear (INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP, 1998, p. 1) que definiu a cultura de segurança como:

> Produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e o estilo da instituição. Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e eficácia de ações preventivas.

Com a necessidade de entender o processo relacionado à Segurança do Paciente, Nieva e Sorra (2003, p.18) adaptaram esse conceito para o contexto das instituições de saúde, definindo como: “produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais

que determinam o compromisso, estilo e a proficiência, quanto às questões de Segurança do Paciente em uma instituição de saúde".

Desde então, outros estudiosos constituíram suas definições de cultura de segurança (HELMREICH et al., 1993; SCHEIN, 2004; SCHEIDER; GOLDSTIEIN; SMITH, 1995) como um "conjunto de valores, atitudes e práticas individuais e grupais que norteia o comportamento individual de um grupo''. Mediante a ampla variedade de definições, Clarke (2006) classificou a cultura de segurança em três grupos distintos, sendo o primeiro relacionado às crenças, atitudes, valores e práticas adotadas frente à segurança; o segundo ligado às percepções dos profissionais; e o terceiro compreende a combinação entre as atitudes e percepções dos profissionais sobre questões de segurança.

A cultura de segurança pode ser definida como um comportamento individual e organizacional, que busca continuamente estabelecer um compromisso com a Segurança do Paciente e a qualidade dos serviços prestados. O formato da organização, como uma ação coordenada de um indivíduo ou de um grupo que trabalham em um ambiente comum com o objetivo de atingir uma meta pré-estabelecida, é adquirido por meio da associação do conjunto de políticas administrativas e aspectos individuais. Carvalho (2011) destacou que os aspectos políticos e administrativos influenciam as ações e a maneira como os profissionais se inter-relacionam dentro da organização e como estes colaboram com a formação da cultura e do clima organizacional.

Ao partir do pressuposto de que toda a organização tem sua cultura, é portanto entendida como o "conjunto de crenças, valores, normas e expectativas que mantêm unidos os diferentes membros da organização" (CROW; HARTMAN, 2002; NASSAR, 2000).

Schein (2004) definiu a cultura organizacional como um conjunto de premissas básicas construídas por um grupo durante o processo de aprender e resolver seus problemas de adaptação local, envolvendo indicadores culturais, relacionados ao perfil da gerência e dos funcionários, coerência entre a missão da organização e as atitudes e os componentes que caracterizam a organização. O mesmo autor refere que a cultura organizacional pode ser definida por cinco propriedades formais, sendo: compartilhar suposições no grupo; compartilhar as intervenções e descobertas construídas; aprender a resolver problemas de adaptação local (interna e externa); trabalhar adequadamente e ter resultados; ensinar novos membros a maneira correta de perceber; pensar e sentir em relação aos problemas.

As instituições de saúde, para alcançar e incorporar a cultura de segurança deve levar em consideração que todos os profissionais saibam reconhecer a sua responsabilidade pela sua própria segurança, a de seus colegas, de seus pacientes e visitantes e disponibilizar recursos e

estruturas; e, sobretudo é importante destacar que a segurança tem prioridade sobre as metas financeiras e operacionais. Além disso, os membros da equipe compartilham informações sobre os erros, com o intuito de prevenir sua recorrência. A responsabilidade, neste caso, é compartilhada, ou seja, todos os atores envolvidos têm responsabilidade pela Segurança do Paciente, independente do cargo que exercem. Nesse processo acerca da cultura e segurança organizacional, pacientes e familiares também são incluídos (BRASIL, 2011a).

Para Fleming (2005), a implementação da cultura de segurança nas instituições de saúde é o primeiro dos sete passos para estabelecer um ambiente seguro, os demais consistem em integrar as atividades de gestão de risco; promover a comunicação entre os membros da equipe; desenvolver maneiras de comunicação com pacientes e ouvi-los; aprender e compartilhar lições de segurança e implementar soluções para evitar danos ao paciente.

É oportuno relembrar que, segundo a World Health Organization (2008b), a Segurança do Paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano associado ao cuidado de saúde. Em complementação, Zambon, Daud-Gallotti e Novaes (2010) definiram o termo Segurança do Paciente como a redução dos atos inseguros nos processos assistenciais e a adoção de práticas seguras de forma a alcançar os melhores resultados.

Para garantir o clima de segurança, é imprescindível implementar uma política institucional de cultura de segurança, embora seja um dos passos mais difícieis. De acordo com Brasil (2013) podem-se distinguir três iniciativas relacionadas à Segurança do Paciente: “a abordagem epidemiológica, o gerenciamento de riscos e a abordagem da gestão da qualidade”. Em síntese, a abordagem epidemiológica tem focado seus esforços em quantificar a frequência da incidência dos EA, explorando os fatores (demográficos, tipo de atenção, patologia, serviço, entre outros), que podem estar associados às diversas tentativas de classificação (tipo), gravidade e possibilidade de evitar os mesmos. Os estudos epidemiológicos são importantes para conscientizar sobre a relevância da Segurança do Paciente como problema de saúde pública.

Em relação à gestão da qualidade, as atividades podem ser resumidas em atividades de monitoramento, cujo objetivo é detectar problemas e controlar a manutenção das melhorias obtidas por meio do planejamento ou ciclos de melhoria. Os ciclos de melhoria procuram solucionar os problemas de qualidade/segurança identificados, enquanto que o planejamento ou desenho da qualidade objetiva prevenir o aparecimento de problemas decorrentes dos processos implantados. Em síntese, a gestão da segurança pode ser entendida como uma integração entre os principais grupos de atividades de gestão da qualidade, focadas em objetivos de segurança,

envolvida pela promoção de uma cultura de segurança positiva entre os profissionais da organização de saúde (BRASIL, 2013b).

O contexto da gestão de qualidade proposto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2013b), envolve a implantação de barreiras organizacionais efetivas para impedir a ocorrência de erros ou diminuir a sua probabilidade e impacto nos pacientes. Acresce-se a implantação de boas práticas que minimizem o risco de dano ao paciente, como, por exemplo, identificação correta dos pacientes, *checklist* de segurança, limpeza e organização na preparação de medicamentos e imunização dos profissionais de saúde. Amplamente são reconhecidas duas referências internacionais de práticas seguras, denominadas "Soluções em Segurança do Paciente da OMS" e as "Práticas Seguras para uma Melhor Assistência à Saúde", do Fórum Nacional de Qualidade (*National Quality Forum*).

Como mencionado, medidas simples e eficazes podem prevenir e minimizar os riscos e danos relacionados à: dupla identificação do paciente; melhoria da comunicação entre os profissionais; uso e administração segura de medicamentos; segurança cirúrgica; higiene das mãos; prevenção de quedas; úlceras por pressão, entre outras práticas (BRASIL, 2011a). Merece destaque as Precauções Padrão (PP), caracterizadas como um conjunto de ações planejadas, que objetivam a proteção dos pacientes e profissionais aos riscos biológicos (PINA, 2010).

Dessa forma, investir na mudança de sistema, no aperfeiçoamento da equipe de saúde, na utilização de boas práticas no aprimoramento das tecnologias e na melhoria dos ambientes de trabalho constitui questões primordiais para o alcance dos melhores resultados. Assim a ANVISA divulga as publicações acerca da *Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*, na expectativa da aplicabilidade nos serviços e, consequentemente, observar a redução e a mitigação de riscos e atos inseguros, contribuindo para a aprendizagem da Segurança dos Pacientes e a melhoria da qualidade do cuidado prestado nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013b).

1.2 Panorama do ensino de Segurança do Paciente no Brasil e no mundo

É consenso, entre os educadores em saúde, a importância do ensino reflexivo, crítico e participativo, que promova competências, atitudes e habilidades na construção do conhecimento. Desde a publicação dos estudos que apresentam a extensão dos danos causados pelos cuidados inseguros de saúde, até as instituições de ensino e agências internacionais de saúde nos últimos anos, têm apontado a necessidade de estabelecer diretrizes e ações para a

melhoria da Segurança do Paciente nos serviços de saúde, contribuindo para a reorientação das agendas de reformas de muitos países. Nesse sentido, um número significativo de estratégias voltadas para melhorar a qualidade do cuidado à saúde e, consequentemente, minimizar os riscos dos cuidados de saúde estão sendo propostos (JAMES, 2013; PAIVA et al. 2014; RADUENZ et al., 2010; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

O ensino sobre a Segurança do Paciente nas escolas médicas americanas e canadenses teve seu início marcado nos programas de residência, seguindo o referencial do *Institute of Medicine* (IOM), que descreve as competências que devem ser desenvolvidas para a coordenação do cuidado seguro, relacionadas ao conhecimento, aprendizado, melhorias baseadas na prática clínica; habilidade de comunicação; relacionamento interpessoal e prática baseada em evidência. A implementação bem sucedida destas competências na educação em saúde para a Segurança do Paciente requer incorporação de conceitos em sala de aula, de acordo a realidade dos discentes e dos conceitos propostos (DAUD-GALLOTTI et al., 2011; GINSBURG et al., 2012; GINSBURG; TREGUNNO; NORTON, 2013; KIERSMA; PLAKE; DARBISHIRE, 2011; MANSOUR, 2012; TREGUNNO et al., 2014).

O programa *Crossing the Quality Chasm*, do Institute of Medicine (2001) mostrou a necessidade dos educadores da área da saúde criarem novas abordagens/estratégias para o desenvolvimento de habilidades com vistas a melhoria da qualidade e Segurança do Paciente.

Nesse sentido, alguns educadores afirmaram que, além da introdução do ensino sobre a Segurança do Paciente nos currículos dos cursos da área da saúde, é imprescindível a avaliação deste processo de aprendizagem, ou seja, entender como ocorreu à integração desses conceitos nos currículos da saúde e o quanto esses alunos apreenderam e incorporaram práticas seguras em suas atividades assistenciais (KERFOOT et al., 2007; KIERSMA; PLAKE; DARBISHIRE, 2011).

Devido à complexidade da prática médica, em 2009 a OMS publicou *Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*, enfatizando que os currículos não devem se concentrar apenas no ensino de habilidade clínicas como diagnóstico e tratamento da doença, pós-tratamento e acompanhamento. O guia deve abranger o desenvolvimento de outras competências como o trabalho em equipe, melhoria da qualidade e gestão de riscos, habilidades fundamentais para a Segurança do Paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Em 2011, com base neste documento a OMS desenvolveu outro programa para o ensino multiprofissional sobre Segurança do Paciente, intitulado *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*, direcionado para a educação dos estudantes dentistas, médicos, obstetrizes, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais que assistem os pacientes nas

organizações de saúde, sejam elas educativas ou assistenciais, auxiliando gestores, professores ou tutores na construção de uma base de conhecimentos e habilidades na melhoria da preparação dos alunos para a prática clínica e, consequentemente, contribuir para a formação de futuros profissionais de saúde, capacitados a atender as demandas e especificidades de complexos ambientes de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O desenvolvimento deste guia contou com a participação de mais de 50 perito-especialistas de associações internacionais em Odontologia, Medicina, Obstetrícia, Enfermagem e Farmácia, que utilizou como base as competências de segurança propostas pelo *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) em 2008. Destaca-se que tais competências são definidas em seis domínios, a saber: 1- Contribuir para uma cultura de Segurança do Paciente; 2- Trabalhar em equipe para a Segurança do Paciente; 3 - Comunicar eficazmente para a Segurança do Paciente; 4 - Gerenciar os riscos de segurança; 5 - Otimizar fatores humanos e o meio ambiente; 6 - Reconhecer, responder e divulgar EA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Além disso, o guia aborda os principais riscos associados aos cuidados em saúde, apresentando estratégias para reconhecer, notificar e analisar os EA. Destaca a importância do trabalho em equipe, da comunicação efetiva dos profissionais nos diferentes níveis de atenção em saúde e a importância da interação dos profissionais com pacientes e cuidadores. É dividido em duas partes, sendo a primeira: Parte A do guia destinada aos educadores em saúde, denominada: guia do professor - projetada para ajudar os professores a implementarem o guia nos currículos. Estabelece as bases para o desenvolvimento de capacidades no domínio da educação e Segurança do Paciente, apresenta estratégias para elaboração de atividades extras que facilitem a compreensão dos temas e métodos para a avaliação, informações sobre recursos e ferramentas na web, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Em linhas gerais no guia tem-se 11 tópicos que tratam a Segurança do Paciente: 1- O que é a Segurança do Paciente; 2- Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente; 3 - Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente; 4 - Ser um participante de uma equipe; 5 - Aprendendo com os erros para evitar danos; 6 - Compreensão e gestão de riscos clínicos; 7 - Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência; 8 - Interação com pacientes e cuidadores; 9 - Prevenção e controle da infecção; 10 - Segurança do Paciente e procedimentos invasivos; 11 - Melhora na segurança da medicação. (ANEXO A).

É importante mencionar que os conteúdos destes tópicos podem ser adaptados e incorporados, em parte ou em totalidade, no currículo de formação existente. Entretanto, é

preciso reconhecer as variações nos requisitos destes currículos para as diferentes profissões da área de saúde. Adiciona-se que a outra parte do guia trata do desenvolvimento destes tópicos, é ressaltado o cuidado centrado no paciente, incluindo narrativas de pacientes e a necessidade do aprendizado específico. São apresentadas formas de avaliação dos resultados e referências adicionais que contribuem para o aprofundamento da temática (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Farley et al. (2015) avaliaram em seu estudo internacional *"Field Test of the World Health Organization Multi-Professional Patient Safety Curriculum Guide*" a implementação do guia em 12 escolas das seis regiões integrantes da OMS. Utilizaram um desenho prospectivo/retrospectivo para obter informações acerca da eficácia do guia no ensino da Segurança do Paciente nos cursos de graduação em saúde, tanto no início e término do ensino de campo. Os professores, coordenadores e diretores consideraram que o guia serviu como ferramenta, direcionando as estratégias de ensino sobre Segurança do Paciente nos cursos em saúde. Os alunos apresentaram melhora significativa de suas percepções e atitudes em relação à Segurança do Paciente e aumento significativo no conhecimento dos tópicos propostos, que passou de 10,7% de respostas corretas para 20,8%.

Esta pesquisa reforçou a importância da implementação do guia nos currículos dos cursos de graduação em saúde, como uma das estratégias para integrar e fortalecer a promoção da Segurança do Paciente na formação acadêmica e profissional, com vistas à segurança e qualidade do cuidado em saúde.

A importância do fortalecimento da cultura de segurança nas organizações de saúde passa, sobremaneira, pela formação acadêmica e capacitação de recursos humanos nas diversas profissões da área de saúde, uma vez que a avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças para reduzir a incidência de EA, e consequentemente garantir cuidados de saúde seguros. Entretanto, os educadores precisam rever continuamente suas estratégias de ensino, conhecer os Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs) e investir na sua operacionalização (KIERSMA; PLAKE; DARBISHIRE, 2011; KILLAM et al., 2012; URBANETTO; GERHARDT, 2013; YOSHIKAWA et al., 2013).

É nas bases da educação que tem o alicerce sobre o qual se constrói e sustenta a formação profissional, agregando crenças, valores, conhecimentos, experiências e habilidades na construção do conhecimento. A compreensão dos alunos dos cursos de graduação em saúde acerca da Segurança do Paciente tem sido discutida em pesquisas científicos, que mostram que a preocupação dos acadêmicos acerca desta temática consiste na prevenção dos riscos. Além

disso, eles referem o cuidado e o autocuidado como prerrogativas para a Segurança do Paciente e a educação como proposta para minimizar os riscos existentes na prática clínica (CARRARO et al., 2012; YOSHIKAWA et al., 2013).

No entanto, mesmo diante da incipiente aprendizagem formal sobre essa temática, os alunos avaliados em seus aspectos atitudinais e conceituais sobre a Segurança do Paciente ainda demonstram incertezas no que seria correto ou não em relação à prática segura, comprovando a necessidade de melhorias na articulação dos conteúdos trabalhados em sala de aula e/ou outros espaços de aprendizagem, como os cenários de práticas (CARRARO et al., 2012; YOSHIKAWA et al., 2013).

Sabe-se que a mudança nos currículos para a integração de aspectos relevantes acerca da Segurança do Paciente é necessária e urgente na formação dos futuros profissionais de saúde. É preciso reconhecer que a interação entre o conhecimento e a aprendizagem individual dependente das condições culturais sob a qual a aprendizagem ocorre. Há um consenso crescente sobre a importância da criação de uma abordagem aberta e não punitiva nas organizações de saúde, com ênfase em uma formação que priorize a Segurança do Paciente (DOYLE et al., 2015; KERFOOT et al., 2007; LEAPE, 2010; LEOTSAKOS et al., 2014; STEVEN et al., 2014).

Outra situação a ser considerada é que a percepção da Segurança do Paciente e as estratégias para articulação de melhorias na formação e na prática clínica, que devem ser analisadas à luz de cada profissão, ou seja, cada profissão na área da saúde deve adaptar os conceitos e princípios de Segurança do Paciente de acordo com as suas próprias necessidades e limitações inerentes, para que ocorram mudanças positivas na cultura organizacional (GALLEGO et al., 2012; LISTYOWARDOJO; NAP; JOHNSON, 2011; VAN BEUZEKOM et al., 2013).

É necessário refletir como os professores e profissionais de saúde podem integrar as competências de Segurança do Paciente na sala de aula, bem como no ensino clínico, entre o que está sendo ensinado e vivenciado na realidade prática, sendo alternativas para a solução de possíveis inconsistências na forma como as questões de Segurança do Paciente são tratadas por diferentes preceptores (LEUNG et al., 2010; WONG et al., 2010).

Dessa forma, estudiosos ressaltam que somente oportunidades aleatórias de aprendizagem e experiências não garantem à aquisição de conhecimento, atitudes e habilidades necessários à prática assistencial segura. A prática clínica é apresentada como um dos componentes curriculares necessários ao entendimento, integração e atualização dos conceitos de Segurança do Paciente na educação médica. Destaca ainda que os estudantes de Medicina

investigados se sentiram mais confortáveis com a discussão acerca da segurança, englobando questões voltadas para a HM, controle e prevenção de infecções e a prática segura de medicamentos. No entanto, ao se trabalhar questões relacionadas aos aspectos socioculturais dependentes da Segurança do Paciente, tais como trabalho em equipe, gestão do risco de segurança e cultura de segurança, os estudantes se sentiram menos confiantes no desempenho de algumas práticas (DOYLE, et al., 2015; TREGUNNO et al., 2014; VAN BEUZEKOM et al., 2013).

Tregunno et al. (2014) investigaram os principais desafios para a integração da segurança, na opinião dos farmacêuticos e médicos canadenses, os desafios consistiam na prática segura de medicamentos. Além disso, os médicos destacaram, principalmente, as dificuldades na comunicação entre a equipe médica com os demais membros da equipe de saúde. Para os docentes de Enfermagem a questão é mais complexa e envolve um conjunto mais amplo de ameaças à Segurança do Paciente, relacionados ao ritmo acelerado de cuidados, incluindo mudanças rápidas nas condições do paciente; situações de conflito entre as equipes e a comunicação.

Algumas estratégias para a melhoria da qualidade e promoção a Segurança do Paciente estão sendo implantadas, por exemplo, nos EUA um sistema de Tecnologia de Informação em Saúde para a Segurança do Paciente foi desenvolvido para notificar, fiscalizar e acompanhar possíveis EA e erros associados ao cuidado em saúde que prejudicam diretamente a segurança do paciente (SITTIG; CLASSEN; SINGH, 2015).

Em países europeus como a Suécia o governo organizou conferências de Segurança do Paciente, com ampla discussão e participação de peritos no assunto manuais baseados em evidências científicas foram publicados e amplamente distribuídos, contemplando orientações acerca do cuidado seguro em saúde, como quedas, úlceras por pressão, erros de medicação e IRAS. Em 2011 foi criada a lei sobre a Segurança do Paciente como parte de um plano de incentivo financeiro apoiado pelo governo com gratificação a conselhos municipais que atuassem diretamente ações para reforço da Segurança do Paciente. Além disso, há atualmente uma discussão sobre uma política de tolerância zero contra erros que ameaçam a Segurança do Paciente (RIDELBERG; ROBACK; NILSEN, 2014).

No Brasil, a Portaria 529/2013 considera algumas estratégias para a implantação da cultura de Segurança do Paciente e destaca para sua implantação:

a) a magnitude que os EA têm no Brasil, e a prioridade dada à temática na Agenda Política dos Estados-Membros da OMS, que recomendou aos países atenção ao tema “Segurança do Paciente”;

b) a importância do trabalho integrado entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), os Conselhos Profissionais na área da Saúde e as Instituições de Ensino e Pesquisa sobre a Segurança do Paciente com enfoque multiprofissional;

c) a gestão de riscos voltada para a qualidade e Segurança do Paciente englobam princípios e diretrizes, como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; com vistas à necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, educadores, profissionais e usuários da saúde, resolve:

> Art. 1° Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); Art. 2° O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional; Art. 3° Constituem-se objetivos específicos do PNSP: 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 de saúde [...] Art. 5° constituem-se estratégias de implementação do PNSP: I – elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de Segurança do Paciente; II – promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em Segurança do Paciente; VII – articulação com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema Segurança do Paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação [...]" (BRASIL, 2013a).

Ainda, em termos de área de atuação a portaria aponta: 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 [...] e, j) propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente [...]".

Inexoravelmente, a necessidade de garantir a segurança do cuidado envolve a mobilização de forma racional e sustentável de recursos humanos, equipamentos e insumos (BRASIL, 2013a). E, nesse sentido o Brasil apresenta uma situação caótica com diferenças regionais gritantes não apenas nos resultados da assistência prestada à população, nas

subnotificações de ocorrências de EA, mas na avaliação da formação profissional que no conjunto carecem de melhoria na eficiência.

Os pesquisadores da área ressaltam que um número significativo de pacientes é prejudicado a partir de cuidados inseguros em saúde, que pode resultar em danos permanentes; internações hospitalares; aumento de tempo de permanência no hospital e até mesmo a morte. Os principais desafios que dificultam a promoção da segurança nos cuidados em saúde se relacionam aos recursos humanos insuficientes; falta de financiamento específico para o Programa Nacional de Prevenção de Controle das IRAS; insuficiência de laboratórios de referência para dar suporte, em tempo oportuno; à crescente necessidade de investigação microbiológica; custos crescentes em saúde e recursos limitados de materiais e profissionais especializados para o controle de IRAS (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

A Segurança do Paciente deve ser entendida como um conjunto de estratégias e intervenções capazes de prevenir e/ou reduzir o risco de dano ao paciente decorrente do cuidado em saúde (BRASIL, 2011a; OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Ainda, Bohomol (2013) mencionou que a educação dos futuros profissionais da saúde deve incorporar a concepção de Segurança do Paciente em suas abordagens clínicas, bem como deve ser mantida nos diferentes estabelecimentos de assistência à saúde (EAS).

Nesse sentido, é notório tratar-se de um tema que desperta interesse crescente na contemporaneidade, seja pelo esgotamento paulatino das discussões teóricas, por fatores ambientais ou por questões relacionadas à gestão do sistema de saúde. O movimento para a Segurança do Paciente busca difundir uma nova abordagem, a de “repensar os processos educacionais”, com o intuito de preparar os futuros profissionais para anularem comportamentos de risco. Assim, o currículo deve ser desenvolvido na perspectiva de conduzir os sujeitos a construírem conhecimentos de forma significativa, desenvolvendo competências e habilidades diversas, contribuindo para a formação de profissionais críticos e reflexivos, aptos a assumirem posições de liderança, tendo em vista o bem-estar da comunidade (LEOTSAKOS et al., 2014; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

De acordo com Killam et al. (2012), a relação alunos *versus* práticas inseguras está fundamentada na descrição de futuros profissionais com déficits de motivação, habilidades psicomotoras, conhecimentos e habilidades interpessoais. O referido autor buscou ampliar em seu estudo a temática acerca destas práticas inseguras, descrevendo os pontos de vista dos formandos do curso de graduação em Enfermagem sobre a segurança comprometida no ambiente de aprendizagem clínica.

É preciso destacar, no entanto, que a formação dos futuros profissionais da saúde deve envolver de maneira decisiva os princípios da cultura de segurança para a Segurança do Paciente, envolvendo os diferentes EA nos cuidados em saúde. Os estudantes como membros de uma equipe interdisciplinar, devem estar aptos a descrever os componentes do cuidado centrado no paciente, identificar os desvios em sua prática clínica e determinar quais as ações necessárias para a implantação e correção dos desvios (KIERSMA; PLAKE; DARBISHIRE, 2011; LEOTSAKOS et al., 2014).

As IES têm um papel crucial a cumprir na formação profissional, fornecendo para a sociedade egressos com perfil que atenda às necessidades da população nos diferentes níveis de atenção e cenários de assistência, garantindo a qualidade e segurança das práticas e ações em saúde, bem como a satisfação dos usuários (BOHOMOL, 2013; KIERSMA; PLAKE; DARBISHIRE, 2011; YOSHIKAWA et al., 2013).

Diante da exigência legal do ensino de Segurança do Paciente na formação dos profissionais de saúde elegeu-se como motivadores deste estudo os seguintes aspectos:

- preparar os alunos para a prática segura exige das instituições de ensino a inclusão dos principais temas relacionados à Segurança do Paciente; além disso, rever as disciplinas que integre a aprendizagem à Segurança do Paciente; desenvolver ainda mais a capacidade dos educadores de Segurança do Paciente em cuidados de saúde a educação profissional; são ações que promovem um ambiente seguro, existe variabilidade de condutas (numa mesma instituição de ensino, num mesmo serviço, entre estudantes de uma mesma classe e docentes);
- avaliação periódica das bases curriculares são necessárias, principalmente pelas mudanças contínuas, consequência das recentes descobertas e novos conhecimentos acerca da Segurança do Paciente;
- há escassez de estudos nacionais que permitam uma avaliação do ensino de graduação com vistas ao preparo teórico-prático dos estudantes. Ainda no cenário brasileiro, o Ministério da Saúde, regulamentou a Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013 e constituiu o PNSP e, assim fomenta a inclusão dessa temática nos currículos dos cursos do ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).
- a construção do conhecimento sobre a Segurança do Paciente precisa ocorrer ao longo da formação dos estudantes de saúde. As habilidades e comportamentos

devem começar assim que o aluno inicia a prática clínica. Nas relações de ensino em situação real de assistência é evidente a dicotomia entre a teoria e a prática.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar o ensino de Segurança do Paciente, subsidiado no Guia Curricular da Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de descrever a situação das disciplinas de diferentes cursos de graduação em saúde e vislumbrar possíveis ações de mudanças no preparo dos futuros profissionais.

2.2 Objetivos específicos

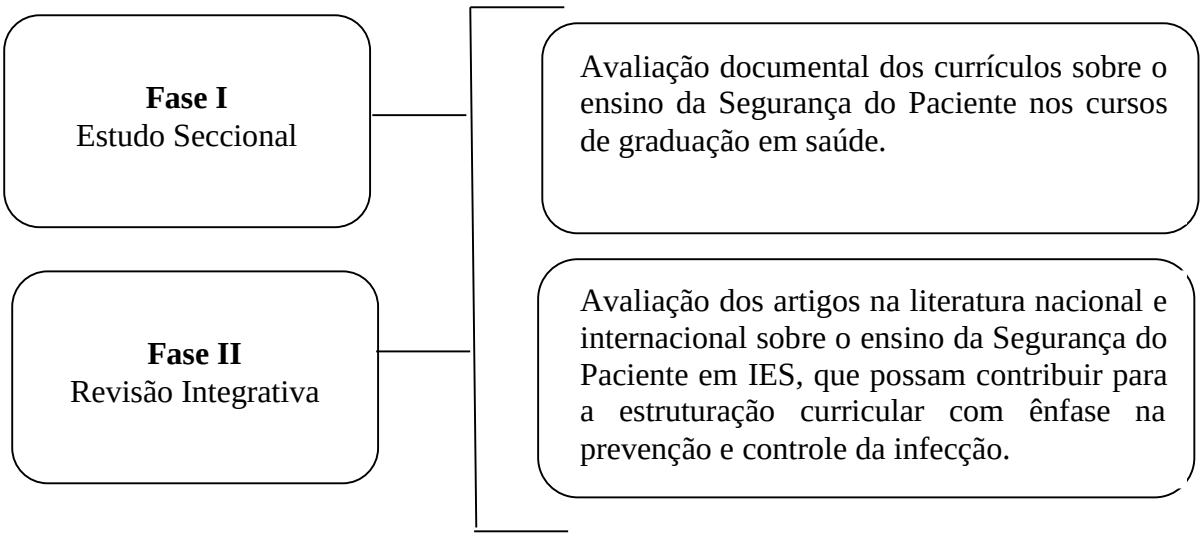
- Descrever os PPPs dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia de duas instituições de ensino superior.
- Verificar na proposta curricular se os tópicos recomendados pela OMS sobre o ensino da Segurança do Paciente estão incorporados (parcialmente ou integralmente) ou não nas disciplinas dos cursos de graduação em saúde analisados.
- Identificar a frequência dos tópicos recomendados pela OMS sobre o ensino da Segurança do Paciente de acordo com o tipo de disciplina (obrigatória e optativa) dos cursos de graduação em saúde analisados.
- Analisar a produção científica acerca da proposta curricular de Segurança do Paciente centrada nas práticas de prevenção e controle da infecção e, assim identificar se há ou não integração desse tópico na formação de nível superior em saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Em consonância aos objetivos propostos estabeleceu-se a trajetória metodológica estruturada em duas fases articuladas:

Figura 1 - Fluxograma das fases envolvidas no desenvolvimento da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

3.1 Fase 1: Análise documental

Os estudos transversais e/ou seccionais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados, apropriados para descrever a situação ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; HUNGLER, 2011).

A pesquisa documental tem como objeto de investigação a análise de documentos antigos e/ou atuais, que ainda não passaram por tratamento científico, denominadas fontes primárias, e que tenham credibilidade do ponto de vista científico.

Nesse sentido, é fundamental que o pesquisador ao selecionar os documentos faça uma análise criteriosa dos itens para garantir ao estudo, a autenticidade e fidedignidade, ou seja, apresentar informações na pesquisa que representam a realidade dos sujeitos no referente ao objeto de análise. Além disso, o pesquisador irá produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender o tema em estudo, permitindo o reconhecimento imediato pelos leitores (SÁ-SILVA; ALMEIDA, GUINDANI, 2009).

Nesse sentido, para verificar o ensino sobre a Segurança do Paciente nos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia de duas IES; a proposta deste estudo envolveu a busca de informações no documento curricular formal - PPPs e suas respectivas Grades Curriculares (GC), também denominados de Planos de Ensino (PE). Portanto, os tópicos estudados são os recomendados pelo *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*, publicado pela OMS, em 2011. Em linhas gerais, este Guia Curricular apresenta os requisitos necessários para incorporar a segurança do paciente na educação multiprofissional de nível superior.

Cabe ainda, explicar que o PPP representa um instrumento político e técnico da proposta pedagógica, resultante de um trabalho de reflexão e discussão elaborado de forma coletiva no âmbito da instituição, proporcionando a orientação, de acordo com sua particularidade, a cada instituição de ensino e para cada um de seus cursos de graduação.

Considera-se político por refletir as opções e escolhas de caminhos para o processo de formação acadêmica do indivíduo, como membro ativo e transformador da sociedade. E pedagógico por estar intimamente relacionado às atividades pedagógicas e didáticas que direcionam a escola no alcance dos objetivos educacionais. O PPP representa o caminho para a formação pautada no preparo profissional competente, transformador, reflexivo e condutor da reflexão-na-ação (BAFFI, 2002; NOBREGA-THERRIEN; FEITOSA, 2010).

Dessa forma, os PPPs dos cursos em questão, se caracterizam como fonte primária - contemplando dados originais a partir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados, ou seja, é o pesquisador que fará esta análise (BOHOMOL, 2013).

3.1.1 Local de estudo

Para realização da pesquisa documental elegeu-se como locais de estudo duas IES: a Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal de Uberlândia (UFU), ambas ofertam os cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia. Assim, compuseram o estudo três Campi: USP/Ribeirão Preto; USP/São Paulo e UFU/Uberlândia.

As instituições foram selecionadas por conveniência, entretanto possuem suas especificidades em termos de perfis e estrutura. Com relação a USP é importante considerar que é reconhecida nacional e internacionalmente pelo elevado padrão de qualidade de suas ações, que conquistou e manteve o reconhecimento entre instituições de excelência no ensino, pesquisa e prestação de serviços no Brasil e no exterior.

Além disso, se faz presente nas principais organizações internacionais ligadas à saúde e Enfermagem, como: OMS, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Associação Latino-Americana de Escolas e Faculdades de Enfermagem (ALADEFE).

A UFU é uma instituição de ensino superior pública, sediada no município de Uberlândia-MG, considerada como uma das principais do estado de Minas Gerais. Em 2015 foi classificada como a 26ª melhor instituição de ensino superior do país pelo Ranking Universitário Folha (RUF).

3.1.2 População

Para realização da pesquisa documental foram eleitos os cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia dos três Campi: USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, totalizando 12 PPPs, suas respectivas GCs e 1.288 disciplinas analisadas. Cabe mencionar que as 1.288 disciplinas, representam as unidades de observação e análise desta pesquisa.

3.1.3 Procedimento de coleta de dados e análise documental das IES

Para a obtenção dos PPP dos cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Fisioterapia das IES, estabeleceram-se alguns critérios para coleta, a fim de ser mantida a uniformidade na condução da pesquisa. Assim, buscou-se primeiramente, no site das IES o documento formal na íntegra - o PPP de cada curso e as GCs e/ou PE, ambos documentos de domínio público (ANEXO B).

No acervo disponibilizado extraiu-se as informações básicas e específicas do currículo e, das disciplinas (obrigatórias e optativas). Os cursos que não disponibilizaram o documento *online* - Medicina e Fisioterapia da USP-São Paulo, realizou-se o contato por telefone e e-mail com a coordenação do curso e solicitou-se a disponibilização do atual PPP mediante a explicação dos objetivos da pesquisa. Com isso os PPPs foram enviados *a posteriori* via e-mail, em formato PDF. A coleta de dados finalizou-se em fevereiro de 2016.

Diante do acervo documental, após a avaliação e organização das informações oficiais, para identificar ou não o ensino sobre a Segurança do Paciente nos respectivos cursos de graduação, realizou-se, inicialmente, uma análise detalhada do documento curricular formal - o PPP e as GCS e/ou PE.

Em seguida, realizou-se a identificação das categorias temáticas elencadas pelas pesquisadoras com base no *The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide*, publicado pela World Health Organization, em 2011, totalizando 11 categorias temáticas. É importante esclarecer que estas categorias foram validadas em seu conteúdo por educadores e pesquisadores da área da saúde (BOHOMOL, 2013).

Para viabilizar a análise documental, utilizou-se neste estudo a tradução livre dos 11 Tópicos do Guia (*1 - O que é a segurança do paciente? 2 - Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a segurança do paciente; 3 - Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente; 4 - Ser um participante de uma equipe eficaz; 5 - Aprendendo com os erros para evitar danos; 6 - Compreensão e gestão dos riscos clínicos; 7 - Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência; 8 - Interação com pacientes e cuidadores; 9 - Prevenção e controle da infecção; 10 - Segurança do paciente e procedimentos invasivos e 11 - Melhora na segurança da medicação*), empregando-se uma lista de verificação, extraída do Relatório de Pesquisa Pós-Doutorado de Elena Bohomol (BOHOMOL, 2013).

3.1.4 Instrumento para a coleta de dados

Utilizou-se para a coleta das informações, uma lista de verificação, traduzida e validada (validade aparente) no estudo proposto por Bohomol (2013), com adequação e pertinência dos termos, conteúdos e palavras-chaves autodeclaradas no Guia Curricular da OMS. As palavras-chaves foram aglutinadas para cada Tópico específico, contemplando 153 termos rastreadores, constituindo-se como temas possíveis de serem abordados no ensino sobre a Segurança do Paciente. É oportuno mencionar que a pesquisadora foi consultada quanto à utilização de sua lista de verificação, mediante autorização prévia (ANEXO C).

Assim, como critérios para a identificação dos 11 tópicos sobre a Segurança do Paciente recomendados pela OMS em 2011, nas GCs e/ou PE. Para a busca dos termos rastreadores, foram adotados a mesma estratégia proposta no estudo, conforme mencionado a autora anteriormente.

Primeiramente realizou-se uma leitura detalhada, com base na lista de verificação de todo o conteúdo dos documentos formais, a fim de localizar ou não os tópicos, seguida da utilização da ferramenta de busca - opção localizar, (se documento em *World* e/ou *pdf*) dos termos rastreadores.

Além disso, outros critérios também foram utilizados, a fim de uniformizar a coleta de informações, como: busca de palavras no singular e no plural; palavras compostas (com busca de forma conjugada ou não) e cuidados com expressões não usuais na área da saúde.

O quadro 1 apresenta a lista de verificação utilizados neste estudo para identificar os Tópicos e Termos rastreadores propostos pelo Guia Curricular da OMS em 2011.

Quadro 1 - Tópicos do Guia Curricular e respectivos termos rastreadores para o ensino da Segurança do Paciente propostos pela Organização Mundial de Saúde (2011).

Tópicos	Termos Rastreadores
1 - O que é a Segurança do Paciente?	Visão geral do que é segurança - conceitos e definições Teoria de sistemas História da Segurança do Paciente Evento adverso Erros de saúde Falhas no sistema Diferença entre falhas, violação e erro Custos humanos e econômicos associados a EA Causas dos erros Modelo do queijo suíço Cultura de culpa Cultura de segurança Modelos de segurança Cuidado centrado no paciente
2 - Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente.	Conceitos de falibilidade humana e perfeição Sistemas Ergonomia Fatores humanos Ambiente de trabalho e seus “ruídos” Fadiga e estresse no desempenho profissional Relação homem-máquina e a segurança no uso dos equipamentos Estratégias de comunicação no ambiente de trabalho Redesenho de processo
3 - Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente.	Conceitos e definição de sistemas e sistemas complexos Sistema de saúde Estrutura organizacional Processos de trabalho Falhas no sistema e mecanismos para investigação dos fatores Defesas e barreiras nos sistemas Compreensão e gestão do risco clínico Autoridade com responsabilidade Interdisciplinaridade Organizações de alta confiabilidade
4 - Ser um participante de uma equipe eficaz.	O que é equipe? Os diferentes tipos de equipes encontradas na Atenção à Saúde Valores, papéis e responsabilidades Estilos de aprendizagem Habilidades auditivas Coordenação de equipes Liderança eficaz Características de equipes de sucesso Comunicação eficaz e ferramentas de comunicação

	Resolução de conflitos Avaliação do desempenho do trabalho em equipe
5 - Aprendendo com os erros para evitar danos.	Erros Principais tipos de erros Violação, erro, quase erro Situações que aumentam os riscos de erro Fatores individuais que predispõe ao erro Como aprender com os erros Relatórios de incidentes Análise de evento adverso Estratégias para redução de erros
6 - Compreensão e gestão de riscos clínicos.	Gestão de risco-definições Como entender e gerenciar riscos clínicos Notificação de quase erros Relatórios de erros Monitoramento clínico Programas de treinamento para avaliar riscos clínicos Notificação e monitoramento de incidentes Tipos de incidentes Eventos Sentinela Comunicação de riscos e perigos no local de trabalho Organização e ambiente de trabalho Credenciamento, licenciamento e acreditação Responsabilidades profissional e individual na gestão de riscos Fadiga e estresse Comunicação e má comunicação
7 - Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência.	Teoria do conhecimento Conceitos básicos de mudança Conceitos de Deming Sistema de gestão com foco na melhoria dos processos Melhoria contínua Ciclo Planejar-Fazer-Estudar-Agir (PDSA)/Planejar-Fazer-Verificar-Agir PDCA Ferramentas de qualidade: fluxograma, diagrama de Ishikawa, gráfico de Pareto e histograma Indicadores Variação, métodos para a melhoria da qualidade Medidas de resultado Medidas de processo Medidas de compensação Melhoria de prática clínica Análise causa raiz Análise dos modos e efeitos de falha
8 - Interação com os pacientes e cuidadores.	A voz do consumidor Direitos do paciente Legislações de proteção do consumidor e direitos dos usuários do sistema de saúde Reclamações Medo Educação Princípios da boa comunicação Ferramentas de comunicação: SPIKE, SEGUE, SPEAK UP Consentimento informado Respeito às diferenças de cada paciente, às crenças religiosas, culturais e pessoais, e às necessidades individuais Privacidade e autonomia do paciente

	Responsabilidade e família Formas de envolver os pacientes e profissionais nas decisões de saúde Pedido de desculpas Processo de revelação aberta Implicações legais do erro
9 - Prevenção e controle da infecção.	Infecção associada a cuidados de saúde Precauções para prevenir e controlar as infecções Infecções na comunidade Transmissão e transmissão cruzada Alertas de epidemias e pandemias Tipos de transmissão Riscos de infecção Técnicas de assepsia Asséptica Precauções padrão Custo econômico associada à infecção Equipamentos de proteção individual Métodos de esterilização e desinfecção de instrumentos e equipamentos Organismos multirresistentes Resistência antimicrobiana Recomendações sobre uso único de dispositivos Lavagem de mãos *Guidelines*: para uso de luvas, isolamento do *Centers For Disease Control and Prevention* Imunizações, vacinas Programa da Organização Mundial da Saúde: *Clean Care is Safe Care*; campanhas para higienização de mãos, controle do uso de antimicrobianos
10 - Segurança do Paciente e procedimentos invasivos.	EA associados aos procedimentos cirúrgicos e a outros procedimentos invasivos Complicações no sítio cirúrgico Infecção em sítio cirúrgico Controle de infecção no cuidado cirúrgico Fatores preexistentes para a ocorrência de erros Falhas de comunicação entre equipes Processos de verificação Trabalho em equipe Agravos cirúrgicos Paramentação cirúrgica Lateralidade Práticas que reduzem riscos, *como time-out, briefing, debrifiengs,* assertividade, sistemas de transmissão de informações Gerenciamento do paciente em sala operatória
11 - Melhora na segurança da medicação.	Sistema de medição e processo de prescrição, distribuição e administração Fármacos Controle de uso de antimicrobianos Regulamentação dos medicamentos Acesso do usuário aos medicamentos Sistema de notificação de EA Efeito colateral Reação adversa ao medicamento Potencial e real interação droga-droga e droga-alimento Erros de medicação e seus tipos Consequências ao paciente Fontes de erros e prevenção Monitoramento do paciente e avaliação de parâmetros clínicos Prescrição

	Administração Os cinco certos no sistema de medicação Processo de comunicação seguro entre as equipes para minimizar os erros Uso da tecnologia para minimizar os erros Fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais que predispõem à vulnerabilidade do paciente em uso de medicamentos Conciliação medicamentosa Medicamentos de alta-vigilância (potencialmente perigosos ou de alto risco)

Fonte: Tradução livre extraída do Relatório de Pesquisa Pós-Doutorado, Elena Bohomol (BOHOMOL, 2013).

3.1.5 Processamento e análise documental

Construiu-se um banco de dados e, após a codificação das variáveis em um dicionário (*codebook*), os dados foram digitados em planilhas eletrônicas do programa *Microsoft® Office Excel®* 2007, adotando-se a técnica de dupla digitação, com posterior validação. A planilha validada foi importada, empregando-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

A análise univariada incluiu distribuições de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e, a bivariada permitiu a comparação da presença ou não de cada tópico, ou de seus respectivos termos rastreadores; nos diferentes cursos incluiu tabelas de contingência. Por tratar-se de estudo censitário, já que o universo de disciplinas nos cursos e universidades foram completamente descritos, não se realizou análises inferenciais.

3.1.6 Aspectos éticos

Em atendimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), protocolo CAAE: 45047015.0.00005393 (ANEXO D). Não houve a necessidade de elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que os dados coletados são de domínio público.

3.2 Revisão integrativa da literatura

Manuscrito “SILVA, A. M. B; ANDRADE, D. “O ensino das práticas de prevenção e controle da infecção na perspectiva da Segurança do Paciente: é possível integração curricular? ” (**Vide APÊNDICE A**).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

O estudo sobre o ensino da Segurança do Paciente, de acordo com os tópicos propostos pelo Guia Curricular da OMS em 2011, teve sua apresentação dos resultados em duas fases:

a) fase I - Análise documental das bases curriculares de diferentes cursos de graduação em saúde sobre Segurança do Paciente;
b) fase II - Revisão integrativa da literatura.

4.1 Fase 1 - aspectos gerais dos PPPs dos diferentes cursos de graduação em saúde participantes

O quadro 2 apresenta a descrição dos aspectos gerais dos PPPs dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia, de acordo com o ano de criação, modalidades de cursos, forma de ingresso, periodicidade, objetivos, descrição da estrutura curricular, recursos e estratégias pedagógicas.

Quadro 2 - Descrição da estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, segundo o ano de criação, modalidades de cursos, processos de seleção, objetivos, descrição da estrutura curricular, recursos e estratégias pedagógicas, 2016.

Identificação dos cursos	**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CAMPUS: USP RIBEIRÃO PRETO**			
	Enfermagem	**Fisioterapia**	**Medicina**	**Odontologia**
Modalidade oferecida	Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.	Bacharelado	Bacharelado	Bacharelado
Ano de fundação do curso	Bacharelado – 1953 Bacharelado e Licenciatura - 2006	2002	1952	1924 e incorporada a USP em 30 de dezembro de 1974.
Duração do Curso Tempo mínimo de integralização curricular Tempo máximo de integralização curricular	Bacharelado - Mínimo: quatro e máximo: seis anos Bacharelado e Licenciatura - Mínimo: cinco e máximo: sete anos e seis meses	Mínimo: cinco anos Máximo: sete anos e seis meses	Mínimo: seis anos Máximo: nove anos	Mínimo: cinco anos Máximo: sete anos e seis meses
Carga horária total	4.290 horas	4.320 horas	12.210 horas	5.550 horas
Regime Acadêmico	Semestral	Semestral	Anual	Semestral
Atos de reconhecimento e renovação do curso	Regulamentação e criação: Lei Estadual 146, de 26 de dezembro de 1951. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem - Resolução CNE/CES nº 03, de 07 de novembro de 2001. Renovação de reconhecimento: Portaria CEE/GP nº 289, de 05/08/2013. .	Regulamentação: Decreto-Lei nº 938/69, Lei nº 90.640/84 e a Lei nº 04/83, Parecer nº 622/82 do Conselho Federal de Educação. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia - Resolução CNE/CES nº 04 de 2002. Renovação de reconhecimento: Portaria CEE/GP nº 405, de 21/10/2014.	Autorização: Lei Estadual 146, de 26 de dezembro de 1951. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina - Resolução CNE/CES em 2001. Renovação de reconhecimento: Portaria CEE/GP nº 404, de 14/10/2013.	Autorização: Decreto 16. 782/A de 05 de março de 1928. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia- Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de Fevereiro de 2002. Reestruturação: Integralização do curso em 5 anos: Resolução CNE/CES n.º 2 de 18/06/07, no ano de 2008. Renovação de reconhecimento: Portaria

				CEE/GP nº 239, de 01/07/2014.
Turno de funcionamento	Bacharelado - integral Licenciatura - vespertino e noturno	Período vespertino-noturno até o quarto ano do curso e período integral no último ano.	Período integral	Período integral
Seleção e periodicidade do ingresso	Anual, organizada pela Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST).	Anual, organizada pela FUVEST.	Anual, organizada pela FUVEST.	Anual, organizada pela FUVEST.
Número total de vagas	Bacharelado - 80 vagas anuais Bacharelado e Licenciatura = 50 vagas	40 vagas anuais.	100 vagas anuais.	80 vagas anuais.
Objetivo	Desenvolver e gerenciar o processo de cuidado de Enfermagem, individual e coletivo, na perspectiva da integralidade, do raciocínio clínico e epidemiológico, nos diferentes contextos de prática profissional, em consonância com a realidade social e de saúde. Preparar o estudante para lidar com novas situações, com iniciativa, criatividade, flexibilidade e ética; Capacitar o estudante para utilizar na prática diária a busca e produção de conhecimentos tecnológicos e metodológicos na área da saúde para qualificar o cuidado de Enfermagem, uma vez que se trata de uma atividade reflexiva e investigativa, bem como atuar como agente de mudanças no sistema de saúde.	Formar um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.	Formar um profissional apto a atuar de forma competente na atenção integral à saúde dos indivíduos e da população, incluindo a resolução dos problemas mais prevalentes no sistema público vigente no país, mas que esteja também em condições de obter acesso aos programas de treinamento especializado e de iniciar formação pós-graduada para a vida acadêmica.	Formar um profissional de excelência que favoreça uma aprendizagem vivencial adequada ao exercício da profissão, no âmbito individual e coletivo, fundamentada na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.
Estrutura curricular	Disciplinas alocadas segundo referenciais teóricos (Atenção Primária à Saúde, Processo Saúde-Doença e Processo de trabalho). O	Conteúdos curriculares divididos nas diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para	Estruturado em três etapas: Ciências Biológicas; Ciências Médicas (práticas de prevenção, diagnóstico, tratamento e	Constituído por quatro eixos determinados para a compreensão do processo saúde/doença, essencial para

	estágio supervisionado está distribuído em disciplinas interdepartamentais que integram o Projeto Pedagógico, de acordo com a área de atuação (Atenção Básica e Área Hospitalar).	assegurar a formação generalista em quatro grandes áreas de conhecimento: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Sociais e Humanas, Conhecimentos Biotecnológicos, Conhecimentos fisioterapêuticos e Estágios Profissionalizantes.	reabilitação) e o Internato (estágios nas áreas gerais de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia). Estas etapas projetam o desenvolvimento de três eixos longitudinais: 1) Básica: Atenção à Saúde da Família e da Comunidade; 2) Bioética e Formação Humanística e 3) Formação Complementar e Desenvolvimento Pessoal Integral.	o bom exercício da prática odontológica. São eles: 1) Fundamentação em Ciências Biológicas; 2) Ciências Odontológicas Pré-Clínicas; 3) Ciências Odontológicas Clínicas; 4) Fundamentação Crítica, Ética, Humanística e Social.
Estratégias e recursos pedagógicos	Nas estratégias de ensino utilizadas destacam-se: o uso de inovações tecnológicas, simulação, ciclo pedagógico, portfólios, estudos de caso, entre outras.	Estratégias de ensino utilizadas: aulas expositivas e dialogadas. Para a integração entre a teoria e a prática são realizadas atividades individuais e em grupos, com a inserção do estudante no cenário de práticas. São realizados estudos e práticas presenciais ou à distância (monitorias e estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão e estudos complementares).	Estratégias de ensino utilizadas: aulas expositivas, aulas práticas em laboratórios, trabalho em pequenos grupos de estudantes. A “Sala Pró-aluno” conta com microcomputadores que são utilizados para realização de aulas práticas supervisionadas pelo docente, bem como para revisão, estudo e auto aprendizado de conteúdos de diferentes disciplinas. O curso conta ainda com um Laboratório Multidisciplinar, dispõe-se de uma sala equipada para uso de simuladores para o desenvolvimento de habilidades (treinamento de procedimentos variados, como exame ginecológico e ressuscitação cardiorrespiratória, utilizando modelos anatômicos). As salas e os anfiteatros são providos de recursos variados, incluindo sistema multimídia como instrumento didático.	Estratégias de ensino utilizadas: aulas expositivas tradicionais e expositivas dialogadas, com aulas práticas em laboratórios didáticos, laboratórios de pesquisa e em clínicas. São utilizados recursos audiovisuais, estudos de texto, estudos dirigidos, estudos do meio e seminários. Além disso, o curso oferece um Polo de Odontologia Digital Aplicado à Educação (PODAE), que foi desenvolvido com o objetivo de oferecer um instrumento auxiliar pedagógico virtual para docentes e pesquisadores.

Identificação dos cursos	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CAMPUS: USP SÃO PAULO			
	Enfermagem	**Fisioterapia**	**Medicina**	**Odontologia**
Modalidade oferecida	Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.	Bacharelado	Bacharelado	Bacharelado
Ano de fundação do curso	Bacharelado - 1942 Bacharelado e Licenciatura- 2005.	1969	1913, integrou a USP em 1934.	1924 e incorporada a USP em 1974.
Duração do Curso Tempo mínimo de integralização curricular Tempo máximo de integralização curricular	Bacharelado - Mínimo: quatro e Máximo: seis anos Bacharelado e Licenciatura - Mínimo: quatro anos e seis meses Máximo: sete anos.	Mínimo: cinco anos Máximo: sete anos e seis meses	Mínimo: seis anos Máximo: nove anos	Mínimo: cinco anos Máximo: sete anos e seis meses.
Carga horária total	4.170 horas	5.085 horas	12.210 horas	5.955 horas
Regime Acadêmico	Semestral	Semestral	Anual	Semestral
Atos de reconhecimento e renovação do curso	Criação: Decreto-Lei nº 13.040, de 31 de outubro de 1942. Autorização: Lei Federal nº 775, de 06 de agosto de 1949. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem - Resolução CNE/CES nº 03, de 07 de novembro de 2001. Renovação de reconhecimento: Portaria CEE/GP nº 289, de 05/08/2013.	Criação: Portaria USP nº 347, de 7 de abril de 1967. Autorização: Não identificado. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia - Resolução CNE/CES nº 04 de /2002. Renovação de reconhecimento: Não identificado.	Autorização: Decreto Federal MEC 4615 de 07 de dezembro de 1922. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina- Art. 37, 2014. Reestruturação curricular: 2015. Renovação de reconhecimento: Portaria CEE/GP nº 487, de 02/12/2014.	Autorização: Lei Estadual 5015, em 06 de dezembro de 1958. Funcionamento Regulamentado em 1970 pelo Decreto nº 52.595. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia - Parecer CNE/CES nº 1.300, de 06 de novembro de 2001 e a Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de Fevereiro de 2002. Renovação de reconhecimento: Não identificado.
Turno de funcionamento	Bacharelado - integral Bacharelado e Licenciatura- integral	Período integral	Período integral	Período integral e noturno

Seleção e Periodicidade do ingresso	Anual, organizada pela Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST).	Anual, organizada pela FUVEST.	Anual, organizada pela FUVEST.	Anual, organizada pela FUVEST.
Número total de vagas	Bacharelado - 80 vagas anuais Bacharelado e Licenciatura - 44 vagas	40 vagas anuais.	175 vagas anuais.	133 vagas anuais (Integral - 83 / Noturno - 50)
Objetivo	Formar enfermeiros nos níveis de graduação e pós-graduação; preparar docentes, pesquisadores e especialistas em todas as áreas da Enfermagem, visando desenvolver a profissão em âmbito local, nacional e internacional; promover, realizar e participar de estudos, pesquisas, cursos e outras atividades voltadas para a melhoria do ensino e da prática de Enfermagem, prestar serviços à coletividade, tendo em vista a transformação das condições de vida e de saúde da população.	Formar fisioterapeutas com excelência nacional e internacional e líderes para a sociedade com habilidades e competências para atuar nas áreas de assistência, educação, e pesquisa nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, contribuindo para uma melhora efetiva da qualidade de vida da população.	Formar médicos com sólida formação geral, formação básica profunda, treinamento nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), elevada formação ética e humanista, apto a exercer sua profissão com responsabilidade social e competência técnica.	Diplomar um cirurgião-dentista com formação crítica, autocrítica, humanística, ética e científica.
Estrutura curricular	O Eixo Central do currículo é o *Cuidado de Enfermagem, em seus diferentes sentidos, significados e dimensões*. A estrutura curricular está organizada em três Ciclos: *Ciclo das Necessidades, Ciclo do Cuidado* e *Ciclo da Prática Profissional*. Cada Ciclo está articulado com eixos integrativos, organizados em semestres compostos por módulos, com ênfase na teoria e prática, que possibilita ao estudante, autonomia, integração dos conhecimentos, em suas atividades práticas e o desenvolvimento integral em suas capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, com vistas à	De acordo com as Diretrizes Curriculares, as características do novo Currículo busca articular a parte básica, pré-profissionalizante e profissionalizante, por meio de sete disciplinas do primeiro ao sétimo semestre nas diferentes áreas de atuação da Fisioterapia e em crescente complexidade técnico-assistencial e de ações pedagógico-assistenciais (da observação à intervenção): "Vivência Profissional I e II, Saúde e Cidadania I e II, Vivência em Fisioterapia Ambulatorial e Hospitalar e Vivência em Fisioterapia em Atenção Primária". Na Reformulação curricular foram	A nova estrutura curricular, denominada *""core curriculum""*, que ainda está sendo implantada abrange o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários à formação acadêmica. Contempla dois ciclos: Básico-Clínico e Internato. O primeiro organizado em Unidades Curriculares, divididas em quatro grupos principais: Fundamentos da Medicina; Blocos de Órgãos e Sistemas; Unidades Transversais e Integração de Competências. Já o Internato tem duração de dois anos e é dividido em estágios de duração variável, incluindo:	É constituída de conteúdos básicos (Ciências Biológicas e da Saúde), sociais (Ciências Humanas e Sociais) e profissionalizantes (Ciências Odontológicas) que devem ser ensinados com enfoque unificador.

	aprendizagem significativa e contínua.	incluídas as disciplinas de **"**Políticas Públicas de Saúde", "Gestão em Fisioterapia" e "Práticas de Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde I", para ampliação do campo da Fisioterapia em unidades básicas de saúde.	Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Urgências e Emergência (Clínica, Cirúrgica, Cardiovascular, Neurológica, Pediátrica), Ortopedia, Dermatologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias.	
Estratégias e recursos pedagógicos	Estratégias de ensino: o ensino de Enfermagem processa-se fundamentalmente por meio de atividades presenciais, havendo utilização de estratégias de comunicação virtual em caráter complementar, exposição dialogada, resolução de problema, estudo de caso, seminário, oficina, videoconferências e *chats*.	Estratégias de ensino utilizadas: aulas expositivas e dialogadas, teóricas e práticas, com infraestrutura didática (Datashow, TV, vídeo) laboratórios de habilidades, com ambientes didáticos para o ensino de prática clínica e simulações (modelos anatômicos, recursos audiovisuais, quadros, equipamentos de avaliação e tratamento), sala de bases de informática entre outros recursos didáticos existentes, para o desenvolvimento da disciplina.	O aprendizado do conteúdo básico ocorre nas instalações (salas de aula e laboratórios) da USP - incluindo a Faculdade de Medicina e os Institutos colaboradores. Estratégias de ensino utilizadas: aulas expositivas e dialogadas, teóricas e práticas, com infraestrutura didática (Datashow, TV, vídeo) laboratórios de habilidades, com ambientes didáticos para o ensino de prática clínica e simulações (modelos anatômicos, recursos audiovisuais, quadros, equipamentos de avaliação e tratamento), sala de bases de informática entre outros recursos didáticos existentes, para o desenvolvimento da disciplina.	Estratégias de ensino: aulas formais, utilizando seminários e discussões dos casos clínicos. São realizadas atividades práticas em laboratórios didáticos, laboratórios de pesquisa e em clínicas. Sendo o trabalho clínico desenvolvido no ambulatório da faculdade com treinamento prático nas diferentes áreas da especialidade.

Identificação dos cursos	UNIVERSIDADE DE UBERLÂNDIA CAMPUS: UFU UBERLÂNDIA			
	Enfermagem	**Fisioterapia**	**Medicina**	**Odontologia**
Modalidade oferecida	Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.	Bacharelado	Bacharelado	Bacharelado
Ano de fundação do curso	1999	2009	1968	1970
Duração do Curso Tempo mínimo de integralização curricular Tempo máximo de integralização curricular	Bacharelado e Licenciatura - Mínimo: quatro anos e seis meses Máximo: sete anos e seis meses	Mínimo: cinco anos Máximo: sete anos	Mínimo: seis anos Máximo: nove anos	Mínimo: cinco anos Máximo: oito anos
Carga horária total	4.715 horas	4.260 horas	8.925 horas	4.855 horas
Regime Acadêmico	Semestral	Semestral	Semestral	Semestral
Atos de reconhecimento e renovação do curso	Criação e Reconhecimento: Decreto nº 74.363, de 06 de agosto de 1974. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem - Resolução CNE/CES nº 1.133/2001) e (Resolução nº 3/2005 do Conselho Universitário). Renovação de reconhecimento: Portaria CEE/GP nº 1410, de 19/05/2004.	Criação: Lei 9394/96 e o Parecer CNE/CES 1210/2001. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia - Resolução CNE/CES n°. 04/2002, Parecer CNE/CES 1210/2001 e Resolução UFU/CONGRAD 2/2004. Renovação de reconhecimento: Não identificado.	Autorização: Decreto nº 2.261 do Conselho Federal de Educação de 08/02/1968 - DOU e14/02/1968. Reconhecimento do curso Decreto nº 74.363 do Conselho Federal de Educação de 06/08/1974 - DOU de 08/08/1974 Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina- Resolução CNE/CES n°. 04, de 07 de novembro de 2001. Renovação de reconhecimento: Portaria no 775/MEC/SESu de 07/11/2008 – DOU de 10/11/2008.	Criação: Lei nº 4.257, de 27 de setembro de 1968 e funcionamento pelo Decreto nº 66.610. Fundamentação curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia - Resolução CNE/CES, 03 de 19 de fevereiro de 2002. Renovação reconhecimento: Não identificado.

Turno de funcionamento	Integral	Integral	Integral	Semestral
Seleção e Periodicidade do ingresso	Semestral, mediante aprovação no vestibular e notas obtidas pelos candidatos nas provas do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) por meio do Sistema de Seleção Unificada (SISU) do Ministério da Educação (MEC).	Semestral, mediante aprovação no vestibular e notas obtidas pelos candidatos nas provas do ENEM, por meio do SISU do MEC.	Semestral, mediante aprovação no vestibular e notas obtidas pelos candidatos nas provas do ENEM, por meio do SISU do MEC.	Semestral, mediante aprovação no vestibular e notas obtidas pelos candidatos nas provas do ENEM, por meio do SISU do MEC.
Número total de vagas oferecidas	Bacharelado e Licenciatura - 40 vagas anuais.	60 vagas anuais, 30 por semestre.	80 vagas anuais, 40 por semestre.	40 vagas anuais.
Objetivo	Formar enfermeiros e licenciados em Enfermagem, com perfil generalista, visão humanista, reflexiva e crítica, qualificado para o exercício da enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos, capazes de atuar nos diversos cenários de prática da Enfermagem nas áreas de Saúde Coletiva, Hospitalar e Docência, respeitando a complexidade e a diversidade do ser humano.	Capacitar o aluno para o exercício futuro de sua profissão, pautado em competências e habilidades gerais de atenção à saúde, favorecendo a tomada de decisões, a comunicação, liderança, administração/gerenciamento e educação permanente. Além disso, preparar o aluno para ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação (individual e coletiva), valorizando a qualidade das ações, os princípios éticos e a responsabilidade profissional.	Formação integral de um profissional generalista e humanista, capacitado a atuar de acordo com os princípios éticos, compromisso e responsabilidade social que regem sua profissão, com ações de intervenção no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência.	Formação integral de um profissional de saúde com conhecimentos e habilidades para a prática profissional de Cirurgião Dentista Clínico-Geral tecnicamente capaz de promover a saúde e solucionar os problemas odontológicos mais prevalentes, com perfil crítico e reflexivo, educativo, preventivo e reabilitador.
Estrutura curricular	A Estrutura Curricular contempla as seguintes áreas: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem. Os componentes curriculares estão organizados em três núcleos de formação, interligados: Núcleo de formação específica (componentes curriculares); Núcleo de formação específica (estágio curricular supervisionado) e Núcleo de formação pedagógica (componentes curriculares e práticas pedagógicas), a fim de	Referente à organização curricular, os conteúdos essenciais estão relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado a realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fisioterapia. Os conteúdos são organizados em módulos e eixos de formação, os eixos são: o Ser Humano em sua dimensão biológica; o Ser Humano e sua inserção social; Fundamentos para o trabalho em saúde	Os componentes da estrutura curricular são apresentados em eixos: Eixo 1: Atividades profissionais de saúde individual e coletiva (APSIC); Eixo 2: Atividades discursivas e de práticas laboratoriais (ADPL); Eixo 3: Atividades sensoriais, reflexivas e formativas (ASRF); Eixo 4:	Os conteúdos são contemplados por área de conhecimento: Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais; Ciências Odontológicas; Competências Gerais e Específicas (Estágios Supervisionados e Trabalho de Conclusão de Curso) e Disciplinas Optativas. Tais conteúdos são discutidos de forma integrada nas Unidades

	proporcionar aprendizado contínuo, por meio da reflexão e problematização da realidade, da interdisciplinaridade e das competências profissionais necessárias à formação.	e Conhecimentos específicos em Fisioterapia, a fim de orientar o trabalho pedagógico no processo de formação profissional.	Atividades complementares e de apoio (ACA) e disciplinas optativas; Estágio supervisionado em regime de internato e o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), considerado componente curricular obrigatório aos estudantes.	de Ensino a fim de facilitar o entendimento, contribuindo para o aprendizado.
Estratégias e recursos pedagógicos	Os procedimentos metodológicos e recursos de ensino mais utilizados em sala de aula, são: aulas expositivas dialogadas, com participação ativa dos alunos; aulas em sala ambiente e laboratórios e instituições; dinâmicas em grupo que promovem a interação; atividade prática em campo de estágio; trabalhos orientados e em grupos, estudos de casos, relatórios e seminários e pesquisas bibliográficas.	Os procedimentos metodológicos e recursos de ensino mais utilizados são: aulas expositivas e dialogadas; aulas práticas em laboratórios e/ou cenário de aprendizagem real ou simulado, produções individuais ou em grupo; trabalhos de pesquisa; seminários; relatos de casos clínicos, estudos dirigidos e portfólio.	O ensino atual do curso é centrado no professor, realizado por meio de aulas expositivas e por aulas práticas em laboratórios de práticas. São utilizadas metodologias pedagógicas participativas, interativas e construtivas. Os cenários de aprendizagem incluem a participação de pacientes reais, casos médicos ou pacientes simulados.	Estratégias de ensino: aulas formais, expositivas e dialogadas, utilizando seminários e metodologias da problematização. São realizadas atividades práticas em laboratórios didáticos e estágios supervisionados extramuros.

Fontes: Universidade de São Paulo (2014; 2010i; 2012b;2015d). Universidade de São Paulo (2015a; 2012a; 2015b; 2015c). Universidade Federal de Uberlândia (2010; 2012c; 2007c; c2009b).

4.2 Disciplinas obrigatórias e optativas dos quatro cursos de graduação em saúde

Na tabela 1 tem-se a distribuição das disciplinas obrigatórias e optativas, nos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia.

Tabela 1 - Disciplinas obrigatórias e optativas nos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Instituições/Cursos	**Disciplinas**				**Total**	
	Obrigatórias		**Optativas**			
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
USP Ribeirão Preto						
Enfermagem	52	80,0	13	20,0	65	13,5
Fisioterapia	64	85,3	11	14,7	75	15,6
Medicina	80	32,8	164	67,2	244	51,0
Odontologia	80	83,3	16	16,7	96	20,0
Total	**276**	**57,5**	**204**	**42,5**	**480**	**100**
USP São Paulo						
Enfermagem	41	47,7	45	52,3	86	15,4
Fisioterapia	77	72,6	29	27,3	106	19,0
Medicina	102	35,3	187	64,7	289	51,7
Odontologia	61	78,2	17	21,8	78	13,9
Total	**281**	**50,3**	**278**	**49,7**	**559**	**100**
UFU Uberlândia						
Enfermagem	62	89,9	07	10,1	69	27,7
Fisioterapia	55	88,7	07	11,3	62	24,9
Medicina	37	71,2	15	28,8	52	20,9
Odontologia	62	93,9	04	6,1	66	26,5
Total	**216**	**86,7**	**33**	**13,3**	**249**	**100**
TOTAL GERAL	**773**	**60,0**	**515**	**40,0**	**1288**	**100**

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

4.3 Frequências dos tópicos do Guia Curricular recomendados pela OMS em 2011 sobre Segurança do Paciente no ensino de graduação em saúde

As tabelas 2 a 5 apresentam a distribuição de frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos do Guia Curricular recomendado pela OMS de 2011, sobre Segurança do Paciente, identificados nos ementários e programas das disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia.

Destaca-se que na tabela 5, realizou-se uma compilação desses resultados.

Tabela 2 - Frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos do Guia Curricular recomendado pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, 2016.

Tópicos do Guia Curricular da OMS	Enfermagem (n=65)		Fisioterapia (n=75)		Medicina (n=244)		Odontologia (n=96)		Total (n=480)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- O que é a Segurança do Paciente	5	7,7	1	1,3	2	0,8	2	2,1	10	2,1
2- Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente	6	9,2	3	4,0	2	0,8	2	2,1	13	2,7
3- Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente	8	12,3	4	5,3	6	2,5	0	0,0	18	3,8
4- Ser um participante de uma equipe eficaz	28	43,1	4	5,3	8	3,3	3	3,1	43	9,0
5- Aprendendo com os erros para evitar danos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Compreensão e gestão de riscos clínicos	11	16,9	1	1,3	11	4,5	2	2,1	25	5,2
7- Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência	5	7,7	2	2,7	2	0,8	0	0,0	9	1,9
8- Interação com pacientes e cuidadores	30	46,2	5	6,7	12	4,9	3	3,1	50	10,4
9- Prevenção e controle da infecção	15	23,1	3	4,0	14	5,7	3	3,1	35	7,3
10- Segurança do Paciente e procedimentos invasivos	8	12,3	1	1,3	6	2,5	1	1,0	16	3,3
11- Melhora na segurança da medicação	13	20,0	1	1,3	9	3,7	3	3,1	26	5,4

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

Tabela 3 - Frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos do Guia Curricular recomendado pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/São Paulo, 2016.

Tópicos do Guia Curricular da OMS	Enfermagem (n=86)		Fisioterapia (n=106)		Medicina (n=289)		Odontologia (n=78)		Total (n=559)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- O que é a Segurança do Paciente	4	4,7	1	0,9	3	1,0	0	0,0	8	1,4
2- Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente	3	3,5	2	1,9	1	0,3	2	2,6	8	1,4
3- Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente	0	0,0	5	4,7	4	1,4	2	2,6	11	2,0
4- Ser um participante de uma equipe eficaz	9	10,5	12	11,3	14	3,8	3	3,8	35	6,3
5- Aprendendo com os erros para evitar danos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Compreensão e gestão de riscos clínicos	3	3,5	1	0,9	4	1,4	2	2,6	10	1,8
7- Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência	0	0,0	3	2,8	2	0,7	0	0,0	5	0,9
8- Interação com pacientes e cuidadores	11	12,8	7	6,6	33	11,4	4	5,1	55	9,8
9- Prevenção e controle da infecção	6	7,0	1	0,9	10	3,5	6	7,7	23	4,1
10- Segurança do Paciente e procedimentos invasivos	3	3,5	1	0,9	12	4,2	2	2,6	18	3,2
11- Melhora na segurança da medicação	2	2,3	1	0,9	7	2,4	6	7,7	16	2,9

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos do Guia Curricular recomendado pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da UFU/Uberlândia, 2016.

Tópicos do Guia Curricular da OMS	Enfermagem (n=69)		Fisioterapia (n=62)		Medicina (n=52)		Odontologia (n=66)		Total (n=249)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- O que é a Segurança do Paciente	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
2- Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente	3	4,3	2	3,2	5	9,6	4	6,1	14	5,6
3- Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente	3	4,3	5	8,1	1	1,9	4	6,1	13	5,2
4- Ser um participante de uma equipe eficaz	9	13,0	7	11,3	8	15,4	2	3,0	26	10,4
5- Aprendendo com os erros para evitar danos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Compreensão e gestão de riscos clínicos	4	5,8	0	0,0	4	7,7	0	0,0	8	3,2
7- Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência	1	1,4	2	3,2	1	1,9	1	1,5	5	2,0
8- Interação com pacientes e cuidadores	8	11,6	3	4,8	18	34,6	7	10,6	36	14,5
9- Prevenção e controle da infecção	6	8,7	4	6,5	11	21,2	2	3,0	23	9,2
10- Segurança do Paciente e procedimentos invasivos	6	8,7	1	1,6	5	9,6	1	1,5	13	5,2
11- Melhora na segurança da medicação	4	5,8	1	1,6	10	19,2	2	3,0	17	6,8

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

Tabela 5 - Frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos do Guia Curricular recomendado pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Tópicos do Guia Curricular da OMS	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- O que é a Segurança do Paciente	11	5,0	2	0,8	5	0,9	2	0,8	20	1,6
2- Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente	12	5,5	7	2,9	8	1,4	8	1,4	35	2,7
3- Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente	11	5,0	14	5,8	11	1,9	6	2,5	42	3,3
4- Ser um participante de uma equipe eficaz	46	20,9	23	9,5	27	4,6	8	3,3	104	8,1
5- Aprendendo com os erros para evitar danos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Compreensão e gestão de riscos clínicos	18	8,2	2	0,8	19	3,2	4	1,7	43	3,3
7- Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência	6	2,7	7	2,9	5	0,9	1	0,4	19	1,5
8- Interação com pacientes e cuidadores	49	22,3	15	6,2	63	10,8	14	5,8	141	11,0
9- Prevenção e controle da infecção	27	12,3	8	3,3	35	6,0	11	4,6	81	6,3
10- Segurança do Paciente e procedimentos invasivos	17	7,7	3	1,2	23	3,9	4	1,7	47	3,6
11- Melhora na segurança da medicação	19	8,6	3	1,2	26	4,4	11	4,6	59	4,6

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 2, observou-se que os tópicos mais frequentes, segundo os termos rastreadores foram: “Interação com pacientes e cuidadores” presentes em 50 (10,4%) disciplinas, seguidos pelos tópicos “Ser um participante de uma equipe eficaz” citados em 43 (9,0%) e “Prevenção e controle da infecção” identificado em 35 (7,3%) das disciplinas analisadas. Verifica-se que os tópicos: “Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente” e “Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência” não foram identificados no curso de graduação em Odontologia. Na USP/São Paulo, na tabela 3, também observou-se algumas semelhanças com a USP/Ribeirão Preto. Sendo que os tópicos mais frequentes foram: “Interação com pacientes e cuidadores” identificados em 55 (9,8%) disciplinas; “Ser um participante de uma equipe eficaz” em 35 (6,3%) disciplinas e o tópico “Prevenção e controle da infecção” presentes em 23 (4,1%) disciplinas.

No entanto, verificou-se que os tópicos “Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente” e “Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência” não foram identificados, no curso de graduação em Enfermagem. E, no curso de Odontologia, o tópico “O que é a Segurança do Paciente?”, também não foi identificado nas disciplinas.

Na UFU/Uberlândia, na tabela 4, observou-se que os tópicos mais frequentes também apresentaram semelhanças com a USP (Ribeirão Preto e São Paulo), sendo que o tópico “Interação com pacientes e cuidadores” estiveram presentes em 36 (14,5%) disciplinas; o tópico “Ser um participante de uma equipe eficaz” em 26 (10,4%) disciplinas e o tópico “Prevenção e controle da infecção” em 23 (9,2%) das disciplinas. É importante destacar que o tópico “Aprendendo com os erros para evitar danos” não foi identificado em nenhuma das disciplinas analisadas.

4.4 Tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde

As tabelas de 6 a 16 apresentam os tópicos e os termos rastreadores contidos nos 11 tópicos recomendados pela OMS em 2011, sobre a Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde na USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia.

Tabela 6 - Frequências absolutas e relativas dos 14 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 1*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- Visão geral do que é segurança - conceitos e definições	2	0,9	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,2
2- Teoria de sistemas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3- História da Segurança do Paciente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4- Evento adverso	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,2
5- Erros de saúde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Falhas no sistema	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7- Diferença entre falhas, violação e erro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8- Custos humanos e econômicos associados a EA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9- Causas dos erros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,1
10- Modelo do queijo suíço	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11- Cultura de culpa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12- Cultura de segurança	7	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,5
13- Modelos de segurança	3	1,4	0	0,0	1	0,2	2	0,8	6	0,5
14- Cuidado centrado no paciente	1	0,5	1	0,4	4	0,7	0	0,0	6	0,5

*O que é a segurança do paciente? **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 6, observou-se que o termo mais frequente foi “Cultura de segurança” presente e, ainda que dos 14 termos rastreadores, oito (57,1%) não foram identificados em nenhuma das disciplinas vinculadas aos quatro cursos de graduação em saúde.

Tabela 7 - Frequências absolutas e relativas dos nove termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 2*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- Conceitos de falibilidade humana e perfeição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2- Sistemas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3- Ergonomia	3	1,4	5	2,1	1	0,2	7	2,9	16	1,2
4- Fatores humanos	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
5- Ambiente de trabalho e seus “ruídos”	5	2,3	0	0,0	0	0,0	1	0,4	6	0,5
6- Fadiga e estresse no desempenho profissional	2	0,9	1	0,4	1	0,2	3	1,2	7	0,5
7- Relação homem-máquina e a segurança no uso dos equipamentos	0	0,0	3	1,2	0	0,0	0	0,0	3	0,2
8- Estratégias de comunicação no ambiente de trabalho	6	2,7	0	0,0	6	1,0	0	0,0	12	0,9
9- Redesenho de processo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a segurança do paciente. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 7 tem-se os nove termos rastreadores do tópico “Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente”, observou que os termos mais frequentes foram: “Ergonomia” presentes em 16 (1,2%) disciplinas; seguido pelo termo “Estratégias de comunicação no ambiente de trabalho” identificado em 12 (0,9%) disciplinas e “Fadiga e estresse no desempenho profissional” identificado sete (0,5%) disciplinas. No entanto, observou-se também que três (33,3%) termos não foram identificados em nenhuma das disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde.

Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas dos dez termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 3*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- Conceitos e definição de sistemas e sistemas complexos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2- Sistema de saúde	1	0,5	5	2,1	5	0,9	3	1,2	14	1,1
3- Estrutura organizacional	1	0,5	1	0,4	3	0,5	0	0,0	5	0,4
4- Processos de trabalho	8	3,6	0	0,0	3	0,5	0	0,0	11	0,9
5- Falhas no sistema e mecanismos para investigação dos fatores	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Defesas e barreiras nos sistemas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7- Compreensão e gestão do risco clínico	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
8- Autoridade com responsabilidade	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
9- Interdisciplinaridade	3	1,4	8	3,3	1	0,2	4	1,7	16	1,2
10- Organizações de alta confiabilidade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 8, observou-se que os termos mais frequentes foram: “Interdisciplinaridade” em 16 (1,2%) disciplinas, seguidos de “Sistema de saúde” em 14 (1,1%) disciplinas e “Processo de trabalho” identificados em 11 (0,9%) disciplinas. Ainda, evidenciou-se quatro (40,0%) dos dez termos não foram identificados em nenhuma das disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde.

Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas dos 11 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

	Enfermagem		**Fisioterapia**		**Medicina**		**Odontologia**		**Total**	
	(n=220)		**(n=243)**		**(n=585)**		**(n=240)**		**(n=1288)**	
Termos rastreadores (Tópico 4*)	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
1- O que é equipe?	2	0,9	4	1,6	3	0,5	0	0,0	9	0,7
2- Os diferentes tipos de equipes encontradas na atenção à saúde	3	1,4	4	1,6	1	0,2	2	0,8	10	0,8
3- Valores, papéis e responsabilidades	24	10,9	16	6,6	17	2,9	2	0,8	59	4,6
4- Estilos de aprendizagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5- Habilidades auditivas	0	0,0	2	0,8	1	0,2	0	0,0	3	0,2
6- Coordenação de equipes	9	4,1	5	2,1	5	0,9	0	0,0	19	1,5
7- Liderança eficaz	12	5,5	3	1,2	5	0,9	0	0,0	20	1,6
8- Características de equipes de sucesso	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9- Comunicação eficaz e ferramentas de comunicação	20	9,1	4	1,6	6	1,0	4	1,7	34	2,6
10- Resolução de conflitos	7	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,5
11- Avaliação do desempenho do trabalho em equipe	5	2,3	2	0,8	1	0,2	0	0,0	8	0,6

*Ser um participante de uma equipe eficaz. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 9, observou-se que os termos mais frequentes foram: “Valores, papéis e responsabilidades” presentes em 59 (4,6%) disciplinas e “Comunicação eficaz e ferramentas de comunicação” em 34 (2,6%) disciplinas. Verificou-se que dois (18,1%) termos não foram identificados em nenhuma disciplina dos quatro cursos de graduação em saúde.

A seguir, a tabela 10 apresenta os nove termos rastreadores do tópico “Aprendendo com os erros para evitar danos”, destaca-se que este tópico não apresentou registros de frequência de termos rastreadores em nenhuma das disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde, como já mencionado em tabelas anteriores.

Tabela 10 - Frequências absolutas e relativas dos nove termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 5*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- Erros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2- Principais tipos de erros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3- Violação, erro, quase erro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4- Situações que aumentam os riscos de erro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5- Fatores individuais que predispõe ao erro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Como aprender com os erros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7- Relatórios de incidentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8- Análise de evento adverso	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9- Estratégias para redução de erros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*Aprendendo com os erros para evitar danos. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Tabela 11 - Frequências absolutas e relativas dos 15 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 6*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- Gestão de risco-definições	4	1,8	0	0,0	7	1,2	1	0,4	12	0,9
2- Como entender e gerenciar riscos clínicos	6	2,7	0	0,0	10	1,7	2	0,8	18	1,4
3- Notificação de quase erros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4- Relatórios de erros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5- Monitoramento clínico	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
6- Programas de treinamento para avaliar riscos clínicos	0	0,0	0	0,0	4	0,7	1	0,4	5	0,4
7- Notificação e monitoramento de incidentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8- Tipos de incidentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9- Eventos Sentinela	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10- Comunicação de riscos e perigos no local de trabalho	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	2	0,2
11- Organização e ambiente de trabalho	11	5,0	1	0,4	3	0,5	2	0,8	17	1,3
12- Credenciamento, licenciamento e acreditação	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13- Responsabilidades profissional e individual na gestão de riscos	2	0,9	0	0,0	2	0,3	0	0,0	4	0,3
14- Fadiga e estresse	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
15- Comunicação e má comunicação	2	0,9	1	0,4	4	0,7	1	0,4	8	0,6

*Compreensão e gestão de riscos clínicos. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 11, observou-se que os termos mais frequentes foram: “Como entender e gerenciar riscos clínicos” identificados em 18 (1,4%) disciplinas, seguidos pelo termo “Organização e ambiente de trabalho” identificados em 17 (1,3%) de disciplinas. Destaca que que seis (40,0%) dos termos não foram identificados em nenhuma das disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde.

Tabela 12 - Frequências absolutas e relativas dos 15 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 7*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- Teoria do conhecimento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2- Conceitos básicos de mudança	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3- Conceitos de Deming	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4- Sistema de gestão com foco na melhoria dos processos	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,2
5- Melhoria contínua	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Ciclo PDSA/PDCA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7- Ferramentas de qualidade: fluxograma, diagrama de Ishikawa, gráfico de Pareto e histograma	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
8- Indicadores	6	2,7	6	2,5	3	0,5	1	0,4	16	1,2
9- Variação, métodos para a melhoria da qualidade	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
10- Medidas de resultado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11- Medidas de processo	1	0,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,2
12- Medidas de compensação	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13- Melhoria de prática clínica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14- Análise causa raiz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15- Análise dos modos e efeitos de falha	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 12, observou-se que o termo mais frequente foi: “Indicadores” identificado em 16 (1,2%) disciplinas. Em contrapartida, dez (67,0%) destes termos não foram identificados em nenhuma das disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde.

Tabela 13 - Frequências absolutas e relativas dos 16 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 8*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- A voz do consumidor	0	0,0	0	0,0	16	2,7	0	0,0	16	1,2
2- Direitos do paciente	6	2,7	2	0,8	18	3,1	2	0,8	28	2,2
3- Legislações de proteção do consumidor e direitos dos usuários do sistema de saúde	2	0,9	0	0,0	1	0,2	1	0,4	4	0,3
4- Reclamações	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5- Medo	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
6- Educação	20	9,1	7	2,9	9	1,5	6	2,5	42	3,3
7- Princípios da boa comunicação	22	10,0	2	0,8	28	4,8	3	1,2	55	4,3
8- Ferramentas de comunicação: SPIKE, SEGUE, SPEAK UP	1	0,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,2
9- Consentimento informado	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
10- Respeito às diferenças de cada paciente, às crenças religiosas, culturais e pessoais, e às necessidades individuais	9	4,1	5	2,1	14	2,4	6	2,5	34	2,6
11- Privacidade e autonomia do paciente	3	1,4	0	0,0	2	0,3	1	0,4	6	0,5
12- Responsabilidade e família	10	4,5	4	1,6	12	2,1	0	0,0	26	2,0
13- Formas de envolver os pacientes e profissionais nas decisões de saúde	6	2,7	5	2,1	5	0,9	1	0,4	17	1,3
14- Pedido de desculpas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15- Processo de revelação aberta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16- Implicações legais do erro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*Interação com pacientes e cuidadores. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 13, observou-se que os termos mais frequentes foram: “Princípios da boa comunicação” presentes em 55 (4,3%) disciplinas, seguidos pelo termo “Educação” em 42 (3,3%) disciplinas e “Respeito às diferenças de cada paciente, às crenças religiosas, culturais e pessoais, e às necessidades individuais” identificados em 34 (2,6%) disciplinas. Observou-se se quanto à distribuição destes termos, que quadro (25,0%) não foram identificados em nenhuma das disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde.

Tabela 14 - Frequências absolutas e relativas dos 20 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 9*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- Infecção associada a cuidados de saúde	7	3,2	1	0,4	9	1,5	0	0,0	17	1,3
2- Precauções para prevenir e controlar as infecções	11	5,0	2	0,8	10	1,7	3	1,2	26	2,0
3- Infecções na comunidade	2	0,9	0	0,0	9	1,5	0	0,0	11	0,9
4- Transmissão e transmissão cruzada	8	3,6	0	0,0	0	0,0	1	0,4	9	0,7
5- Alertas de epidemias e pandemias	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
6- Tipos de transmissão	6	2,7	0	0,0	2	0,3	0	0,0	8	0,6
7- Riscos de infecção	8	3,6	0	0,0	5	0,9	3	1,2	16	1,2
8- Técnicas de assepsia	9	4,1	0	0,0	7	1,2	3	1,2	19	1,5
9- Asséptica	8	3,6	0	0,0	6	1,0	3	1,2	17	1,3
10- Precauções padrão	13	5,9	2	0,8	3	0,5	2	0,8	20	1,6
11- Custo econômico associado a infecção	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	2	0,2
12- Equipamentos de proteção individual	7	3,2	0	0,0	4	0,7	2	0,8	13	1,0
13- Métodos de esterilização e desinfecção de instrumentos e equipamentos	11	5,0	3	1,2	7’	1,2	5	2,5	27	2,1
14- Organismos multirresistentes	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
15- Resistência antimicrobiana	3	1,4	1	0,4	4	0,7	3	1,2	11	0,9
16- Recomendações sobre uso único de dispositivos	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
17- Lavagem de mãos	14	6,4	0	0,0	5	0,9	0	0,0	19	1,5
18- Guidelines: para uso de luvas, isolamento do *Centers For Disease Control and Prevention*	8	3,6	0	0,0	1	0,2	3	1,2	12	0,9
19- Imunizações, vacinas	6	2,7	3	1,2	9	1,5	1	0,4	19	1,5
20- Programa da Organização Mundial da Saúde: *Clean Care is Safe Care*; campanhas para higienização de mãos, controle do uso de antimicrobianos	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,4	2	0,2

*Prevenção e controle da infecção. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 14, observou-se que os termos mais frequentes foram: “Métodos de esterilização e desinfecção de instrumentos e equipamentos” identificados em 27 (2,1%) disciplinas, seguidos pelo termo “Precauções para prevenir e controlar as infecções” verificados em 26 (2,0%) disciplinas e “Precauções padrão” em 20 (1,6%) disciplinas. Destaca-se que os termos “Alertas de epidemias e pandemias”; “Organismos multirresistentes” e “Recomendações sobre uso único de dispositivos” apresentaram baixa frequência nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde.

Tabela 15 - Frequências absolutas e relativas dos 13 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 10*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- EA associados aos procedimentos cirúrgicos e a outros procedimentos invasivos	2	0,9	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,2
2- Complicações no sítio cirúrgico	1	0,5	0	0,0	3	0,5	0	0,0	4	0,3
3- Infecção em sítio cirúrgico	4	1,8	1	0,4	4	0,7	0	0,0	9	0,7
4- Controle de infecção no cuidado cirúrgico	4	1,8	0	0,0	3	0,5	0	0,0	7	0,5
5- Fatores preexistentes para a ocorrência de erros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Falhas de comunicação entre equipes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7- Processos de verificação	2	0,9	0	0,0	2	0,3	0	0,0	4	0,3
8- Trabalho em equipe	11	5,0	2	0,8	15	2,6	1	0,4	29	2,3
9- Agravos cirúrgicos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10- Paramentação cirúrgica	3	1,4	0	0,0	3	0,5	3	1,2	9	0,7
11- Lateralidade	1	0,5	1	0,4	1	0,2	0	0,0	3	0,2
12- Práticas que reduzem riscos, como *time-out*, *briefing*, *debrifiengs*, assertividade, sistemas de transmissão de informações	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
13- Gerenciamento do paciente em sala operatória	5	2,3	0	0,0	3	0,5	0	0,0	8	0,6

*Segurança do paciente e procedimentos invasivos. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

Na tabela 15, observou-se que os termos mais frequentes foram: “Trabalho em equipe” identificados em 29 (2,3%) disciplinas, seguido dos termos “Infecção em sítio cirúrgico” e “Paramentação cirúrgica”, ambos presentes em nove (0,7%) disciplinas. Observou-se quanto à distribuição destes 13 termos, que três (23,0%) não foram identificados em nenhuma das disciplinas dos cursos de graduação em saúde analisados.

Tabela 16 - Frequências absolutas e relativas dos 21 termos rastreadores identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Termos rastreadores (Tópico 11*)	Enfermagem (n=220)		Fisioterapia (n=243)		Medicina (n=585)		Odontologia (n=240)		Total (n=1288)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1- Sistema de medição e processo de prescrição, distribuição e administração	8	3,6	3	1,2	13	2,2	4	1,7	28	2,2
2- Fármacos	8	3,6	3	1,2	9	1,5	4	1,7	24	1,9
3- Controle de uso de antimicrobianos	1	0,5	1	0,4	3	0,5	2	0,8	7	0,5
4- Regulamentação dos medicamentos	0	0,0	0	0,0	2	0,3	2	0,8	4	0,3
5- Acesso do usuário aos medicamentos	3	1,4	0	0,0	5	0,9	0	0,0	8	0,6
6- Sistema de notificação de EA	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
7- Efeito colateral	3	1,4	0	0,0	3	0,5	3	1,2	9	0,7
8- Reação adversa ao medicamento	3	1,4	0	0,0	7	1,2	1	0,4	11	0,9
9- Potencial e real interação droga-droga e droga-alimento	5	2,3	1	0,4	3	0,5	1	0,4	10	0,8
10- Erros de medicação e seus tipos	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
11- Consequências ao paciente	2	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	3	0,2
12- Fontes de erros e prevenção	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
13- Monitoramento do paciente e avaliação de parâmetros clínicos	1	0,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,2
14- Prescrição	4	1,8	0	0,0	8	1,4	7	2,9	19	1,5
15- Administração	13	5,9	2	0,8	4	0,7	4	1,7	23	1,8
16- Os cinco certos no sistema de medicação	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
17- Processo de comunicação seguro entre as equipes para minimizar os erros	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
18- Uso da tecnologia para minimizar os erros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19- Fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais que predispõem à vulnerabilidade do paciente em uso de medicamentos	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
20- Conciliação medicamentosa	2	0,9	0	0,0	3	0,5	0	0,0	5	0,4
21- Medicamentos de alta-vigilância (potencialmente perigosos ou de alto risco)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*Melhora na segurança da medicação. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2016).

A tabela 16, mostrou que os termos mais frequentes foram: “Sistemas de medicação e processo de prescrição, distribuição e administração” identificados em 28 (2,2%) disciplinas, seguidos pelo termo “Fármacos” em 24 (1,9%) disciplinas e “Administração” verificados em 23 (1,8%) disciplinas. Observa-se quanto à distribuição destes termos, que dois (9,5%) não foram identificados em nenhuma das disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde analisadas.

4.5 Frequência do número de vezes em que os tópicos e seus respectivos termos rastreadores foram identificados nas disciplinas dos quatro cursos graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia.

As tabelas de 17 a 19 apresentam a sinopse da frequência do número de vezes em que os tópicos e seus respectivos termos rastreadores foram identificados nas disciplinas dos quatro cursos graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia.

Tabela 17 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, 2016.

Quantidade de Termos	**Tópico 1**		**Tópico 2**		**Tópico 3**		**Tópico 4**		**Tópico 5**		**Tópico 6**		**Tópico 7**		**Tópico 8**		**Tópico 9**		**Tópico 10**		**Tópico 11**	
	14 Termos		9 Termos		10 Termos		11 Termos		9 Termos		15 Termos		15 Termos		16 Termos		20 Termos		13 Termos		21 Termos	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Nenhum	470	97,9	467	97,3	462	96,2	437	91,0	480	100	455	94,8	471	98,1	430	89,6	445	92,7	464	96,7	454	94,6
Um	8	1,7	8	1,7	1	2,9	23	4,8			16	3,3	8	1,7	31	6,5	11	2,3	13	2,7	12	2,5
Dois	1	0,2	3	0,6	4	0,8	12	2,5			6	1,2	1	0,2	9	1,9	4	0,8	1	0,2	5	1,0
Três	1	0,2	2	0,4			5	1,0			2	0,4			7	1,5	6	1,2			1	0,2
Quatro											1	0,2			1	0,2	3	0,6	1	0,2	2	0,4
Cinco							2	0,4							1	0,2	2	0,4			2	0,4
Seis							1	0,2							1	0,2	2	0,4			3	0,6
Sete																	2	0,4			1	0,2
Oito																	2	0,4	1	0,2		
Nove																	1	0,9				
Dez																	1	0,2				
Onze																	1	0,2				

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

Tabela 18 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/São Paulo, 2016.

Quantidade de Termos	**Tópico 1**		**Tópico 2**		**Tópico 3**		**Tópico 4**		**Tópico 5**		**Tópico 6**		**Tópico 7**		**Tópico 8**		**Tópico 9**		**Tópico 10**		**Tópico 11**	
	14 Termos		9 Termos		10 Termos		11 Termos		9 Termos		15 Termos		15 Termos		16 Termos		20 Termos		13 Termos		21 Termos	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Nenhum	551	98,6	551	98,6	548	98,0	524	93,7	559	100	549	98,2	554	99,1	504	90,2	536	95,9	541	96,8	543	97,1
Um	6	1,1	7	1,3	9	1,6	24	4,3			7	1,3	5	0,9	24	4,3	10	1,8	14	2,5	5	0,9
Dois	2	0,4	1	0,2	2	0,4	5	0,9			1	0,2			25	4,5	6	1,1	3	0,5	2	0,4
Três							3	0,5			1	0,2			1	0,2	1	0,2			5	0,9
Quatro							3	0,5			1	0,2			3	0,5	4	0,7				
Cinco															1	0,2	2	0,4	1	0,2	2	0,4
Seis																					1	0,2
Sete															1	0,2						
Oito																					1	0,2

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

Tabela 19 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos quatro cursos de graduação em saúde da UFU/Uberlândia, 2016.

Quantidade de Termos	**Tópico 1**		**Tópico 2**		**Tópico 3**		**Tópico 4**		**Tópico 5**		**Tópico 6**		**Tópico 7**		**Tópico 8**		**Tópico 9**		**Tópico 10**		**Tópico 11**	
	14 Termos		9 Termos		10 Termos		11 Termos		9 Termos		15 Termos		15 Termos		16 Termos		20 Termos		13 Termos		21 Termos	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Nenhum	247	99,2	235	94,4	236	94,8	223	89,6	249	100	241	96,8	244	98,0	213	85,5	226	90,8	236	94,8	232	93,2
Um	2	0,8	12	4,8	13	5,2	21	8,4			4	1,6	4	1,6	30	12,0	10	4,0	6	2,4	8	3,2
Dois			2	0,8			3	1,2			2	0,8			2	0,8	6	2,4	3	1,2	3	1,2
Três											2	0,8	1	0,4	4	1,6			3	1,2		
Quatro							1	0,4											1	0,4	3	1,2
Cinco							1	0,4									2	0,8			1	0,4
Seis																	3	1,2			1	0,4
Sete																					1	0,4
Oito																						
Nove																	1	0,4				
Dez																	1	0,4				

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

A seguir, nas tabelas de 20 a 23, tem-se a sinopse do número de vezes em que os tópicos e seus respectivos termos rastreadores foram identificados nas disciplinas, segundo os cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia.

Tabela 20 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos cursos de graduação em Enfermagem da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Quantidade de Termos	**Tópico 1**		**Tópico 2**		**Tópico 3**		**Tópico 4**		**Tópico 5**		**Tópico 6**		**Tópico 7**		**Tópico 8**		**Tópico 9**		**Tópico 10**		**Tópico 11**	
	14 Termos		9 Termos		10 Termos		11 Termos		9 Termos		15 Termos		15 Termos		16 Termos		20 Termos		13 Termos		21 Termos	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Nenhum	209	95,0	208	94,5	209	95,0	174	79,1	220	100	202	91,8	214	97,3	171	77,7	193	87,7	203	92,3	201	91,4
Um	9	4,1	8	3,6	9	4,1	25	11,4			12	5,5	5	2,3	31	14,1	7	3,2	11	5,0	9	4,1
Dois	1	0,5	3	1,4	2	0,9	14	6,4			5	2,3			9	4,1	3	1,4	2	0,9	1	0,5
Três	1	0,5	1	0,5			2	0,9			1	0,5	1	0,5	7	3,2	1	0,5	2	0,9		
Quatro							3	1,4							1	0,5	3	1,4	1	0,5	3	1,4
Cinco							1	0, 5							1	0,5	5	2,3			2	0,9
Seis							1	0,5									1	0,5			3	1,4
Sete																	1	0,5			1	0,5
Oito																	1	0,5	1	0,5		
Nove																	2	0,9				
Dez																	2	0,9				
Onze																	1	0,5				

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

Tabela 21 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos cursos de graduação em Fisioterapia da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Quantidade de Termos	**Tópico 1**		**Tópico 2**		**Tópico 3**		**Tópico 4**		**Tópico 5**		**Tópico 6**		**Tópico 7**		**Tópico 8**		**Tópico 9**		**Tópico 10**		**Tópico 11**	
	14 Termos		9 Termos		10 Termos		11 Termos		9 Termos		15 Termos		15 Termos		16 Termos		20 Termos		13 Termos		21 Termos	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Nenhum	241	99,2	236	97,1	229	94,2	220	90,5	243	100	241	99,2	236	97,1	228	93,8	235	96,7	240	98,8	240	98,8
Um	2	0,8	5	2,1	14	5,8	13	5,3			2	0,8	7	2,9	11	4,5	5	2,1	2	0,8		
Dois			2	0,8			5	2,1									2	0,8	1	0,4	1	0,4
Três							4	1,6							2	0,8	1	0,4			1	0,4
Quatro															2	0,8						
Cinco							1	0,4													1	0,4
Seis																						

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

Tabela 22 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos cursos de graduação em Medicina da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Quantidade de Termos	**Tópico 1**		**Tópico 2**		**Tópico 3**		**Tópico 4**		**Tópico 5**		**Tópico 6**		**Tópico 7**		**Tópico 8**		**Tópico 9**		**Tópico 10**		**Tópico 11**	
	14 Termos		9 Termos		10 Termos		11 Termos		9 Termos		15 Termos		15 Termos		16 Termos		20 Termos		13 Termos		21 Termos	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Nenhum	580	99,1	577	98,6	574	98,1	558	95,4	585	100	566	86,8	580	99,1	522	89,2	550	94,0	562	96,1	559	95,6
Um	4	0,7	8	1,4	8	1,4	22	3,8			11	1,9	4	0,7	32	5,5	16	2,7	16	2,7	11	1,9
Dois	1	0,2			3	0,5	1	0,2			3	0,5	1	0,2	25	4,3	8	1,4	4	0,7	6	1,0
Três							2	0,3			3	0,5			3	0,5	3	0,5	1	0,2	3	0,5
Quatro							1	0,3			2	0,3			1	0,2	3	0,5	1	0,2	2	0,3
Cinco							1	0,3											1	0,2	2	0,3
Seis															1	0,2	4	0,7			1	0,2
Sete															1	0,2					1	0,2
Oito																	1	0,2				

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

Tabela 23 - Quantificação dos tópicos e termos rastreadores recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente identificados nas disciplinas dos cursos de graduação em Odontologia da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

Quantidade de Termos	**Tópico 1**		**Tópico 2**		**Tópico 3**		**Tópico 4**		**Tópico 5**		**Tópico 6**		**Tópico 7**		**Tópico 8**		**Tópico 9**		**Tópico 10**		**Tópico 11**	
	14 Termos		9 Termos		10 Termos		11 Termos		9 Termos		15 Termos		15 Termos		16 Termos		20 Termos		13 Termos		21 Termos	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Nenhum	238	99,2	232	96,7	234	97,5	232	96,7	240	100	236	98,3	239	99,6	226	94,2	229	95,4	236	98,3	229	95,4
Um	1	0,4	6	2,5	5	2,1	8	3,3			2	0,8	1	0,4	11	4,6	3	1,2	4	1,7	5	2,1
Dois	1	0,4	1	0,4	1	0,4					1	0,4			2	0,8	3	1,2			2	0,8
Três			1	0,4							1	0,4					2	0,8			2	0,8
Quatro																	1	0,4				
Cinco															1	0,4	1	0,4				
Seis																					1	0,4
Sete																	1	0,4				
Oito																					1	0,4

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

A distribuição de frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente, considerando as 1.288 disciplinas (obrigatórias e optativas) dos diferentes cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, está apresentado na (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição de frequências absolutas e relativas dos 11 tópicos recomendados pela OMS em 2011, sobre Segurança do Paciente, considerando as disciplinas obrigatórias e optativas dos quatro cursos de graduação em saúde da USP/Ribeirão, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia, 2016.

	Disciplinas															
	Enfermagem (n=220)				**Fisioterapia (n=243)**				**Medicina (n=585)**				**Odontologia (n=240)**			
	Obrigatória (n=155)		**Optativa (n=65)**		**Obrigatória (n=196)**		**Optativa (n=47)**		**Obrigatória (n=219)**		**Optativa (n=366)**		**Obrigatória (n=203)**		**Optativa (n=37)**	
Tópicos do Guia Curricular da OMS	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
1- O que é a Segurança do Paciente	11	7,1	0	0,0	2	1,0	0	0,0	4	1,8	1	0,3	2	1,0	0	0,0
2- Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente	10	6,5	2	3,1	5	2,6	2	4,3	7	3,2	1	0,3	7	3,4	1	2,7
3- Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente	9	5,8	2	3,1	14	7,1	0	0,0	10	4,6	1	0,3	6	3,0	0	0,0
4- Ser um participante de uma equipe eficaz	39	25,2	7	10,8	19	9,7	4	8,5	18	8,2	9	2,5	6	3,0	2	5,4
5- Aprendendo com os erros para evitar danos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6- Compreensão e gestão de riscos clínicos	12	7,7	6	9,2	1	0,5	1	2,1	14	6,4	5	1,4	3	1,5	1	2,7
7- Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência	6	3,9	0	0,0	6	3,1	1	2,1	5	2,3	0	0,0	1	0,5	0	0,0
8- Interação com pacientes e cuidadores	35	22,6	14	21,5	13	6,6	2	4,3	33	15,1	30	8,2	13	6,4	1	2,7
9- Prevenção e controle da infecção	20	12,9	7	10,8	8	4,1	0	0,0	26	11,9	9	2,5	10	4,9	1	2,7
10- Segurança do paciente e procedimentos invasivos	14	9,0	3	4,6	3	1,5	0	0,0	19	8,7	4	1,1	2	1,0	2	5,4
11- Melhora na segurança da medicação	13	8,4	6	9,2	3	1,5	0	0,0	18	8,2	8	2,2	10	4,9	1	2,7

Fonte: Dados coletados pela autora (2016).

De acordo com a tabela 24, os tópicos mais frequentes foram identificados nas disciplinas obrigatórias. Assim, no curso de graduação em Enfermagem, os tópicos mais frequentes nas disciplinas foram: “Ser um participante de uma equipe eficaz” identificados em 39 (25,2%); “Interação com pacientes e cuidadores” identificados em 35 (22,6%) e “Prevenção e controle da infecção” em 20 (12,9%).

Em relação ao curso de graduação em Fisioterapia, observou-se os tópicos “Ser um participante de uma equipe eficaz” identificados em 19 (9,7%); “Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado do paciente” verificados em 14 (7,1%) e “Interação com pacientes e cuidadores” identificados em 13 (6,6%).

No curso de graduação em Medicina, os tópicos observados foram: “Interação com pacientes e cuidadores” observados em 33 (15,1%); “Prevenção e controle da infecção” em 26 (11,9%) e “Segurança do Paciente em procedimentos invasivos” em 19 (8,7%).

E, por fim, no curso de graduação em Odontologia, observou-se os tópicos “Interação com pacientes e cuidadores” identificados em 13 (6,4%); “Prevenção e controle da infecção” e “Melhora na segurança da medicação”, ambos presentes em dez (4,9%), seguido pelo tópico “Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a segurança do paciente” em sete (3,4%).

Como já mencionado em avaliações anteriores, o tópico “Aprendendo com os erros para evitar danos” não foi identificado em nenhuma das disciplinas dos quatros cursos de graduação.

4.6 Fase 2 - Revisão integrativa da literatura sobre o ensino da Segurança do Paciente em IES

Manuscrito “SILVA, A. M. B; ANDRADE, D. “O ensino das práticas de prevenção e controle da infecção na perspectiva da Segurança do Paciente: é possível integração curricular? ” **(Vide APÊNDICE A)**

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A análise documental criteriosa e detalhada dos PE realizada neste estudo, permitiu conhecer a situação do ensino sobre a Segurança do Paciente em diferentes cursos de graduação em saúde de duas IES, de acordo com o Guia Curricular recomendado pela OMS em 2011.

A OMS destaca que a inserção do conteúdo acerca da Segurança do Paciente nos currículos dos cursos da área da saúde, não se trata da introdução de um novo tema, mas sim, saber reconhecer e valorizar o conteúdo nos currículos para a formação profissional (WHO, 2011).

No entanto, conforme ressaltado pela OMS e corroborado neste estudo, esta temática não é explorada em uma disciplina específica, tendo o seu o conteúdo fragmentado, e as vezes articulado em diferentes momentos da grade curricular.

Há de se considerar que em geral, a temática sobre "Segurança do Paciente" foi identificada com mais frequência nas disciplinas obrigatórias do que nas optativas, o que parece apropriado. Uma vez que, sua abordagem deve ser garantida a todos os alunos, independente do seu interesse e/ou disponibilidade. Cabe mencionar, que a disciplina obrigatória faz parte do currículo pleno de um estabelecimento de ensino, seguindo normativa em relação a carga horária e conteúdo a serem ministrados, cuja frequência e avaliação são obrigatórias para o discente. E, a disciplina optativa consiste em qualquer disciplina oferecida pela universidade, e tem por objetivo complementar a formação discente, levando em consideração o objetivo geral do curso. Além disso, possibilita ao aluno aprofundar ou atualizar conhecimentos ministrados no curso, em áreas específicas de seu interesse (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2015).

Os currículos e programas de ensino devem assegurar aos estudantes as condições para alcançar os padrões de desempenho clínico e, que sua prática seja a mais segura possível. Para isso, diferentes estratégias de ensino podem ser utilizadas pelos docentes no preparo dos futuros profissionais de saúde (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Com relação à identificação dos tópicos recomendados no Guia Curricular da OMS evidenciou-se que os tópicos: "Interação com pacientes e cuidadores", "Ser um participante de uma equipe eficaz" e "Prevenção e controle da infecção" foram mais frequentes nos ementários das disciplinas nos diferentes cursos de graduação em saúde. Essa abordagem ocorreu tanto nos conteúdos programáticos das disciplinas obrigatórias e optativas do currículo formal.

Todavia, o tópico “Aprendendo com os erros para evitar danos” não foi identificado em nenhuma das disciplinas dos quatro cursos de graduação analisados.

Verificou-se similaridade destes achados com o estudo de Bohomol, Freitas e Cunha (2016), sendo os tópicos mais explorados nos PP: 1º lugar “Prevenção e controle da infecção” presentes em 37 (15,4%) unidades curriculares, “Interação com pacientes e cuidadores” identificados em 29 (12%) e “Ser um participante de uma equipe eficaz” observados em 27 (11,2%) para um total de 240 unidades curriculares. Além disso, os termos rastreadores relacionados ao quinto tópico “Aprendendo com os erros para evitar danos” não foi identificado nos PP analisados.

É importante mencionar que a identificação destes tópicos favorece a discussão acerca da importância de incorporar a Segurança do Paciente nos currículos de formação dos cursos em saúde, atendendo as recomendações da OMS em 2011, contribuindo para o exercício de uma prática assistencial segura e livre de danos.

O 1º tópico investigado: “O que é a Segurança do Paciente?” e seus 14 termos rastreadores, embora com frequência relativamente baixa nos documentos analisados, acredita-se que a temática seja amplamente discutida nos quatro cursos de graduação analisados, considerando sua relevância nas práticas de ensino clínico. Daí julga-se necessários estudos adicionais de avaliação, com vistas a garantir a observação desse conteúdo no ensino teórico prático dos alunos. No estudo de Bohomol, Freitas e Cunha (2016) esse tópico também foi pouco explorado, o que reforça a discussão de que a temática é considerada recente e incipiente nos cursos de graduação em saúde, mesmo diante das recomendações propostas pela OMS em 2011, acerca da inclusão desta nos currículos de todos os cursos em saúde.

Mansour, Skull e Parker (2015) avaliaram em seu estudo internacional o impacto do ensino de dois tópicos do Guia Curricular da OMS, “O que é a Segurança do Paciente? e “Aprendendo com os erros para evitar danos” nos cursos de Enfermagem. Os autores identificaram que o conhecimento acerca da Segurança do Paciente, não apresentou resultados significativos, tanto na fase pré/pós-intervenção. Entretanto, os pesquisadores evidenciaram diferenças significativas nas subescalas relacionadas ao erro e a influência pessoal na segurança.

Bogarin et al. (2014) realizaram um estudo descritivo com o objetivo identificar o conhecimento de alunos de Enfermagem sobre Segurança do Paciente, identificou que parte dos alunos consideraram que a assistência de Enfermagem é insegura e pode oferecer riscos, e que a falta de preparo da equipe é um fator dificultador para assistência segura em saúde. Ainda os autores, mencionaram sobre diferentes estratégias de melhorias na Segurança do Paciente

foram abordadas nas disciplinas durante a graduação, entretanto, não se observou em cenários de prática hospitalar.

Pesquisadores do Reino Unido, investigaram as maneiras formais e informais pelas quais os estudantes de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e outras profissões da saúde não aprendem sobre Segurança do Paciente. Os autores evidenciaram que estas questões estavam subentendidas nos currículos, e que o aprendizado ocorreu predominantemente de forma isolada e em um número limitado de áreas afins, o que gera poucas oportunidades para o aprendizado interdisciplinar. Destacando em sua pesquisa a necessidade de enfatizar a temática no processo de ensino-aprendizagem, a fim de promover nos estudantes, a mudança de comportamentos e o desenvolvimento de competências (conhecimento, habilidades e atitudes) no cuidado em saúde (CRESSWELL et al., 2013).

Ilha et al. (2016) identificaram que as principais ações para a Segurança do Paciente, segundo os relatos dos alunos, incluem; os cuidados com medicações (identificação da medicação e os cuidados no preparo) e a manutenção da integridade física e psíquica do paciente (medidas para identificar riscos, respeito e bem-estar, humanização e cuidado, higiene e conforto, e prevenção de úlceras). Além disso, eles consideraram a segurança como algo "pontual, e não processual e onipresente". Citaram que, a análise do erro não pode ser individual, mas sistêmica, e que cada vez mais a assistência à saúde é desenvolvida em ambientes dinâmicos e especializados.

Em pesquisa realizada por Novaretti et al. (2014) em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) acerca da influência da carga de trabalho associadas ao aumento ou não do risco de incidentes e EA, identificou que existe forte influência e que as complicações atribuídas à sobrecarga de trabalho de Enfermagem aumentaram o número de dias de internação dos pacientes e, consequentemente o risco de mortalidade, destacando ainda que os EA podem ser prevenidos, desde que a assistência por parte dos profissionais de saúde seja adequada.

Segundo Paiva et al. (2014) a notificação dos EA tem sido apontado como uma das estratégias fundamentais para a revisão das ações assistenciais seguras, reduzindo possíveis danos aos pacientes. Em seu estudo acerca de notificações de EA, os profissionais entrevistados destacaram pontos importantes que os encorajaram a notificar os EA nas instituições de saúde, como: a relação de colaboração com a instituição; o suporte administrativo e a segurança profissional que lhes serão conferidos. Segundo os participantes, a notificação dos EA permite à equipe de saúde, compartilhar responsabilidades com a administração superior, estabelecendo ações corretivas e não punitivas (PAIVA et al., 2014).

Acerca das estratégias para a melhoria da qualidade e promoção da Segurança do Paciente, pode-se citar o exemplo dos EUA que implantaram um sistema de Tecnologia de Informação em Saúde para notificar, fiscalizar e acompanhar possíveis EA e erros associados ao cuidado em saúde que prejudicam diretamente a Segurança do Paciente (SITTIG; CLASSEN; SINGH, 2015).

Pesquisadores na República Popular da China, identificaram que os principais desafios que impedem a integração da educação para a Segurança do Paciente nos currículos existentes se relacionavam ao envolvimento do corpo docente, o projeto pedagógico do curso, liderança e as estratégias de ensino utilizadas (NIE et al., 2013).

Segundo Carraro et al. (2012), intervir na formação dos profissionais de saúde que atuam diretamente no cuidado, representa um desafio, principalmente, no que concerne a promoção de medidas de biossegurança, sob o ponto de vista da Segurança do Paciente e segurança do trabalhador. Acrescenta que a metodologia ativa é uma estratégia educativa facilitadora no processo de formação acadêmica. Em linhas gerais, esta metodologia considera o aluno como o principal agente responsável pela sua aprendizagem.

Adicionalmente, o estudo proposto por Wegner et al., (2016) sobre as estratégias adotadas para a construção da cultura da Segurança do Paciente na perspectiva dos profissionais da saúde, também apontou que as metodologias ativas do processo de ensino/ aprendizagem têm se mostrado favoráveis e efetivas na formação dos profissionais da saúde, possibilitando, do ponto de vista teórico-prático, o redesenho dos fundamentos e ações para a expansão de uma cultura de segurança.

Em relação ao tópico “Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente”, de acordo com os nove termos rastreadores, a frequência deste tópico também foi relativamente baixa nos PE das disciplinas dos diferentes cursos de graduação em saúde analisados. Entretanto, é possível inferir que a temática está sendo incorporada, ainda de forma incipiente nos cursos em questão. Entretanto, verificou-se neste tópico, maior frequência dos termos: “Ergonomia” e “Estratégias de comunicação no ambiente de trabalho”. Cabe mencionar que os referidos termos são considerados elementos fundamentais para a organização do trabalho, resultantes de melhorias não só da Segurança do Paciente, como também da segurança e saúde do trabalhador.

Os fatores humanos são refletidos pelo comportamento, desempenho e comunicação entre os profissionais de saúde e no relacionamento da equipe. A proposta do Guia Curricular da OMS na aplicação deste tópico é auxiliar os alunos na análise da relação entre os seres humanos e os sistemas com os quais eles interagem, à compreenderem como

pessoas/profissionais agem em diferentes situações. E como os fatores humanos podem ser utilizados no ambiente profissional para a redução dos erros e EA, já discutidos no tópico anterior, identificando como e porque um sistema falha (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Na perspectiva de oferecer condições de trabalho que favoreçam a saúde do trabalhador e Segurança do paciente, no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da publicação "Segurança no ambiente Hospitalar" considera um arsenal de variáveis que podem interferir na saúde dos trabalhadores destas instituições, classificando os riscos ocupacionais em: riscos acidentais, ergonômicos, físicos, químicos e riscos biológicos (BRASIL, 2012).

Os riscos acidentais são os que colocam em situação de perigo o trabalhador, podendo afetar sua integridade física ou moral. Já os riscos ergonômicos tratam-se de riscos que podem interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. Os riscos físicos relacionam-se desde a eletricidade, pisos escorregadios, ruídos, umidade, calor, má iluminação, radiações e ventilação inadequada. Enquanto que os riscos químicos são as substâncias químicas manipuladas pelos trabalhadores de forma direta ou indireta no ambiente de trabalho, como: poeiras, névoas e neblinas. E os riscos biológicos, mais comuns nos cuidados em saúde, inclui-se as exposições ocupacionais aos mais diversos agentes biológicos como vírus, bactérias, fungos, entre outros (BRASIL, 2012).

Destaca-se os riscos ergonômicos que podem interferir no cuidado seguro, relacionam-se à: infraestrutura inadequada; sobrecarga de trabalho; esforço físico, levantamento de peso, postura inadequada, controle rígido de produtividade, situação de estresse, duplas jornadas de trabalho, ou em períodos noturnos, monotonia e repetitividade. Estes riscos expõe tanto os trabalhadores quanto os pacientes que recebem os cuidados em saúde (LIMA et al., 2012; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; OLIVEIRA et al., 2014b).

Quanto aos riscos ergonômicos, para a Enfermagem, as queixas referidas relacionam-se ao aparelho osteomuscular, representam uma das maiores causas de sofrimento destes trabalhadores, devido ao esforço físico exigido, principalmente durante a movimentação e remoção de pacientes. Além disso, muitas vezes, estas atividades são realizadas com um quantitativo de profissionais inferior ao desejável. Assim, as estratégias para minimizar os riscos no ambiente hospitalar, inclui: a adequação da estrutura física e do mobiliário, capacitação dos trabalhadores e o adequado dimensionamento da equipe profissional (PASA et al., 2015).

Assim, percebe-se a importância da ergonomia na Segurança do Paciente e segurança do trabalhador, por estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho

às características psicofisiológicas dos trabalhadores, como intuito de prevenir problemas de saúde a que estão expostos, de modo a proporcionar o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (BRASIL, 2005; 2012; PASA et al., 2015).

A ergonomia está fundamentada Norma Regulamentadora NR-17. Todavia, nos serviços de saúde, sua observância está pautada na NR-32, cuja finalidade é constituir diretrizes básicas para a implementação de medidas de promoção, proteção e recuperação da segurança e da saúde dos trabalhadores atuantes em todas as atividades destinadas à prestação de assistência à saúde em geral. A exemplo destas medidas, tem-se a obrigatoriedade da implantação de um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) (BRASIL, 2005; 2012; PASA et al., 2015).

Uma revisão sistemática sobre as principais estratégias de prevenção e controle dos sintomas osteomusculares, em trabalhadores da área de saúde, dentro de uma abordagem ergonômica, identificou que as principais estratégias estão relacionadas a: orientações posturais; aspectos ergonômicos específicos e considerações sobre os procedimentos de movimentação e transporte de pacientes. Os autores destacaram que os procedimentos que envolvem a movimentação e o transporte de pacientes são considerados os mais penosos para esses trabalhadores. Refere ainda que a implementação de treinamento é parte obrigatória de programas de prevenção (ALEXANDRE, 2007).

Estudo prospectivo, tipo coorte realizado por Novaretti et al. (2014) mostrou que 78% dos incidentes sem lesão e EA em pacientes internados em UTI, foram atribuídas à sobrecarga de trabalho dos profissionais de Enfermagem, e que tais complicações aumentaram o número de dias de internação e o risco de óbito dos pacientes avaliados. Segundo os autores, é fundamental que os gerentes de Enfermagem atuem no processo de gestão de pessoas, com vistas a redução da sobrecarga de trabalho, proporcionando, consequentemente, o aumento da Segurança do Paciente, e que os EA podem ser prevenidos, desde que a assistência por parte dos profissionais seja adequada.

É importante mencionar, na perspectiva dos riscos ocupacionais, o comportamento dos profissionais de saúde, acerca do uso de equipamentos de proteção individual. Neves et al. (2011) identificaram em seu estudo que as principais barreiras no uso dos equipamentos estavam associadas a estrutura física inadequada; disponibilidade e acessibilidade aos equipamentos de proteção; falta de rotinas; sobrecarga de trabalho; estresse; improvisação e desgaste nas relações de trabalho.

No entanto, mesmo diante do fato dos profissionais apresentarem conhecimento sobre os riscos a que estão expostos, isso nem sempre garante a adesão de medidas protetoras.

Ainda para este mesmo tópico “Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente”, o segundo termo rastreador mais frequente se refere a “Estratégias de comunicação no ambiente de trabalho”. Assim, é importante destacar que a linguagem clara, estruturada e com técnicas corretas de comunicação é essencial para a promoção da Segurança do Paciente. A comunicação possibilita a interação entre pacientes e profissionais, facilita a compreensão e entendimento do tratamento e cuidados propostos, promove ainda confiança e segurança nas ações em saúde (MINUZZL et al., 2016).

Pesquisa realizada com 120 estudantes de Medicina nos EUA na Johns Hopkins School of Medicine, acerca do desenvolvimento curricular e avaliação da Segurança do Paciente, após interseção de algumas estratégias, como: o uso de exercícios simulados com pequenos grupos; estudos de caso e demonstração de habilidades de comunicação e pensamento baseado no sistema referente às causas do erro evitável e as estratégias para prevenção de danos, como parte de seu currículo obrigatório no segundo ano, contribuíram para melhorar o trabalho em equipe dos alunos, assim como as habilidades de comunicação. Os alunos avaliados obtiveram aumentos significativos nos escores de auto eficácia para todas as habilidades de comunicação e de segurança ensinados (ABOUMATAR et al., 2012).

Bohrer et al. (2016) analisaram a comunicação na visão da equipe multiprofissional hospitalar na perspectiva da Segurança do Paciente, e identificaram que as linhas de comunicação e o trabalho em equipe interno nas unidades de trabalho são considerados favoráveis à Segurança do Paciente. Entretanto, segundo os mesmos profissionais, quando se trata da comunicação e atividades com equipes externas ao setor de trabalho, a comunicação apresenta-se fragilidades e deficiências na passagem de plantão (BOHRER et al., 2016).

Marchon e Mendes Júnior (2014) identificaram em seu estudo de revisão sistemática sobre a Segurança do Paciente na atenção primária à saúde acerca das metodologias utilizadas para avaliar os tipos de incidentes e fatores contribuintes, que o método mais correspondeu aos sistemas de notificações de incidentes 45,0%; os tipos de incidentes mais frequentes estavam associados à medicação e diagnóstico. Acerca dos fatores contribuintes, os mais frequentes foram: falhas de comunicação interprofissional e também com o paciente; falhas na gestão e nos registros de prontuários.

A perspectiva do trabalho da equipe interdisciplinar para a qualidade dos cuidados em saúde e a Segurança do Paciente e suas implicações no processo de comunicação, foram temas investigados por Nogueira e Rodrigues (2015). Os autores referem que as principais barreiras para a comunicação eficaz, incluem: omissão de dados importantes; falta de precisão ou consistência da informação; interrupções e ruídos frequentes; número inadequado de

profissionais que gera sobrecarga e fadiga no ambiente de trabalho, provocando distrações e, consequentemente, falhas no processo de comunicação. E, que as formas efetivas para transpor tais barreiras, relacionam-se aos programas de treinamentos de comunicação, simulações práticas e roteiros de informações padronizados.

Acerca do tópico “Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente”, e seus dez termos rastreadores, embora identificado com frequência relativamente baixa nos documentos analisados, dois termos foram mais citados: “Interdisciplinaridade” e “Sistemas de saúde”.

De acordo com o Guia Curricular da OMS em 2011, este tópico se refere a necessária compreensão de que instituições de saúde são constituídas por diversos sistemas complexos, dentro de ambientes dinâmicos e especializados, e quando estes sistemas não estão organizados ou padronizados por protocolos e normas institucionais, não interagem entre si, afetando diretamente o cuidado em saúde proposto. O tópico enfatiza ainda que, os cuidados de saúde não são realizados exclusivamente por um único indivíduo, paciente e familiares têm o direito de receber assistência multiprofissional e interdisciplinar que promova sua segurança, por meio da realização de cuidados da equipe assistencial direcionados ao atendimento integral às suas necessidades.

A complexidade dos sistemas de saúde faz com que o sucesso do tratamento e os resultados para um atendimento seguro e efetivo dependam de uma série de fatores, além da competência de cada profissional. Segundo Vieira et al. (2009), vários são os eventos que caracterizam a saúde como um sistema complexo, desde atividades de atenção primária com ações de prevenção e educação em saúde (vacinação, programas e medidas de saúde pública, visitas domiciliares e a equipe multidisciplinar de saúde) até as atividades relacionadas aos níveis secundários e terciário, como sistemas de aquisição de produtos para a saúde, tecnologias que facilitam a comunicação e registro de informações dos pacientes, notificação de EA, gerenciamento de riscos clínicos, uso e administração de medicamentos, entre outros.

Desse modo, a promoção da Segurança do Paciente é responsabilidade compartilhada entre todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente na área da saúde, bem como dos pacientes e seus familiares, assim como da estrutura organizacional, proporcionando condições seguras para o planejamento de ações de melhoria contínua com adequada infraestrutura física, de recursos humanos, de materiais e equipamentos para o desenvolvimento seguro de ações em saúde (PEREIRA et al., 2015).

No que se refere o trabalho interdisciplinar é importante destacar que a interdisciplinaridade é considerada como um dos elementos, ou um dos caminhos que

possibilita aproximações de uma prática de Atenção Integral em Saúde (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2013).

A exemplo disso, pode-se destacar o trabalho em equipe e a comunicação para a Segurança do Paciente, necessários a integralidade das ações em saúde e práticas seguras em todos os níveis de atenção à saúde. Segundo Glintborg, Andersen e Dalhoff. (2007), a articulação das ações e serviços de saúde para o seguimento do paciente, como nos casos de pós-alta hospitalar, para continuidade do tratamento, pode ser comprometido por falhas na comunicação e repasse de informações entre os profissionais envolvidos no cuidado do paciente, em todos os níveis de complexidade do atendimento.

De acordo com Borges, Sampaio e Gurgel (2012), uma das estratégias possíveis e alcançáveis para a resolução de possíveis falhas no processo de trabalho e na comunicação é a Educação Permanente em Saúde, fundamental para o aperfeiçoamento da prática interdisciplinar. Os autores afirmaram que nenhum trabalhador sozinho consegue ter resolutividade suficiente para atender às demandas assistenciais, assim, a comunicação, se apresenta como uma estratégia comum ao trabalho, pois favorece a articulação das ações e a integração dos saberes, além disso, viabiliza o desenvolvimento de ações conjuntas e compartilhadas.

A pesquisa intitulada: "*Human Error and Patient Safety: Interdisciplinary Course*" realizado na University of South Florida, com seis grupos interdisciplinares, compostos por estudantes de Medicina e Enfermagem, sobre o erro humano e a Segurança do Paciente, identificou que o trabalho em equipe interdisciplinar possibilitou a compreensão que cada disciplina pode desempenhar na melhoria dos sistemas de saúde e na prestação de cuidados. Além disso, os estudantes demonstraram conhecimento e habilidades satisfatórios à Segurança do Paciente e conceitos de erros humanos (WILSON; FABRI; WOLFSON, 2012).

Para Wegner et al. (2016), a equipe multidisciplinar em saúde, quando conseguem desempenhar suas atividades de maneira interdisciplinar, atuam em prol da Segurança do Paciente. Enfatizam que a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, aliados a uma relação próxima do paciente, são potencialidades para um cuidado seguro.

Já os tópicos "Ser um participante de uma equipe eficaz" e "Interação com pacientes e cuidadores" retratam a importância do trabalho em equipe, como um elemento essencial para a Segurança do Paciente, incluindo a família como parte desta equipe. "Ser um participante de uma equipe eficaz" envolve 11 termos rastreadores, ocupou o 2º lugar dos tópicos mais frequentes nas disciplinas dos quatro cursos de graduação analisados. Verificou-se nos PE que os termos mais frequentes foram: "Importância dos valores, papéis e responsabilidades de cada

membro da equipe" e "Comunicação eficaz, ferramentas de comunicação e a liderança eficaz". Tais resultados corroboram com os resultados encontrados no estudo proposto por Bohomol, Freitas e Cunha (2016), que identificou a frequência destes mesmos termos. Entretanto, na classificação, ocupou o segundo lugar dos tópicos mais citados.

Uma equipe eficaz é aquela em que os membros, incluindo profissionais e pacientes, comunicam-se uns com os outros, e como combinam e articulam suas observações e responsabilidade para a tomada de decisões. Os usuários dos sistemas de saúde têm o direito de receber informações sobre o tipo de tratamento proposto, principalmente, aqueles que são considerados invasivos. A participação ativa do paciente, família e cuidadores diminui a ocorrência de erros. O consentimento informado permite que os pacientes, em colaboração com profissionais de saúde, tomem decisões sobre as intervenções em saúde e os riscos associados a elas, além disso, expressa a autonomia do paciente (WEGNER et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O tópico "Interação com pacientes e cuidadores", discute a interação com pacientes e cuidadores, o papel desenvolvido por cada membro dentro da equipe, o respeito e as diferenças, as responsabilidades e as formas de envolver os pacientes e profissionais nas decisões de saúde. Este tópico foi um dos mais frequentes, de acordo com os 16 termos rastreadores, ocupando o primeiro lugar. Destaca-se que os dois termos rastreadores mais frequentes foram: "Princípios da boa comunicação" e "Educação". Em contrapartida, nenhum dos PE das disciplinas dos diferentes cursos de graduação analisados, citaram conteúdos relacionados a reclamações; pedido de desculpas, processo de revelação aberta e implicações legais do erro.

O que chama atenção, uma vez que, o processo de revelação aberta e as implicações legais do erro, são fundamentais para garantir a qualidade dos serviços em saúde. No estudo de Bohomol, Freitas e Cunha (2016) este tópico ficou em 2º lugar. A exemplo de processo de revelação aberta e implicações legais do erro, tem-se a pesquisa sobre a ocorrência de comunicação do erro de medicação à equipe e família em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos, proposto por Belela, Peterlini e Pedreira (2010).

Das 71 fichas analisadas no período do estudo, após a detecção do erro de medicação, a ocorrência não foi comunicada à equipe em 34 (47,9%) situações. Nos 37 casos nos quais os eventos foram comunicados, o médico 48,7% foi o profissional que mais recebeu informação. Em 95,8% dos relatos a ocorrência não foi informada ao paciente e nem a família. De fato, o estudo revela que mesmo diante de pesquisas científicas e recomendações da OMS, percebe-se que a revelação do erro não constitui uma prática frequente nos serviços de assistência à saúde.

É importante referir que o trabalho em equipe, possibilita aos profissionais, compartilhar conhecimentos e experiências necessárias ao trabalho em conjunto, proporcionando agilidade no cumprimento de metas e objetivos igualmente propostos. Além disso, contribui para a melhora da autoestima, bem-estar psicológico e apoio social. Observa-se a utilização de técnicas de treinamento em equipe baseada em simulações multidisciplinares, utilizando temas relacionados a liderança, consciência situacional, apoio e confiança mútua, comunicação e o papel de cada membro na equipe, com vistas a minimizar e/ou identificar erros e aprimorar habilidades para o trabalho em equipe (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A pesquisa realizada na região Sul do Brasil, que avaliou as dimensões da cultura de Segurança do Paciente, na perspectiva dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares de Enfermagem e equipes de saúde) em uma UTI, constatou entre as doze dimensões da Segurança do Paciente analisadas, que o trabalho em equipe é positivo e contribui para o cuidado seguro. Entretanto, os aspectos com piores avaliações foram: apoio da gestão hospitalar para a Segurança do Paciente, respostas não punitivas aos erros e trabalho em equipe entre as unidades, relacionados a falta de cooperação 91,53%, entrosamento 88,14% e coordenação 86,21% entre as unidades (MINUZZL et al., 2016).

Uma pesquisa que avaliou o conhecimento dos estudantes de Medicina em relação ao erro, na Virginia Commonwealth University School of Medicine, nos EUA, mostrou que os estudantes reconheceram a contribuição do trabalho em equipe, envolvendo o paciente sob seus cuidados, na redução e inevitabilidade do erro (WETZEL; DOW; MAZMANIAN, 2012).

Stock, Sisson e Grosseman (2011) avaliaram a percepção de estudantes de Medicina sobre a aprendizagem da relação médico-paciente, após a mudança da estrutura curricular do curso. Os autores verificaram que os estudantes consideram que a relação médico-paciente estabelece vínculo de confiança; acolhimento; atendimento integral, de modo a alcançar a subjetividade do paciente, reconhecendo suas dimensões psicológicas, sociais e culturais, “percebendo o sofrimento do paciente” e, consequentemente, melhorando o cuidado. Além disso, o paciente adere melhor à terapia e mantém interesse no seu diagnóstico e no tratamento realizado.

Segundo Bohomol, Freitas e Cunha (2016) a interação do paciente com os profissionais que cuidam diretamente de sua saúde, sejam os médicos, enfermeiros e técnicos de Enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas entre outros, tem uma forte ligação e baseia-se no respeito e na responsabilidade. A interação contribui para práticas humanizadas em saúde. O paciente ao procurar o serviço de saúde, geralmente apresenta questionamentos,

dúvidas, medo e anseios que precisam ser sanados, ele precisa ser ouvido e acolhido pelo serviço, de acordo com suas necessidades individuais.

O tópico “Aprendendo com os erros para evitar danos”, não foi identificado em nenhuma das disciplinas dos diferentes cursos de graduação em saúde analisados da USP/Ribeirão Preto, USP/São Paulo e UFU/Uberlândia. O que chama a atenção, uma vez que, segundo a OMS em 2011, o entendimento dos erros relacionados aos cuidados em saúde, fornece uma base conceitual para a proposta de melhorias e implantação de estratégias de prevenção, antes de causarem danos ao paciente. A padronização de procedimentos; desenvolvimento da consciência de comportamento organizacional e das limitações tecnológicas que levam ao erro, são estratégias que podem tornar o processo de trabalho mais seguro. A aprendizagem ocorre tanto com os próprios erros, individuais e também com os erros coletivos.

É importante destacar que o erro humano ocorre por uma série de fatores isolados ou associados, inerentes do próprio paciente, da instituição que o assiste, por meio de recursos financeiros insuficientes e/ou pelos recursos estruturais inadequados, como a planta física, materiais e equipamentos. Acresce-se a esses fatores à falta de conhecimento, atitude e habilidades dos profissionais. Assim, é necessário entender que a prevenção do erro consiste em reconhecer e identificar os processos mais críticos e com maior probabilidade de ocorrência, para que seja possível articular medidas eficazes de prevenção (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; ROQUE; MELO, 2012; YOSHIKAWA et al., 2013).

Para a ANVISA (BRASIL, 2013b), a aprendizagem deve ser valorizada por todos os profissionais, incluindo a equipe médica. Em geral, a cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança entre toda a equipe, e como consequência disso, promove um ambiente que propicia oportunidades de aprendizado. É importante ressaltar que o processo de educação e treinamento sobre segurança, deve contemplar todo o entendimento básico da ciência da segurança, o que significa ser uma instituição de alta confiabilidade.

Em uma pesquisa realizada no Município de São Paulo, em 2013, identificou a compreensão de alunos de graduação em Enfermagem e Medicina sobre o erro humano e a Segurança do Paciente, e evidenciou que 70 (64,2%) concordaram que diante a ocorrência de um erro, os envolvidos na assistência devem discutir sua ocorrência e estabelecer estratégias efetivas de prevenção, como trabalhar com maior cuidado 85 (78%). Outra perspectiva comum entre os alunos, 91 (83,5%), referem que os profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não oferecem condições adequadas. Apesar de 95 alunos (87,2%) terem respondido que comunicam ao professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a

ocorrência do erro, cerca de 37 (33,9%) discordam com a atitude de comunicar a ocorrência do erro ao paciente e familiares quando este não causa danos ao paciente (YOSHIKAWA et al., 2013).

O tópico “Compreensão e gestão de riscos clínicos” foi identificado em 43 (3,3%) disciplinas dos diferentes cursos de graduação em saúde analisados, de acordo com os 15 termos rastreadores para o item. Destaca-se que para este tópico, dois termos rastreadores foram mais frequentes “Como entender e gerenciar os riscos clínicos”, presentes nos PE dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia e o termo “Organização e ambiente de trabalho” presente nos quatros cursos de graduação em saúde analisados.

Entretanto, somente o curso de Medicina referiu o ensino sobre o monitoramento clínico e situações relacionadas a fadiga e estresse. E, nenhum dos PE para os quatro cursos de graduação analisados, citaram conteúdos relacionados a notificação de quase erros; relatórios de erros; notificação e monitoramento de incidentes; eventos sentinela; credenciamento, licenciamento e acreditação.

Bohomol, Freitas e Cunha (2016) verificaram em seu estudo, a presença deste tópico em 13 (5,4%) das 240 unidades curriculares investigadas, observa-se que a frequência deste tópico para ambos os estudos foi relativamente baixa, de acordo a análise documental.

Percebe-se que mudanças nos currículos para a Segurança do Paciente são necessárias, como já apresentadas anteriormente. Acresce-se nesta temática que o estudo do risco é fundamental à medida que a percepção deste influencia o comportamento e o grau de precaução das ações dos indivíduos frente às situações que possam ocasionar danos e até mesmo acidentes (STEHLING et al., 2013).

A gestão de riscos direcionada para a qualidade e Segurança do Paciente envolve princípios e diretrizes como a criação de cultura de segurança, a execução sistemática dos processos de gerenciamento de risco, a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços, a utilização das melhores evidências, a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013b).

É importante referir que a gestão do risco, constitui-se um recurso valioso para a qualidade e Segurança do Paciente, é entendida como a “aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e EA que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional” (BRASIL, 2013b).

Nas instituições de saúde, o gerenciamento de riscos poderá ser realizado por uma comissão multidisciplinar, objetivando a criação de uma base mais sólida e segura para a tomada de decisão e planejamento da Segurança do Paciente. Diante da análise do evento; monitoramento e redução da probabilidade de riscos inaceitáveis ao paciente, por meio de processos sistematizados para avaliar, prevenir e controlar os incidentes, como: erro na administração de medicamentos; úlcera por pressão; quedas; acidente de trabalho; infecção relacionada à assistência à saúde; erro de diagnóstico, entre outros (FERNANDO et al., 2016; HINRICHSEN et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2014b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Mesmo com todos os avanços nos sistemas de saúde, as pessoas estão ainda expostas a diversos riscos quando submetidas aos cuidados, principalmente em ambientes hospitalares (RADUENZ et al., 2010). Nesse sentido, estratégias que identifiquem tais riscos no sistema de saúde em todo o mundo são consideradas como ferramentas e/ou instrumentos de controle da qualidade institucional.

Para Hinrichsen et al. (2011) a criação de ferramentas para identificação dos riscos, como por exemplo: o uso de diagramas, possibilita a identificação não só das lideranças responsáveis pelo monitoramento das situações adversas, mas também os potenciais indicadores de controle da Segurança do Paciente. Assim, sistematizar um processo educativo permanente para as equipes multidisciplinares focado nos riscos à saúde, advindos de erros e EA, segundo legislações e padrões de qualidade poderá ser a melhor estratégia para a qualidade institucional.

Acerca da notificação e monitoramento de incidentes, o estudo descritivo e retrospectivo realizado por Capucho, Arnas e Cassiani (2013) comparou a qualidade de informações de dois tipos de notificação voluntária sobre incidentes que afetam a Segurança dos Pacientes: a manuscrita (NM) e informatizada (NI) quanto ao número, ao tipo de incidente relatado, notificador e qualidade dos relatos. Os resultados deste estudo demonstraram que para trabalhar com a Segurança do Paciente, é desejável que as notificações sejam informatizadas, pois reduzem o tempo que o profissional dispensa ao realizá-las e os riscos de incidentes e danos ao paciente.

Um estudo descritivo relacionado à Segurança do Paciente, analisou as principais estratégias para promover a Segurança do Paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais. Os autores identificaram três importantes estratégias que devem ser priorizadas na prática clínica, relacionadas a: identificação dos principais riscos à assistência de enfermagem;

incorporação de práticas seguras e baseadas em evidências; levantamento de barreiras e oportunidades para o cuidado seguro (OLIVEIRA et al., 2014a).

O conhecimento dos estudantes dos ciclos básicos de graduação das áreas biológicas e da saúde (Educação Física; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Medicina; Medicina Veterinária; Odontologia; Psicologia e Terapia Ocupacional) da Universidade Federal de Minas Gerais, relativos ao gerenciamento de resíduos conforme a legislação brasileira, foi também investigado por Stehling et al. (2013). Nessa pesquisa, verificaram que os alunos apresentavam conhecimento frágil e fragmentado sobre o tema.

Acerca do tópico "Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência" foi identificado, de acordo com os 15 termos rastreadores, em 19 (1,5%) disciplinas dos diferentes cursos de graduação em saúde analisados. Verificou-se que o termo mais foi: "Indicadores", relacionados ao processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção à saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Observou-se que somente os PE de Medicina tratou do ensino de algumas ferramentas de gestão da qualidade, no processo de melhorias, como fluxograma, diagrama de Ishikawa, gráfico de Pareto e histograma. Demais termos rastreadores não foram identificados em nenhuma das disciplinas dos quatro cursos em saúde analisados.

Estes resultados corroboram com o estudo proposto por Bohomol, Freitas e Cunha (2016), que identificou nos PP alguns conteúdos relacionados aos processos de melhoria nos cursos de Enfermagem e Farmácia e a abordagem sobre indicadores em todos os demais cursos, voltados aos aspectos epidemiológicos da promoção da saúde e prevenção da doença. Neste estudo, o tópico em questão foi citado em 11 (4,6%) das 240 unidades curriculares investigadas.

Segundo a OMS em 2011, os recursos e estratégias de melhoria da qualidade da assistência fornece importantes ferramentas aos profissionais de saúde para identificar e mensurar ameaças à Segurança do Paciente; bem como, desenvolver intervenções para resolução destes problemas. A exemplo, tem-se os processos de verificação, como as diretrizes, protocolos e *checklists*, utilizados geralmente para a prevenção e controle dos EA em saúde. No entanto, só conhecer os EA não é o suficiente, faz-se necessário entender suas causas e fazer as mudanças no sistema, garantindo maior confiabilidade para as organizações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Nessa premissa, esforços contínuos devem ser empreendidos pelos EAS, assim como nas IES que trabalham com a formação, no sentido de aprimorar a qualidade e manter a Segurança do Paciente. Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança da assistência em saúde tem se tornado assunto prioritário e crescente, diversas medidas de prevenção dos riscos

relacionados à assistência e à melhoria da qualidade nos serviços em saúde vêm sendo desenvolvidas em favor da Segurança do Paciente (PRADO et al. 2012; GUEDES et al. 2012).

A exemplo de estratégias para a melhoria da assistência, na área da saúde, destaca-se a prática baseada em evidência e os ensaios clínicos controlados, geralmente utilizados para nortear a prática clínica dos profissionais e o gerenciamento de riscos apresentados no tópico anterior. A gestão de riscos tem por objetivo estabelecer ações de prevenção no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada e garantir maior segurança ao paciente (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Diferentes estratégias e metodologias têm sido utilizadas nas instituições de saúde, objetivando investigar, notificar e analisar a ocorrência de incidentes pelos profissionais, entre elas duas merecem destaque: Análise de Causa Raiz e Análise do Modo e Efeito da Falha. Ambas caracterizadas como métodos não estatísticos de análise, capazes de auxiliar na identificação de condições que podem causar dano, reduzindo a possibilidade de ocorrência dos mesmos (JOINT COMMISSION RESOURCES; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2010; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

É importante mencionar as diferenças entre essas duas metodologias. Segundo Silva, Teixeira e Cassiani (2008), a Análise de Causa Raiz tem uma abordagem reativa, é implementada quando um incidente já ocorreu, assim são analisados diferentes pontos de vista sobre o incidente, a fim de identificar os fatores causais. Já a Análise do Modo e Efeito da Falha é uma técnica preventiva, tem abordagem proativa, utilizada para identificar todos os possíveis modos potenciais de falha e determinar o efeito de cada uma sobre o comportamento do sistema, antes que elas aconteçam (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

A exemplo de estudos propostos sobre a utilização de métodos de melhoria da qualidade da assistência, destacam-se a investigação dos incidentes relacionados à quedas e erros de medicação. Nesse sentido, realizou-se no interior do Estado de São Paulo uma pesquisa que mostrou 62 incidentes relacionados à Segurança do Paciente em um hospital geral e privado, sendo 11 (17,7%) relacionados a quedas e 51 (82,3%) a erros de medicação. A metodologia da Análise de Causa Raiz, aplicada, verificou e categorizou os fatores causais destes incidentes, sendo que às quedas, maioria esteve associada a própria altura. Acerca dos erros de medicação, a omissão e horário foram os mais apontados (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Outro estudo brasileiro que avaliou os incidentes notificados entre os anos 2008 e 2012, em um hospital de grande porte da região Sul do Brasil, identificou que o incidente de maior prevalência foi a queda 45,4%, seguida do erro de medicação 16,7% e outros incidentes 16,2% (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2014).

Outra ferramenta que também pode ser utilizada no processo de avaliação da gestão da qualidade, comumente utilizadas em estudos científicos nacionais e internacionais é o instrumento de avaliação interna PDCA (Planejar, Fazer, Checar e Agir). Este método consiste em estabelecer as etapas de planejamento da melhoria de processo. Os processos são caracterizados como tarefas organizadas de forma a tornarem-se interligadas, utilizando recursos da instituição para gerar resultados e objetivos definidos (FERNANDES et al., 2011).

Pinto et al. (2016) verificaram que o ensino e a aplicação do ciclo PDCA são considerados como uma boa estratégia para a tomada de decisão em saúde, pois possibilita a construção de uma base de conhecimentos e habilidades para melhor preparar os estudantes para a gestão da prática clínica, além de ajudar a desenvolver uma força de trabalho, atenta à educação sobre Segurança do Paciente e processos de melhoria.

Embora a utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência, seja fundamental para favorecer a Segurança do Paciente, faz-se necessário ressaltar a afirmativa de Françolin (2013), a implementação de métodos de melhoria é uma das etapas mais difíceis, já que toda ação requer a provisão de recursos e apoio necessários.

O tópico “Prevenção e controle da infecção” e seus respectivos 20 termos rastreadores ocupou o 3º lugar dos tópicos mais frequentes nos planos de ensino analisados tendo os termos: “Métodos de esterilização e desinfecção de instrumentos e equipamentos”; “Precauções de prevenção e controle das infecções”; “Precauções padrão” e “Lavagem de mãos” com maior destaque.

No entanto, mesmo que alguns temas não foram oficialmente identificados acredita-se na possibilidade do ensino informal dos seguintes conteúdos: a infecção associada a cuidados de saúde; transmissão cruzada; epidemias e pandemias; tipos de transmissão e riscos de infecção; técnicas de assepsia/asséptica; equipamentos de proteção individual; *Guidelines* para o uso de luvas; custo associado à infecção; multirresistência; HM; “*Clean Care is Safe Care”* e controle do uso de antimicrobianos,. Entretanto, há que se garantir sua inserção de fato, nos currículos formais dos cursos de graduação em saúde.

Novamente estes resultados acerca da infecção apresentaram similaridade com o estudo de Bohomol, Freitas e Cunha (2016), que identificou nos PP dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Medicina, diferentes temas destacados como relevantes pela OMS. No geral, este tópico foi explorado em 37 (15,4%) das 240 unidades curriculares investigadas, ocupando o primeiro lugar dos tópicos mais citados.

As IRAS consistem em frequentes EA que ameaçam a cultura de segurança de uma instituição e representam um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no

mundo. Alguns estudos indicam que cerca de 5% dos pacientes admitidos em hospitais contraem pelo menos um tipo de IRAS, e esta, por sua vez são responsáveis pelo aumento dos dias de internação e gastos excessivos (BATISTA et al., 2014; CALFEE et al., 2012; CARAYON; XIE; KIANFAR, 2013; MAGALHÃES et al., 2014; TAMBYAH et al., 2012; VIANA et al., 2016).

De acordo com a OMS, as IRAS são incidentes de segurança e ocorrem por erro ou violação. O erro ocorre por uma falha em uma ação planejada, conduta inadequada, seja pela inobservância da técnica, desconhecimento do plano ou falta de estrutura para executá-lo, capaz de produzir um dano à vida ou a saúde do indivíduo; e a violação por ato voluntário. Por exemplo, a baixa adesão à HM constitui uma violação às normas prescritas e se caracteriza como uma condição a ser investigada para prevenção de erro (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010; HOEFEL, 2012).

Nesse sentido, destaca-se a importância do ensino deste tópico, uma vez que, prepara os estudantes a reconhecerem causas e tipos de infecção, as atividades que colocam os pacientes em situações de risco, assim como as principais estratégias de prevenção. Além disso, é considerado como um componente-chave dos programas de Segurança do Paciente, que devem compor as políticas da instituição e formação profissional, bem como, fazer parte da cultura de todos profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Hoefel (2012) sugeriu que uma das respostas para o efetivo controle de infecções seja a inserção de programas relacionados à segurança nas IES. “Mudando a forma de pensar, muda-se também o modo de ensinar e de aprender e finalmente de agir”. Destaca que o controle de infecções perpassa os mais diversos aspectos, desde a qualidade de recursos materiais e dos aspectos educacionais, quanto a questões ambientais e estruturais. Ressalta ainda que, as universidades como instituições de ensino, tem a responsabilidade de fornecer recursos e programas educacionais para desenvolver competências (conhecimento, habilidades e atitudes) nesta temática.

Um estudo de coorte retrospectivo que avaliou a ocorrência de EA em três hospitais de ensino do Estado do Rio de Janeiro, observou um total de 1.103 prontuários (amostra) de pacientes hospitalizados no ano de 2003, dentre as hospitalizações e cuidados prestados, foram identificados e classificados 56 EA evitáveis. Os eventos mais frequentes relacionaram-se as IRAS 24,6%, associados a complicações cirúrgicas e/ou anestésicas 20,0%; danos decorrentes do atraso ou falha no diagnóstico e/ou tratamento 18,4%; úlceras por pressão 18,4%; danos de complicações na punção venosa 7,7%; danos devido a quedas 6,2% e danos relacionados a medicamentos 4,6%. Tais eventos foram responsáveis por 373 dias adicionais de permanência

no hospital, impactando diretamente no aumento dos custos hospitalares (MENDES et al., 2013).

Estudo descritivo-exploratório que avaliou, por meio de indicadores, a frequência e a infraestrutura para a HM, além do conhecimento da equipe de Enfermagem sobre o tema, evidenciou que o indicador de infraestrutura para HM esteve próximo do valor ideal 83,3%. Em relação a frequência na execução desta prática, observou-se divergências entre a prática auto relatada pelos profissionais com a observação da técnica durante os procedimentos (HOEFEL, 2012).

Estudiosos da temática destacam que a HM se configura como prática constante entre os profissionais que atuam nos serviços de saúde e caracteriza-se como a forma eficiente e econômicas de prevenir infecções. Assim, destaca-se que as mãos devem ser higienizadas antes e após qualquer procedimento realizado na assistência ao paciente, independente do uso de luvas, (FERNANDO et al., 2016; SANTOS et al., 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No entanto, o estudo proposto por Kelcíkova, Skodova e Straka (2012), sobre a análise da eficácia do ensino de Enfermagem em relação a HM, verificou na análise de conteúdo, déficits significativos na qualidade da informação sobre a HM em programas educacionais de Enfermagem propostos, relacionados a níveis insuficientes de conhecimento da HM, associados a baixa adesão da técnica por parte dos estudantes durante a sua formação acadêmica, em atividades de práticas clínicas.

Belela-Anacleto et al. (2013) em seu estudo acerca da eficácia do ensino acerca da HM, verificou que, segundo a perspectiva de docentes e universitários, as atividades de estágio ocorrem em locais nos quais não há completa infraestrutura para a execução da técnica. O autor afirmou que é necessário o aprimoramento da infraestrutura, a disponibilização de recursos para a prática da HM e discussão acerca de medidas de prevenção e controle de infecções, como estratégia de promoção da Segurança do Paciente, durante a formação dos profissionais de saúde.

Uma pesquisa nacional que analisou a formação acadêmica de profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Fisioterapeutas) para a Segurança do Paciente pediátrico, verificou que o processo formativo não abordou a temática de forma transversal e sistemática, a fim de mobilizar os futuros profissionais a aderirem à prática correta de HM. Destaca ainda que, mudanças efetivas só serão consolidadas à partir do envolvimento de docentes na incorporação desta prática durante o processo de ensino-aprendizagem, e na

sensibilização e conscientização dos alunos em desempenhar comportamentos seguros na assistência prestada (BOTENE; PEDRO, 2014).

Outro estudo que avaliou e comparou o conhecimento da HM entre estudantes dos cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Enfermagem na Índia, constatou que poucos participantes apresentaram conhecimento satisfatório sobre a HM das mãos. E a maioria dos estudantes 69,1%, demonstrou conhecimento moderado. Verificou-se que o conhecimento de HM de estudantes de Medicina foi significativamente ($p < 0,01$) maior quando comparados com os estudantes de Odontologia e de Enfermagem. Os autores referem que os baixos escores globais e as respostas insatisfatórias acerca do conhecimento sobre a HM, indicam a necessidade de melhor explorarem esta temática nos currículos de graduação em saúde (THAKKER; JADHAV, 2015).

Outra pesquisa desenvolvida na Áustria, que avaliou o conhecimento sobre a HM e a adesão a essa prática entre alunos de Medicina do terceiro ano, revelou que 70,0% dos alunos consideraram seu conhecimento em relação à temática excelente ou bom. No entanto, apenas 49,0% dos estudantes referiram adesão a HM conforme recomendações da OMS (HERBERT et al., 2013).

Verifica-se pela leitura destes estudos, que não somente o conhecimento acerca da HM e/ou medidas de precaução deve ser periodicamente avaliada ou aprimorada, mas sobretudo a adesão dos profissionais de saúde a estas medidas preventivas, tão importantes para o exercício consciente e seguro da profissão. Entender e identificar quais são as barreiras que dificultam a mudança de comportamento e a adesão às medidas preventivas, é uma das estratégias para o gerenciamento dos riscos e para o cuidado seguro.

Estudiosos da temática indicam diversos desafios e barreiras que dificultam a promoção da segurança nos cuidados em saúde, ambos relacionados aos recursos humanos insuficientes; falta de financiamento específico para o Programa Nacional de Prevenção de Controle das IRAS; insuficiência de laboratórios de referência para dar suporte, em tempo oportuno; à crescente necessidade de investigação microbiológica; custos crescentes em saúde e recursos limitados de materiais e profissionais especializados para o controle de IRAS (OLIVEIRA; PAULA, 2013; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Nesse sentido, segundo Hoefel (2012), viabilizou o contato do estudante, ainda na graduação, com todas as normas e legislações acerca das medidas de prevenção e controle de infecção pode ser o caminho para efetivas mudanças de atitudes destes futuros profissionais de saúde. O autor considera que, os resultados positivos para a promoção da Segurança do Paciente só começarão a surgir, a partir do momento em que a prevenção e controle das infecções

compuserem o currículo dos profissionais da saúde, de modo integrado e articulado (com disciplinas específicas para formação profissional nas diferentes áreas).

O tópico 10 “Segurança do Paciente e procedimentos invasivos” foi identificado, de acordo com os 13 termos rastreadores para o item, em 47 (3,6%) disciplinas dos diferentes cursos de graduação em saúde analisados. Verificou-se nos PE que o termo “Trabalho em equipe” foi mais frequente. Em contrapartida, os termos: “Fatores preexistentes para a ocorrência de erros; “Falhas de comunicação entre equipes” e “Agravos cirúrgicos”, não foram identificados em nenhuma das disciplinas.

É importante mencionar que a recomendação deste tópico pela a OMS em 2011, no ensino da Segurança do Paciente, consiste em facilitar o entendimento dos estudantes acerca das principais causas de EA nos procedimentos cirúrgicos, por ser uma área com inúmeras oportunidades para a ocorrência de erros, relacionados à estrutura organizacional e humana.

Nesse contexto, métodos de melhoria da qualidade da assistência são implantados, a fim de garantir a qualidade do cuidado em saúde.

A exemplo, de métodos de melhoria, tem-se os processos de verificação, diretrizes, protocolos e *checklists*, utilizados pelos profissionais de saúde, a fim de sistematizar os passos críticos de segurança, melhorando a assistência cirúrgica, por meio de padrões de segurança realizados pela equipe multidisciplinar (DEL CORONA; PENICHE, 2015).

Em um estudo que teve como objetivo aplicar o *checklist* de “cirurgia segura”, da OMS, nas especialidades cirúrgicas de um hospital escola, e verificar a opinião das equipes sobre a influência da aplicação do *checklist* na segurança do processo cirúrgico e da comunicação interpessoal da equipe, verificou que o sujeitos participantes não perceberam mudanças na comunicação interpessoal com o uso do *checklist*, segundo os próprios relatos dos participantes, porém, os mesmos indicaram que o uso do *checklist*, proporcionou mais segurança ao procedimento realizado, sugerindo inclusive adaptações a lista de verificação. Os autores destacaram a viabilidade do instrumento para garantir a segurança em procedimentos cirúrgicos e a comunicação eficaz nestes ambientes (PANCIERI et al., 2013).

Outro estudo que avaliou a adesão ao *checklist* em cirurgias urológicas e ginecológicas de dois hospitais de ensino em Natal-RN, verificou que a baixa adesão ao *checklist*, na rotina hospitalar, possivelmente contribuiu para a ocorrência de EA, relacionadas a processos de reinternação; necessidade de terapia intensiva e até mesmo nos índices de mortalidade. Segundo os autores, as diferenças percebidas na utilização do *checklist* e na qualidade do seu preenchimento, indica que as estratégias adotadas nestes hospitais precisam ser reavaliadas, sob as diferentes formas de implantação. Perpassando tanto pelo estabelecimento de normas e

rotinas, promovidas pela direção, quanto pela negociação e empoderamento das equipes cirúrgicas (FREITAS et al., 2014).

Em relação ao trabalho em equipe, para a Segurança do Paciente em procedimentos invasivos, o estudo que analisou a cultura de segurança em Centro Cirúrgico de um hospital universitário do sul do Brasil, sob ponto de vista dos seus profissionais, por meio da aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), identificou fragilidades em todas as seis dimensões analisadas (Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Reconhecimento do Estresse, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho).

No entanto, entre as seis dimensões de segurança avaliadas pelo SAQ, a atitude com média mais elevada foi 'Clima de Trabalho em Equipe' 64,33%, enquanto a atitude 'Clima de Segurança' obteve a menor média 50,66%. Nesse sentido, o clima de trabalho em equipe foi a atitude mais valorizada pelos profissionais e a menos valorizada foi clima de segurança (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA., 2014).

Nogueira e Rodrigues (2015) apresentaram em seu estudo, outras duas importantes ferramentas que contribuem para a comunicação e o trabalho em equipe na assistência cirúrgica, a técnica do *briefing-debrifieng* (antes e depois). Esta ferramenta permite identificar e antecipar potenciais problemas que possam colocar em risco a Segurança do Paciente, associados à não identificação dos pacientes como: risco de quedas; infecção associadas aos cuidados de saúde; cirurgias em local apropriado de intervenção; procedimentos e pacientes corretos; segurança dos medicamentos de alta vigilância; comunicação efetiva, entre outros.

A exemplo, pesquisa divulgada a respeito da implantação desta técnica em um hospital na cidade de Porto Alegre-RS, identificou que a criação de planos de ação para a implementação de melhorias na assistência, mediante o uso da técnica do *briefing-debrifieng*, contribuiu significamente na identificação de riscos de infecção em pacientes com organismos resistentes (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).

É importante ressaltar que o estudo dos EA cirúrgicos são fundamentais para a avaliação da qualidade da assistência prestada, porque em parte são atribuíveis a deficiências na atenção à saúde, seja pelo impacto considerável sobre a saúde dos pacientes, pela repercussão econômica no gasto social e sanitário e por constituir um instrumento de avaliação da qualidade da assistência (MOURA; MENDES, 2012).

O tópico 11 "Melhora na segurança da medicação" foi identificado, de acordo com os 21 termos rastreadores para o item, em 59 (4,6%) disciplinas dos diferentes cursos de graduação em saúde analisados. Verificou-se nos PE que os três termos mais citados foram: "Sistema de medição e processo de prescrição, distribuição e administração"; "Fármacos" e

“Administração”. No entanto, o ensino sobre uso da tecnologia para minimizar os erros, e medicamentos de alta-vigilância (potencialmente perigosos ou de alto risco) não foram identificados em alguns cursos.

De forma geral, a análise documental dos PE acerca deste tópico, possibilitou identificar no curso de Fisioterapia temas que envolvem a segurança da medicação, relacionadas a: prescrição e administração de fármacos; controle e uso de antimicrobianos; potencial e real interação droga-alimento, que contribuem para o entendimento das condições clínicas do paciente, sob cuidados hospitalares.

Já era esperado que este tópico estivesse mais presente nos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, pelas características inerentes destas profissões, relacionadas a prescrição de medicamentos; potencial e real interação droga-alimento; administração e monitoramento do paciente e avaliação de parâmetros clínicos, levando em consideração a necessidade do tratamento e as consequências para o paciente.

O processo de administração de medicamento é multidisciplinar e exige atualização constante destes profissionais para a redução dos erros. Sabe-se que a terapia medicamentosa isenta de erros é fundamental para o sucesso do tratamento, e isso tem gerado um crescimento significativo em seu uso (CASSIANI et al., 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Para administrar medicamentos é fundamental que o profissional de saúde tenha conhecimento sobre os princípios que envolvem a administração, tais como: ação e interação medicamentosa, bem como os efeitos colaterais; a variedade de medicamentos disponíveis; pacientes com múltiplas comorbidades e o número de profissionais envolvidos neste processo, uma vez que o erro, pode causar graves consequências aos clientes sob a responsabilidades desses profissionais (CASSIANI et al., 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

A importância deste tópico se torna ainda mais relevante, quando se analisa as regulamentações e resoluções nacionais e internacionais, que institui ações para a Segurança do Paciente nos serviços de saúde. Além de contemplar uma das seis metas internacionais para a Segurança do Paciente “Melhorar a segurança na prescrição, na dispensação e na administração de medicamentos”, este tópico apresenta ferramentas para que o aluno possa compreender a importância do preparo técnico e científico, em destaque o conhecimento dos efeitos adversos das drogas que podem ser de grandes proporções (LOPES; CHAVES, JORGE, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

É importante mencionar que a administração de medicamentos, assim como tantos outros procedimentos realizados nos cuidados em saúde é um procedimento que exige

competência. No sentido de que o aluno, assim como os profissionais de saúde, precisa utilizar seu conhecimento, habilidade e atitude no desempenho de suas funções. Articulando a teoria apreendida com a prática, na execução técnica da prática clínica. É válido referir a definição de competência, compreendida por Perrenoud (2002) [...] "competência" no sentido de capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos, psicomotores e psicoafetivos para o enfrentamento de uma situação problema (PERRENOUD, 2002, p. 19).

A exemplo da administração de medicamentos, o conhecimento necessário é sobre a farmacologia e a fisiologia, possíveis incompatibilidades farmacológicas; reações indesejadas; processos de absorção; quais às vias de eliminação, bem como, as interações medicamentosas, entre outros, com o intuito de minimizar riscos ao paciente.

No que se refere as habilidades, propõe-se verificar a capacidade que o aluno tem em executar o procedimento com destreza e dentro das técnicas e protocolos estabelecidos para evitar a contaminação das soluções durante a manipulação; em aderir às precauções; realizar a HM; utilizar adequadamente materiais estéreis, entre outros.

Já a atitude se refere ao comportamento propriamente dito, no sentido de avaliar e raciocinar situações adversas, saber reconhecer e intervir em casos de reações indesejadas com a terapia medicamentosa estabelecida, e em situações que envolvem o erro. No caso específico da Enfermagem, um exemplo muito comum é o de supervisionar a equipe e propor treinamentos periódicos para treinar e habilitar toda a equipe.

Em um estudo que teve por objetivo conhecer como os alunos de Enfermagem vivenciaram a prática de administração de medicamentos no primeiro estágio curricular, identificou que os alunos se sentem ansiosos em relação à prática da terapia medicamentosa, pelo medo de errar. Os alunos indicaram que a falta de destreza manual, o pouco tempo de prática, a tensão, o estresse, a dificuldade de associar o conhecimento farmacológico com a técnica, o risco de acidente e a falta de habilidade em abordar o paciente, também são fatores que causam muita ansiedade (CARVALHO; VELSECCHI; PELLOSO, 2003).

Estabelecer medidas de controle e redução dos riscos, faz-se necessário, principalmente, pela vulnerabilidade dos pacientes a erros e reações adversas durante as etapas de: prescrição médica; transcrição ou verificação da prescrição; dispensação e administração de medicamentos. E também pelos altos custos que os medicamentos representam nos sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; MAGALHÃES et al., 2015; BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

Com o intuito de encontrar soluções para diminuir os erros de medicação e os danos aos pacientes, verifica-se na literatura científica estudos que focam a identificação do erro e os

fatores causais. Praxedes e Telles Filho (2011) identificou que os erros cometidos pela equipe de Enfermagem, estavam associados à não monitorização do paciente após a medicação, registrando-se 60 (33%) sujeitos, seguida da não avaliação prévia do paciente, com 36 (20%). As ações mais praticadas pela instituição perante o erro foram a advertência, em 24 (41%) dos casos (PRAXEDES; TELLES FILHO, 2011).

Na pesquisa proposta por Oliveira e Melo (2011), os principais problemas relacionados à terapia medicamentosa, foram: ruídos no local em que se realizava a prescrição (interrupções conversas paralelas entre os profissionais); dispensação; preparo e administração dos medicamentos; falha na conferência dos medicamentos ou mesmo a ausência da conferência.

Diante dessas considerações, e com o intuito de encontrar soluções para diminuir os erros de medicação e os danos aos pacientes, Magalhães et. al. (2014) referiram que o processo de medicação assume um caráter de centralidade na organização do trabalho da equipe de Enfermagem, sendo que estes profissionais se configuram como a última barreira para detectar falhas de prescrição e dispensação de medicamentos. Nesse sentido, a identificação de vulnerabilidades na etapa de administração de medicamentos e o uso de tecnologias para sistematizar todo o processo (prescrição, distribuição e administração) contribui para a segurança da medicação.

Outra pesquisa que analisou a redação da prescrição médica nos erros de dose e as classes farmacológicas envolvidas nesses erros, permitiu estabelecer que os principais fatores contributivos foram: a presença de siglas e/ou abreviaturas em 96,3% das prescrições; ausência do registro do paciente em 54,4%; falta de posologia em 18,1% e omissão da data em 0,9% dos registros. Com relação ao tipo de medicamento, 16,8% eram broncodilatadores; 16,3% eram analgésicos; 12,1%, anti-hipertensivos e 8,4% eram antimicrobianos. Evidenciando assim, o comprometimento da eficácia da terapia medicamentosa (GIMENES et al., 2010).

A exemplo, uma das estratégias para a redução destes possíveis erros é a implantação da prescrição eletrônica, como um dos processos de melhoria nas instituições de saúde. Segundo Pazin-Filho e et. al. (2013) a implantação da prescrição eletrônica tem entre suas inúmeras funções, o objetivo de unificar as fases do processo de fornecimento de medicação no ambiente intra-hospitalar, relacionadas às fases de prescrição médica, transcrição ou verificação da prescrição, dispensação e administração de medicamentos, contribuindo para a efetiva Segurança do Paciente.

Assim a recomendação do tópico “Melhora na segurança da medicação” pela OMS em 2011, no ensino da Segurança do Paciente nos diferentes cursos de graduação em saúde, tem sua relevância consagrada, por entender que diversos fatores contribuem para ocorrência de

erros na assistência em saúde, preveníveis ou não. No caso específico da terapia medicamentosa, os erros advindos desta terapia, geralmente são preveníveis. Nesse sentido, observa-se uma necessária mudança de comportamento e consciência organizacional, de modo a identificar as falhas inerentes ao processo da terapia medicamentosa, antes de causarem danos ao paciente.

Diante do exposto é consenso de que o fortalecimento da cultura de segurança nas organizações de saúde passa, sobremaneira, pela formação acadêmica e capacitação de recursos humanos nas diversas profissões da área de saúde, uma vez que é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que buscam mudanças para reduzir a incidência de EA, e consequentemente, garantir a qualidade do ensino e os princípios da segurança.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Este representa uma importante contribuição para o ensino de graduação em saúde sobre Segurança do Paciente, considerando o movimento mundial para a adequação curricular. A investigação situacional do ensino sobre Segurança do Paciente nos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia, subsidiado nos 11 tópicos do Guia Curricular, recomendados pela OMS (*The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide)* (2011), permitiu tecer as seguintes conclusões:

- acerca da caracterização dos 12 cursos de graduação em saúde analisados, observou-se diversidade nos PPPs, desde sua criação até a carga horária total, variando de (4.170 a 12.210) horas. Sendo o curso de graduação em Medicina da USP/São Paulo o mais antigo, integrou o campus no ano de 1934, e atualmente conta com carga horária total de 12.210 horas. Entretanto, o curso de graduação em fisioterapia da UFU/Uberlândia é o mais recente, criado em 2009, com carga horária total atual de 4.260;
- nas 1.288 disciplinas oferecidas nos 12 cursos de graduação identificou-se três tópicos - “Interação com pacientes e cuidadores”, “Ser um participante de uma equipe eficaz” e “Prevenção e controle da infecção” como os mais frequentes nos ementários dessas disciplinas;
- o tópico “O que é a Segurança do Paciente” foi identificado em 20 disciplinas; “Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente” em 35 disciplinas; “Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente” em 42 disciplinas; “Compreensão e gestão de riscos clínicos” em 43 disciplinas; “Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência” foi identificado em 19 disciplinas; “Segurança do Paciente e procedimentos invasivos” em 47 disciplinas e “Melhora na segurança da medicação” em 59 disciplinas;
- no geral, os tópicos identificados foram mais frequentes nas disciplinas obrigatórias;
- o tópico “Aprendendo com os erros para evitar danos” não foi identificado em nenhuma das disciplinas do currículo formal;
- na revisão integrativa foi possível identificar o ensino da Segurança do Paciente na perspectiva das práticas de prevenção e controle da infecção está fragmentado nos

currículos de graduação em saúde. É explorado por meio de diferentes temas, diluído e desarticulado do contexto de Segurança do Paciente proposto pela OMS em 2011 e, referendado pelo Ministério da Saúde. Ainda, sua abordagem é superficial e centrada na HM. Há que se considerar, por exemplo, que a Lei de Diretrizes e Bases e as Diretrizes Curriculares Nacionais defende que o tema infecções relacionadas à assistência à saúde seja contemplado em todas as situações clinicas de formação do profissional da saúde. Acredita-se que uma abordagem integrada entre as disciplinas ao longo do curso possa superar as dificuldades na formação de profissionais sensíveis e conscientes da problemática, o que sem dúvida terá reflexos direto na qualidade da assistência prestada e na redução dos riscos biológicos.

- é consenso de que o fortalecimento da cultura de segurança nas organizações de saúde passa, sobremaneira, pela formação acadêmica e capacitação de recursos humanos nas diversas profissões da área de saúde, uma vez que, a avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar as ações de mudanças com vistas à redução da incidência de eventos adversos, e consequentemente, garantir a segurança do paciente;
- o desenvolvimento de pesquisas adicionais é necessário para o aprofundamento da temática em âmbito nacional, medir nas práticas clinicas se há ou não inserção dos tópicos de segurança; bem como avaliar o impacto do currículo pautado nos tópicos de segurança na formação profissional. Assim, julga-se necessários estudos adicionais, principalmente, de avaliação em outros espaços, como as atividades teórico-práticas ou de ensino clínico.
- destacam-se algumas limitações do estudo: informações restrita aos PPPs e aos documentos curriculares de 12 cursos de graduação em saúde, e o envolvimento de IES procedentes de apenas duas regiões do Brasil. Ainda, acredita-se que os tópicos de Segurança do Paciente informalmente sejam explorados em outras situações de ensino e até na relação interpessoal ou na interação professor-aluno, nos diferentes cursos de graduação.

6.1 Considerações adicionais

Ao finalizar esta pesquisa, inicia-se uma série de reflexões acerca da possibilidade de integração do conteúdo “Segurança do Paciente” nos cursos de graduação em saúde e apreende-

se, inicialmente que os tópicos abordados são inseparáveis e constituem o todo. Essa compreensão remete ao princípio da integralidade e da multidimensionalidade, onde não se deve separar as partes umas das outras. Diante dos argumentos apresentados, defende-se que o tema Segurança do Paciente seja transversal no processo de ensino e aprendizagem de profissionais da área da saúde. É reconhecido como transversal quando transpassa as disciplinas curriculares e, permeia toda situações de aprendizagem de forma crescente e articulada com os desempenhos esperado do aluno. Assim, o tema é explorado de maneira contínua e gradativa, aumentando os níveis de complexidade.

Embora as informações obtidas sejam dados isolados gera imensa preocupação uma vez que a formalização do conteúdo no currículo é o primeiro passo para sua exploração e inserção. Adicionalmente, se tem a consciência que a proposta do estudo e abordagem do tema na formação dos profissionais da área da saúde não é simples e nem fácil. Espera-se que este estudo possa, também, propiciar reflexões, o interesse e iniciativas dos gestores de IES, docentes, comunidade discente e usuários do sistema de saúde, para a discussão dos Projetos Pedagógicos com vistas ao atendimento de fato da legislação nacional. Em complementação espera-se que este estudo seja realizado em outros cursos da área da saúde, em outras regiões, para que se tenha um diagnóstico de como este tema está sendo abordado em outras profissões no país.

Ainda que estudos adicionais no âmbito das IES possam contribuir no aprofundamento dessa problemática há que se investir em medidas que possam de fato ter o conteúdo de segurança integrado na proposta de ensino na área da saúde.

Para finalizar, é oportuno considerar que a consciência representa o principal combustível para mudança e para a obtenção do “currículo que queremos"!!

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABOUMATAR, H. J. Desenvolvimento e avaliação de um currículo a segurança do paciente três dias para o avanço do conhecimento, auto-eficácia e sistema de pensamento entre estudantes de medicina. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 21, n. 5, p. 416-422, maio 2012.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Annual Report on Research and Management.** Flórida: Flórida Fish and Wildlife Conservation Comisson, 2001.

ALEXANDRE, N. M. C. Aspectos ergonômicos e posturais e o trabalhador da área de saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 109-118, jul./dez. 2007. Disponível em:< http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3475/2828>. Acesso em: 23 fev. 2016.

BAFFI, M. A. Projeto pedagógico: um estudo introdutório. **Pedagogia em Foco**, Petrópolis, 2002.

BATISTA, O. M. A. et al. Sensitivity of embryos related to the pneumonia associated with the ventilation mechanics. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p.224-233, dec. 2014. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3447/pdf_1160>. Acesso em: 15 maio 2016.

BELELA-ANACLETO, A. S. C. et al . Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 901-908, dez. 2013 . Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2016.

BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 257-263, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/07.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writting and integrative review. **AORN Journal**, Philadelphia, v. 67, n. 4, p. 877-880, apr. 1998.

BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 18, n. 49, p. abr./jun. 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130158.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BOGARIN, D. F. et al. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 491-497, jul./set. 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33308/23221>. Acesso em: 08 set. 2016.

BOHOMOL, E. **O ensino sobre Segurança do Paciente nos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia e Medicina da Universidade Federal de São Paulo.** 2013. 136 f. Relatório de Pesquisa (Pós-Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. O.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino da Segurança do Paciente na Graduação em Saúde: Reflexões Sobre saberes e fazeres. **Interface,** Botucatu, v. 20, n. 58, p. 727-741, sept. 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150699.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BOHRER, C. D. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 50-60, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf_1>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, jan. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a17v17n1.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 124-129, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00124.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-12, jan./jul. 2013b. Disponível em:< http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Disponível em: 15 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:< http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/documento_referencia_programa_nacional_segurança.pdf1>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC 63, de 25 de novembro de 2011**. Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/rdc63_2011.pdf >. Acesso em: 25 jan. 2016

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005.** Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/726447.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

CALFEE, D. P. Crisis in hospital-acquired, healthcare-associated infections. **Annual Review of Medicine**, Palo Alto, v. 63, p. 359-371, 2012.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 164-172, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/21.pdf. Acesso em: 12 nov. 2013.

CARAYON, P.; XIE, A.; KIANFAR, S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 22, n. 18, p. 295-302, 2013.

CARRARO, T. E. et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 14-19, set. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/02.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

CARVALHO, M. D. B.; VELSECCHI, A. S. S.; PELLOSO, S. M. Administração de medicamentos: a vivência dos alunos em seu primeiro estágio. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2003. Disponível em:< http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2246/1466>. Acesso em: 18 jan. 2016.

CARVALHO, R. E. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança.** 2011. 158 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CASSIANI, S. H. B. et al. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 781-789, set./out. 2004. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a12.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2016.

CAVALCANTE, A. K. C. B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, Habana, v. 4, n. 31, 2015. Disponível em:< http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>. Acesso em: 25 set. 2016.

CLARKE, S. The relationship between Safety Climate and Safety Performance: a metanalytic review. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 11, n. 4, p. 315-327, oct. 2006.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Acreditação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2014. Disponível em:<http://cbacred.org.br/publicacoes/revista-acreditacao-saude/revista-acreditacao-saude-1-sem-2014.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança em paciente cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-73, abr./jun. 2014. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.012>. Acesso em: 10 ago. 2016.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1165-1171, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.

CRESSWELL, K. et al. Patient safety in healthcare preregistration educational curricula: multiple case study-based investigations of eight medicine, nursing, pharmacy and physiotherapy university courses. **BMJ Quality e Safety**, London, v. 0, p. 1-12, june 2013.

CROW, S. M.; HARTMAN, S. J. Organizational culture: is impact on employee relations and discipline in health care organizations. **Health Care Mangement**, Frederick, v. 21, n.2. p. 22-28, dec. 2002.

DAUD-GALLOTTI, R. M. et al. A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination. **Clinics**, São Paulo, v. 66, n. 7, p. 1209-1215, 2011.

DEL CORONA, R. P.; PENICHE, A. C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 179-185, jul./set. 2015. Disponível em:< http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

DOYLE, P. et al. Self-reported patient safety competence among Canadian medical students and postgraduate trainees: a cross-sectional survey. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 24, n. 2, p. 135-141, feb. 2015.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, jan./fev. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016.

FARLEY, D. et al. A. Field test of the World Health Organization multi-professional patient safety curriculum guide. **Plos One**, San Francisco, v. 10, n. 9, sept. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/plosone-article.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

FERNANDES, H. S. et al. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 129-137, mar./abr. 2011. Disponível em:< http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1829.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

FERNANDO, F. S. L. et al. Segurança do paciente: análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, p. 894-902, fev. 2016. Acesso em: 10 mai. 2016.

FLEMING, M. Patient safety culture measurement and improvement: a how to guide. **Healthcare Quarterly**, v. 8, n. spec., p. 14-19, oct. 2005.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety Science**, Amsterdam, v. 34, n. 1-3, p. 177-192, feb. 2000.

FRANÇOLIN, L. **Gerenciamento da Segurança do Paciente nos Serviços de Enfermagem Hospitalar**. 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Universidade Federal de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2013.

FREITAS, M. R. et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 137-148, jan, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00137.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

GAAL, S. et al. Patient safety in primary care has many aspects: an interview study of primary care physicians and nurses. **Journal of Evaluation in Clinical Practice,** Oxford, v. 16, n. 3, p. 639-643, june 2010.

GALLEGO, B. et al. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 24, n. 4, p. 311-320, aug. 2012.

GIMENES, F. R. E. et al. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1055-1061, nov./dez. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_03.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

GINSBURG, L. R. et al. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. **BMJ Quality and Safety,** London, v. 21, p. 676-684, 2012.

GINSBURG, L. R.; TREGUNNO, D.; NORTON, P. G. Self-reported patient safety competence among new graduates in medicine, nursing and pharmacy. **BMJ Quality and Safety**, London v. 22, p. 147-154, 2013.

GLINTBORG, B.; ANDERSEN, S. E.; DALHOFF, K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. **Quality and Safety Health Care**, London, v. 16, n. 1, p. 34-39, feb. 2007.

GOUVEA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1061-1078, june. 2010.

GUEDES, M, et al. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 304-309, 2012.

HELMREICH, R. L. et al. **The flight management attitudes questionnaire (FMAQ) NASA/ UT/FAA Technical report: 93-94.** Austin: The University of Texas, 1993.

HERBERT, V. G. et al. Knowledge of and adherence to hygiene guidelines among medical students in Austria. **Interdisciplinary Perspectives on Infectious Disease,** Cairo, v. 2013, 2013. Disponível em:< https://www.hindawi.com/journals/ipid/2013/802930/>. Acesso em: 15 jan. 2015.

HINRICHSEN, S. L. et al. Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, n. 7, p. 10-17, jul./dez. 2011. Disponível em:< http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1400/957>. Acesso em: 16 set. 2016.

HOEFEL, H. H. K. O controle de infecções e o ensino. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecções**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 38-40, 2012. Disponível em:< http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143015/000899927.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 jan. 2015.

ILHA, P. et al. Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. esp., p. 1-10, 2016. Disponível em: < http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43620/pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **Summary report on the pos-accident review meeting on the Chernobyl accident**. Vienna: International Atomic Energy Agency, 1986. Disponível em:< http://www.ilankelman.org/miscellany/chernobyl.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP. **Basic safety principles for nuclear for nuclear power plants**. 75-INSAG-3 Rev. 1: INSAG-12: a report by the International Nuclear Safety Advisory Group. Vienna: International Atomic Energy Agency, 1999. Disponível em:< http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/P082_scr.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2015.

JAMES, J. T. A new, evidence-base estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 9, n. 3, p. 122-128, sept. 2013.

JOINT COMMISSION RESOURCES; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Failure mode and effects analysis in health care:** Proactive Risk Reduction. 3rd. ed. Oakbrook Terrace: JCR/JCI, 2010.

KELCÍKOVA, S.; SKODOVA, Z.; STRAKA, S. Effectiveness of hand hygiene education in a basic nursing school curricula. **Public Health Nursing**, Boston, v. 29, n. 2, p.152-159, mar./apr. 2012.

KERFOOT, B. P. et al. Patient safety knowledge and its determinants in medical trainees. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 8, p. 1150-1154, aug. 2007.

KIERSMA, M. E.; PLAKE, K. S.; DARBISHIRE, P. L. Patient safety instruction in US health professions education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Alexandria, v. 75, n. 8, p. 162, oct. 2011. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220343/pdf/ajpe758162.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

KILLAM, L. A. et al. Unsafe clinical practices as perceived by final year baccalaureate nursing students: Q methodology. BMC Nursing, v. 26, n. 11, may 2012. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3526422/pdf/1472-6955-11-26.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2015.

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

LEAPE, L. L. Who's to blame? **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,** Oakbrook Terrace, v. 36, n. 150-151, apr. 2010.

LEOTSAKOS, A. et al. Educating future leaders in patient safety. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, Auckland, v. 7, p. 381-388, 2014.

LEUNG, G. K.; PATIL, N. G. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. **Hong Kong Medical Journal**, Hong Kong, v. 16, n. 2, p. 101-105, apr. 2010.

LIMA, L. K. O. L. et al. Acidentes com material biológico entre estudantes de Odontologia no Estado de Goiás e o papel das instituições de ensino. **Revista Odontológica Brasil Central**, Goiânia, v. 21, n. 58, p. 553-559, 2012. Disponível em:< http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/645/642>. Acesso em: 18 jan. 2015.

LISTYOWARDOJO, T. A.; NAP, R. E.; JOHNSON, A. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 24, n. 1, p. 9-15, feb. 2011.

LOPES, C. H. A. F.; CHAVES, E. M. C.; JORGE, M. S. B. Administração de medicamentos: análise da produção científica de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 684-688, set./out. 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a17.pdf>. Acesso em: 18 out. 2016.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R; BÁO, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, jun. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00121.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

MAGALHÃES, A. M. M. et al. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 49, n. esp., p. 43-50, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0043.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

MAGALHÃES, S. R. et al. Evidências para a prevenção de infecção no cateterismo vesical: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 8, n. 4, p. 1057-1063, abr. 2014.

MANSOUR, M. Current assessment of patient safety education. **British Journal of Nursing**, London, v. 21, p. 536-543, may. 2012.

MANSOUR, M.; SKULL, A.; PARKER, M. Evaluation of World Health Organization multi-professional patient safety curriculum topics in Nursing Education: pre-test, post-test, none-experimental study. **Journal of Professional Nursing**, Philadelphia, v. 31, n. 5, p. 432-439, sept./oct. 2015. Disponível em: < Disponível em: <http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(15)00033-2/pdf>. Acesso em: 15 de abr. de 2016.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, set. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/pt_0102-311X-csp-30-9-1815.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2016.

MENDES, W. et al . Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo , v. 59, n. 5, p. 421-428, out. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2016.

MINUZZL, A. P. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e1610015, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf>. Acesso em: 23 out. 2016.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, set. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/07.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2015.

NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C. M. R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 625-651, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a16v20n2.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

NASSAR, P. História e cultura organizacional. **Revista Comunicação Empresarial**, São Paulo, v. 36, n. 33-40, 2000.

NEVES, H. C. C. et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_18.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, n. 228, p. 1-11, june. 2013.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 12, p. 17-23, 2003.

NOBREGA-THERRIEN, S. M.; FEITOSA, L. M. Ação formativa e o desafio para a graduação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 227-237, abr./jun. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a06v34n2.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, jul./set. 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 08 set. 2016.

NOVARETTI, M. C. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, set./out. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Healthcare-associated infections in the context of patient safety: past, present and future. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 216-220, 2013. Disponível em:< http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>. Acesso em: 15 mar. 2016.

OLIVEIRA, L. B. et al. Saúde e segurança do enfermeiro: riscos ergonômicos nos setores críticos do ambiente hospitalar. **Revista de Enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2633-2637, ago. 2014a.

OLIVEIRA, R. B.; MELO, E. C. P. O sistema de medicação em um hospital especializado no município do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 480-489, jul./set. 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a06v15n3.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, jan./mar. 2014b. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 09 set. 2016.

PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 995-1001, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2016.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de EA. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, set./out. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00747.pdf>. Acesso em: 25 set. 2016.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/09.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

PASA, T. S. et al. Riscos ergonômicos para trabalhadores de enfermagem ao movimentar e remover pacientes. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 92-102, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/15016/pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

PAZIN-FILHO, A. et al. Prescrição e Estudantes de Medicina. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 2, p. 183-194, 2013. Disponível em:< http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/62319/65125>. Acesso em: 12 set. 2016.

PEREIRA, F. G. F. et al. Segurança do paciente e promoção da saúde: uma reflexão emergente. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 271-277, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12205>. Acesso em: 10 ago. 2016.

PERRENOUD, P. **A Prática reflexiva no ofício de professor:** profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PINA, E. et al. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, n. 10, p. 27-39, 2010. Disponível em:< http://molar.crb.ucp.pt/cursos/1%C2%BA%20e%202%C2%BA%20Ciclos%20-%20Lics%20e%20Lics%20com%20Mests/MD/2%C2%BAANO/1%C2%BASEM/21-UPC2/Micro%2014-15/Te%C3%B3rica/4-Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente_pdf-notes_flattened_201312261719.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

PINTO, M. J. S. et al. Ensino sobre Segurança do Paciente na disciplina de Administração em Enfermagem. **Revista Norte Mineira de Enfermagem,** Montes Claros, v. 5, n. 1, p. 24-40, 2016. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/viewFile/118/143>. Acesso em: 10 set. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

PRADO, M. F. et al. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. **Ciência e Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 557-564, 2012.

PRAXEDES, M. F. S. TELLES FILHO, P. C. P. Erros e ações praticadas pela instituição hospitalar no preparo e administração de medicamentos. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 406-411, jul./set., 2011.

RADUENZ, A. C. et al. Nursing care and patient safety: visualizing the organization, storage and distribution of medication with photographic research methods. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, nov./dec. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_02.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

RALEIGH, V. S. et al. Patient safety indicators for England from hospital administrative data: case-control analysis and comparison with US data. **BMJ**, London, v. 337, p. a1702, oct. 2008.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente:** manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em:< http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>. Acesso em: 25 set. 2016.

RIDELBERG, M.; ROBACK, K.; NILSEN, P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. **BMC Nursing**, London, v. 13, n. 23, p. 23, aug. 2014.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.121-127, jan./mar. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a16.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

SANTOS, T. C. R. et al. Higienização das Mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 70-77, março de 2014. Disponível em:< http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40930/28935>. Acesso em: 25 set. 2015.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-14, jul. 2009.

SCHEIDER, R.; GOLDSTIEIN, H.; SMITH, D. The ASA framework: an update. **Personnel Psychology,** Philadelphia, v. 48, n. 4, p. 747-773, mar. 1995.

SCHEIN, E. **Organizational culture and leadership**. 3 ed. San Fransciso, CA: Jossey-Bass, 2004.

SILVA, A. E. B. C.; TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Ferramentas utilizadas para a gestão dos riscos: FMEA: análise do modo e efeito da falha e RCA – análise de causa raiz. In: GESTÃO de risco e Segurança Hospitalar. São Paulo: Martinari, 2008.

SITTIG, D. F.; CLASSEN, D. C.; SINGH, H. Patient safety goals for the proposed Federal Health Information Technology Safety Center. **Journal of the American Medical Informatics Association,** v. 22, n. 2, p. 472-478, mar. 2015.

STEHLING, M. C. et al. Gestão de resíduos com risco biológico e perfurocortantes: conhecimento de estudantes de graduação das áreas biológicas e da saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem,** v. 17, n. 3, p. 594-600, jul./set. 2013. Disponível em:<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/675>. Acesso em: 10 set. 2016.

STEVEN, A. et al. Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. **Nurse education today**, Edinburgh, v. 34, n. 2, p. 277-284, feb. 2014.

STOCK, F. S.; SISSON, M. C.; GROSSEMAN, S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro,** v. 36 n. 1, p. 5-13, jan./mar. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a02v36n1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

TAMBYAH, P. A.; OON, J. Catheter-associated urinary tract infection. **Current Opinion in Infectious Diseases**, London, v. 25, n. 4, p. 365-370, aug. 2012.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, abr. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0100.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

THAKKER, V. S.; JADHAV, P. R. Knowledge of hand hygiene in undergraduate medical, dental, and nursing students: a cross-sectional survey. Journal of Family Medicine and Primary Care, Mumbai, v. 4, n. 4, p. 582-586, oct./dec. 2015.

TREGUNNO, D. et al. Integrating patient safety into health professionals' curricula: a qualitative study of medical, nursing and pharmacy faculty perspectives. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 23, n. 3, p. 257-264, 2014.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 8-9, 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43294>. Acesso em: 17 maio 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Centro colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem. **Projeto Pedagógico**: curso de bacharelado em Enfermagem. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2014 Disponível em:< http://www.eerp.usp.br/bacharelado-pp/>. Acesso em: 25 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem. **Projeto Político Pedagógico**: bacharelado em enfermagem. São Paulo: EEUSP, 2015a. Disponível em:< http://www.ee.usp.br/ensino/graduacao/Projeto%20Politico%20Pedag%C3%B3gico/Projeto_Politico_Pedagogico_do_Curso_de_Bacharelado_em_Enfermagem.PDF>. Acesso em: 26 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Curso de Fisioterapia. **Projeto Político Pedagógico (2008-2012).** São Paulo: FMUSP, 2012a.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico**: curso de graduação em Fisioterapia. Ribeirão Preto: FMRP-USP, [2010i]. Disponível em:< http://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/PROJETO-POL%C3%8DTICO-PEDAG%C3%93GICO-2014.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Ribeirão Preto: FMRP-USP, 2012b. Disponível em:< http://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/ppp_FMRP_cm.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Ribeirão Preto: FMRP-USP, 2012b. Disponível em:< http://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/ppp_FMRP_cm.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto Político Pedagógico**: Odontologia. Ribeirão Preto: FORP, 2015d. Disponível em: <http://143.107.153.201/images/stories/grad/ppp2017.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**. São Paulo: FOUSP, 2015c. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/?page_id=734>. Acesso em: 12 mar. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. São Paulo: EEUSP, 2016. Disponível em:<http://www.usp.br>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. **Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia e Faculdade de Educação Física.** Uberlândia: FAEFI-UFU, c2009b. Disponível em:< http://www.faefi.ufu.br/sites/faefi.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/FI_ProjetoPedagogico.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. **Ficha Discp 2012.** Uberlândia: FAEFI-UFU, 2012a. Disponível em:< http://www.faefi.ufu.br/node/201>. Acesso em: 16 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. **Fichas dos Componentes Curriculares**: 5 período**.** Uberlândia: FAEFI-UFU, 2012b. Disponível em:< http://www.faefi.ufu.br/sites/faefi.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/FisioterapiaReformula%C3%A7%C3%A3oProjetoPedag%C3%B3gicoPrc85_2012.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.** Uberlândia: FAMED, 2010. Disponível em:< http://www.famed.ufu.br/sites/famed.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/PROJETO%20PEDAG%C3%93GICO%20APROVADO%20COMPLETO%202010.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Odontologia. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia.** Uberlândia: FOUFU, 2007c. Disponível em:< http://www.fo.ufu.br/sites/fo.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/OD_ProjetoPedagogico.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2016.

VAN BEUZEKOM, M. et al. Influence of latent risk factors on job satisfaction, job stress and intention to leave in anaesthesia teams: a cross-sectional survey. **European Journal of Anesthesiology**, Oxford, v. 30, n. 5, p. 222-228, may. 2013.

VIANA, G. F et al. Change in the dissemination mode of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* isolates after implementation of control measures. **The Journal of Hospital Infection**, London, v. 93, n. 2. P. 217-219, june. 2016.

VIEIRA, M. et al. Um modelo de enfermagem como sistema complexo adaptativo. **Aquichán**, Bogotá, v. 9, n. 3, p. 212-221, dez. 2009 .

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jul./set. 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

WETZEL, A. P.; DOW, A. W.; MAZMANIAN, P. E. Patient safety attitudes and behaviors of graduating medical students. **Evaluation & The Health Professions**, Baltimore, v. 35, n. 2, p. 221-238, june 2012.

WILSON, A. R.; FABRI, P. J.; WOLFSON, J. Human error and patient safety: interdisciplinary course. **Teaching and Learning in Medicine**, Hillsdale, v. 24, n. 1, p. 18-25, 2012.

WONG, B. M. et al. Teaching quality improvement and patient safety to trainees: a systematic review. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 85, n. 9, p. 1425-1439, sept. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach**. Genebra: WHO, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sumary of the evidence on patient safety:** implications for research. Genebra: WHO, 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Patient Safety. **A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy**. Genebra: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. **WHO patient safety curriculum guide**: multi-professional edition. Geneva: WHO, 2011. Disponível em:< http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

YOSHIKAWA, J. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/05.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

ZAMBON, L. S.; DAUD-GALLOTTI, R.; NOVAES, H. M. D. **Introdução à Segurança do Paciente**. Rio de Janeiro: Icict/Fiocruz, 2010. Disponível em:< http://proqualis.net/aula/introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-seguran%C3%A7a-do-paciente>. Acesso em: 22 dez. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Revisão integrativa da literatura sobre o ensino da Segurança do Paciente em IES

"O ensino das práticas de prevenção e controle da infecção na perspectiva da Segurança do Paciente: é possível a integração curricular?

RESUMO

Objetivo: analisar na literatura como a Segurança do Paciente relacionada as práticas de prevenção e controle da infecção estão contempladas nos currículos de ensino de graduação em saúde. **Método**: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com vistas a responder a seguinte questão: "As práticas de prevenção e controle da infecção na perspectiva da Segurança do Paciente estão contempladas formalmente nos currículos de ensino de graduação em saúde?" Utilizou-se as bases CINAHL, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Science direct*, *Web of Science*, *SCOPUS*, *Europe PMC* e *Medline* para recuperar os estudos primários. **Resultados**: 14 estudos compuseram a amostra. A análise criteriosa dos estudos primários permitiu sua subdivisão nas seguintes categorias temáticas: bases curriculares e práticas/experiências de ensino isoladas. **Conclusão**: O ensino sobre Segurança do Paciente na perspectiva das práticas de prevenção e controle da infecção é fragmentado nos currículos de graduação em saúde, desarticulado e centrado na higiene das mãos e das precauções padrão. **Descritores**: Segurança do Paciente. Ensino Superior. Infecção. Currículo.

1 INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente representa uma problemática amplamente discutida no cenário mundial, principalmente pela alta incidência de EA (DUARTE et al., 2015; MENDES et al. 2013). Sua implementação envolve um conjunto de estratégias e intervenções, capazes de prevenir e/ou reduzir ao mínimo aceitável dos riscos e/ou danos ao paciente (BRASIL, 2013b; DAUD-GALLOTTI et al., 2011; OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Dentre os riscos que mais ameaçam a Segurança do Paciente, destacam-se as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), tanto pela elevada frequência, como pela morbimortalidade associada. Esta problemática, desafia os avanços científico-tecnológicos e,

mobiliza a atenção de profissionais, pesquisadores, organizações nacionais e internacionais que buscam a efetividade das medidas de prevenção e controle (BATISTA et al., 2014; CALFEE et al., 2012; CARAYON; XIE; KIANFAR, 2013; TAMBYAH et al., 2012).

Ciente dessa problemática, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu em 2012, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com vistas a prevenir e reduzir a incidência de EA relacionados à assistência nos serviços de saúde. Entre os objetivos do Programa, a inclusão do tema Segurança do Paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde configura-se em um grande desafio (BRASIL, 2012).

Os cursos de graduação na área da saúde desempenham importante papel na promoção de conhecimento, habilidades e atitudes acerca da Segurança do Paciente, contribuindo para práticas e atos seguros frente às situações de risco. Pesquisadores demonstram que os alunos ao terem contato com as discussões que cercam essa temática, se sentem motivados e encorajados, inclusive reconhecem a relevância do conteúdo para sua formação, e consequentemente, desenvolvem atitudes positivas no cuidado em saúde (KIERSMA; PLAKE; DARBISHIRE, 2011; KILLAM et al., 2012; LEOTSAKOS et al., 2014).

A formação em saúde voltada à Segurança do Paciente, é uma variável de difícil mensuração, e a inexistência de modelos sistemáticos de avaliação que norteiem essa formação torna ainda mais difícil essa tarefa. A despeito disso, este estudo sobre avaliação curricular de 12 cursos de graduação em saúde subsidiado nos tópicos de Segurança do Paciente recomendados pela OMS evidenciou que o tópico “Prevenção e controle da infecção” não é explorado em uma única disciplina, e está diluído em diferentes momentos.

Ao considerar a complexidade da temática e abrangência dos riscos a que os pacientes estão expostos, e que ameaçam sua segurança, realizou-se esta investigação subsidiada na segurança dos riscos de infecção. Diante dessa situação, tem-se como questionamento: de que forma as práticas de prevenção e controle da infecção na perspectiva da Segurança do Paciente, é explorada nos currículos de ensino de graduação em saúde? Assim, objetivou-se verificar a produção cientifica sobre a Segurança do Paciente relacionada as práticas de prevenção e identificar se esse conteúdo é contemplado ou não nos currículos de ensino de graduação em saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, reconhecida como um dos principais recursos da prática baseada em evidências. Esta técnica permite estabelecer a historicidade de uma determinada temática ou fenômeno, e fornecendo uma compreensão abrangente da situação (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

O seu desenvolvimento exige as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese/questão norteadora; seleção da amostra; definição das características do estudo (critérios de inclusão e exclusão); análise dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento (GANONG, 1987).

Na busca dos artigos utilizaram-se as bases: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), LILACS, *Science direct*, *Web of Science*, *SCOPUS*, *Europe PMC*, *Medline* via portal *PubMed* da *National Library of Medicine*.

Como critérios de inclusão estabeleceu-se artigos publicados sobre a temática em português, inglês ou espanhol, com resumo disponível, sem limite de tempo. Utilizaram-se nos cruzamentos os respectivos descritores: *"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND Curriculum AND "Cross Infection"; "Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND Curriculum; "Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND "Cross Infection"; "Patient Safety" AND "Education, Graduate"; "Patient Safety" AND Curriculum AND"Cross Infection"; "Patient Safety" AND "Cross Infection" AND ("Education, Graduate" OR "Higher Education" OR Curriculum)*. Na LILACS os termos foram escritos em português, inglês e espanhol, enquanto que nos outros bancos de dados utilizou-se apenas os termos em inglês.

A avaliação bibliográfica acerca da Segurança do Paciente no ensino de nível superior ocorreu em fevereiro de 2016, concomitantemente nas sete bases de dados. Ainda, para a seleção dos artigos, realizou-se por pares, separadamente, visando evitar vieses na sua seleção e triagem. No quadro 1 tem-se o total de artigos localizados em cada base de dados.

Quadro 1 - Mecanismo de busca e quantidade de textos recuperados nas diferentes bases de dado. São Paulo, Brasil, 2016.

BASE DE DADOS (TOTAL)	CRUZAMENTO – DESCRITORES	ARTIGOS OBTIDOS
CINAHL (08)	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND Curriculum AND "Cross Infection"	-
	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND Curriculum	-
	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND "Cross Infection"	-
	"Patient Safety" AND "Education, Graduate"	7
	"Patient Safety" AND Curriculum AND "Cross Infection"	1
LILACS (03)	"SEGURANCA DO PACIENTE" [Palavras] and "EDUCACAO SUPERIOR" [Palavras]	-
	"SEGURANCA DO PACIENTE" [Palavras] and "CURRICULO" [Palavras]	3
MEDLINE (19)	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND Curriculum AND "Cross Infection"	-
	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND "Cross Infection"	-
	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND Curriculum"	-
	"Patient Safety" AND curriculum AND "Cross infection"	19
WEB OF SCIENCE (129)	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND Curriculum AND "Cross Infection"	-
	Patient Safety * Education, Graduate * Cross Infection	-
	"Patient Safety" AND curriculum AND "Cross Infection"	1
	Patient Safety * Education, Graduate * Curriculum	128
SCOPUS (76)	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND Curriculum AND "Cross Infection"	1
	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND "Cross Infection"	2
	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND curriculum	30
	"Patient Safety" AND Curriculum AND "Cross Infection"	43
EUROPE PMC (167)	"Patient Safety" AND ("Education, Graduate" OR Curriculum) AND "Cross Infection"	10
	"Patient Safety" AND Curriculum AND "Cross Infection"	123
	"Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND Curriculum" "Patient Safety" AND "Education, Graduate" AND "Cross Infection" Patient Safety" AND "Cross Infection" AND ("Education, Graduate" OR Higher Education" OR Curriculum)	21 1 12
PUBMED (03)	("Patient Safety"[Mesh]) AND "Education, Graduate"[Mesh]) AND "Curriculum"[Mesh]) AND "Cross Infection"[Mesh]	1
	("Patient Safety"[Mesh]) AND "Education, Graduate"[Mesh]) AND "Cross Infection"[Mesh]	-
	("Curriculum"[Mesh]) AND "Patient Safety"[Mesh]) AND "Cross Infection"[Mesh]	2
TOTAL		**405**

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Dos 405 artigos identificados, 96 foram excluídos por não atenderem integralmente os critérios de inclusão, 37 eram repetidos nas bases de dados, restando 272 artigos. Na seleção

dos estudos realizou-se leitura criteriosa do título e resumo, a fim de verificar adequação com a questão norteadora. Destes 272 após leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão apenas 45 foram incluídos no estudo. A leitura foi feita por dois pesquisadores que elegeram 14 artigos para compor a amostra desta revisão integrativa.

E, a análise dos artigos foi realizada de forma descritiva, por meio de um instrumento construído e validado em seu conteúdo, sendo os itens não pertinentes suprimidos e os referentes à identificação da publicação e às características metodológicas mantidos, conforme recomendado por Nicolussi et al. (2008). (ANEXO E).

3 RESULTADOS

Os 14 estudos incluídos na revisão integrativa, foram distribuídos segundo título, base de dados, periódicos e ano de publicação conforme quadro 2.

Com relação a origem a maioria, ou seja, 12 está vinculada a universidades, sendo cinco (35,7%) artigos originários dos Estados Unidos da América, 85,7% publicados em inglês, e apenas dois (14,2%) no Brasil. Embora não houvesse a limitação de tempo do estudo, observou-se que os mesmos se concentraram de 2005 a 2015 ou seja, sete (50,0%) tem mais de cinco anos.

Os conteúdos investigados foram subdivididos nas seguintes categorias temáticas, apresentadas no quadro 2, a saber: Currículo (cinco artigos - 35,7%); Práticas isoladas de ensino - prevenção e controle de infecção (nove artigos - 64,3%).

Quadro 2 - Distribuição dos estudos segundo, título, categoria temática, base de dados, delineamento, intervenções e desfechos.

AUTORIA / TÍTULO CATEGORIA TEMÁTICA PRATICAS DE ENSINO (ISOLADAS)	BASE DE DADOS/ ANO	DELINEAMENTO	INTERVENÇÕES	DESFECHOS
AL-HUSSAMI, M.; DARAWAD, M Compliance of nursing students with infection prevention precautions: Effectiveness of a teaching program.	Scopus 2013	Estudo experimental.	Testar a eficácia de um programa educacional para prevenção de infecção com estudantes de Enfermagem.	O grupo experimental apresentou melhora significativa nos escores (conhecimento e atitude) quando comparados ao grupo controle. Assim, o programa representa uma ferramenta promissora as estratégias para prevenção e controle de infecção.
HUANG, Y. et al Limited knowledge and practice of Chinese medical students regarding health-care associated infections.	Scopus 2013	Estudo observacional descritivo.	Investigar riscos de infecções no cuidado em saúde relacionadas ao atendimento por estudantes de Medicina e a eficácia dos recursos de aprendizagem utilizados.	A pontuação média geral dos alunos foi alta (52,5). A maioria dos alunos obteve resultados satisfatórios em relação à higiene das mãos (77,6) e a infecção associada ao cuidado em saúde (63,2). Observou-se baixas pontuações acerca das precauções de isolamento (44,6); segurança dos trabalhadores na área da saude (45,6); equipamentos de proteção individual (57,6) e na identificação de patógeno associado a infecção associado ao cuidade em saúde (27,4).
WAGNER, D. P. An Interdisciplinary Infection Control Education Intervention: Necessary But Not Sufficient.	Europe PMC 2011	Estudo observacional tipo coorte.	Descrever o desenvolvimento e implantação de um projeto piloto para melhorar o ensino e avaliação da higiene das mãos e técnica asséptica.	Para os conhecimentos relacionados a técnica asséptica, a pontuação média do escore na fase do pré-teste foi de 51%, e no pós-teste foi de 63% (p= 0,001). Acerca da higiene das mãos e técnica asséptica, todos os participantes acertaram todo *check-list* no treinamento inicial, e no seguimento re-teste, a média de acerto do *check-list* foi de 59% entre estudantes. A maioria dos participantes, concordou que o módulo foi uma experiência de aprendizagem eficaz e útil para o desenvolvimento de atitudes e habilidades na prática clínica.
SHEKHTER, I. et al. Creating a Common Patient Safety Denominator: The Interns' Course.	Europe PMC 2009	Estudo observacional tipo coorte.	Elaborar um currículo na área médica pautado em competências necessárias à prevenção de erros médicos, relacionados ao	Apenas 36,5% dos participantes não lavaram as mãos antes do exame do paciente, enquanto 91% não lavaram as mãos após o exame do paciente. Observou-se graves lacunas na realização da higiene das mãos (HM) e na comunicação durante a "passagem de plantão", implicando diretamente na qualidade do cuidado.

			trabalho em equipe, comunicação e adesão a higiene das mãos.	
DOGRA, S. et al. Educational interventions to improve knowledge and skills of interns towards prevention and control of hospital-associated infections.	Europe PMC 2015	Estudo observacional tipo coorte.	Avaliar os conhecimentos e habilidades de estagiários acerca da prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.	A maioria dos estudantes sentiu diferença na avaliação de aprendizagem na fase pré-teste e pós-teste, após as sessões de ensino acerca da técnica de HM em diferentes procedimentos. O questionário que avaliou a satisfação da oficina mostrou que a maioria dos itens foram marcados em quase 90%, sugerindo que os programas de ensino têm um efeito positivo, e melhorou o conhecimento e habilidades dos participantes.
YOSHIKAWA, J. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em Enfermagem e Medicina sobre Segurança do Paciente.	Web of Science 2013	Estudo observacional descritivo.	Avaliar os alunos de graduação em Enfermagem e Medicina na perspectiva do erro humano e a Segurança do Paciente.	Cerca 64,2% dos estudantes concordaram que diante da ocorrência de um erro, os envolvidos na assistência devem discutir sua ocorrência e estabelecer estratégias efetivas de prevenção, como trabalhar com maior cuidado (85; 78%). E 83,5% referem que os profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não oferecem condições adequadas. Apesar de 87,2% alunos terem respondido que comunicam ao professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a ocorrência do erro, muitos (37; 33,9%) discordam com a atitude de comunicar a ocorrência do erro ao paciente e familiares quando este não causa danos ao paciente. A maioria dos alunos (100; 91,7%) acredita que sistemas para relatar erros colaboram para a redução de erros futuros.
WETZEL, A. P.; DOW, A. W.; MAZMANIAN, P. E Patient Safety Attitudes and Behaviors of Graduating Medical Students.	Web of Science 2011	Estudo observacional descritivo.	Avaliar os estudantes em relação ao conhecimento sobre o erro e a Segurança do Paciente.	96% dos estudantes de Medicina completaram o questionário de atitudes para a Segurança do Paciente, após discussões informais de conceitos de segurança. A maioria dos estudantes reconheceu a contribuição do trabalho em equipe multidisciplinar para redução do erro; a compreensão de inevitabilidade do erro e o envolvimento do paciente sob os cuidados em saúde, como estratégias para a redução do erro e Segurança do Paciente.
BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Os profissionais da saúde e a higienização de mãos: uma questão de Segurança do Paciente pediátrico.	CINAHL 2014	Qualitativo	Analisar a relação do ensino sobre a HM e a Segurança do Paciente pediátrico.	Existem lacunas, sob a ótica dos profissionais, durante o processo formativo quanto à HM. Referem que a formação acadêmica contribui de forma pouco efetiva para a criação de uma cultura de segurança dos pacientes, e que a temática é tratada de forma pouco eficaz para o aprendizado, como parte inerente da profissão.

WILSON, A. R.; FABRI, P. J.; WOLFSON, J Human Error and Patient Safety: Interdisciplinary Course.	CINAHL 2012	Estudo observacional descritivo	Avaliar o conhecimento dos alunos em um curso sobre erro e Segurança do Paciente.	Os estudantes de Enfermagem obtiveram maior pontuação em cada categoria avaliada (erro e Segurança do Paciente). Todos os alunos avaliaram o curso como satisfatório, indicando um aumento na capacidade para trabalhar em ambientes interprofissionais. Apresentaram melhoria do conhecimento e nível de habilidades relativas à Segurança do Paciente e conceitos de erros humanos.
CURRICULO				
VARKEY, P. et al. A Patient Safety Curriculum for Graduate Medical Education: Results From a Needs Assessment of Educators and Patient Safety Experts.	Web of Science 2009	Estudo observacional descritivo.	Avaliar as necessidades no desenvolvimento de um currículo de Segurança do Paciente nos cursos de Medicina.	Os especialistas entrevistados sugeriram um total de 21 temas de Segurança do Paciente necessários ao desenvolvimento de currículos, relacionados ao conteúdo (cultural, cognitivo e técnico). Incluíram comunicações e passagem de plantão, relatórios sentinela, gestão de eventos, higiene das mãos, o protocolo universal, fadiga e a cultura de segurança. Dentre os métodos mais eficazes para ensinar e avaliar a competência em Segurança do Paciente, o exame clínico estruturado e aprendizagem experiencial (incluindo simulação) foi o método que mais se destacou.
ALLEN, S. et al. Targeting Improvements in Patient Safety at a Large Academic Center: An Institutional Handoff Curriculum for Graduate Medical Education.	Web of Science 2014	Estudo observacional descritivo.	Avaliar o desenvolvimento e implementação de um currículo *handoff* "passagem de plantão" para os estudantes na área médica.	O currículo projetado incluiu sessões de experiência simulada de passagem de plantão, com pequenos e grandes grupos. Participaram do estudo 124 estudantes de Medicina que após o treinamento, reconheceram que o tempo dedicado para a comunicação verbal (passagem de plantão), assim como os modelos de acesso e o registro de informações, se destacam como itens importantes para comunicação eficaz e interação com os pacientes.
CURRIE, L. M. Web-based Hazard and Near Miss Reporting as Part of a Patient Safety Curriculum.	Europe PMC 2009	Estudo observacional descritivo.	Descrever os tipos de EA de erro e quase erro relatados por estudantes de Enfermagem que utilizaram um sistema de comunicação baseado na web para a Segurança do Paciente.	O sistema de comunicação identificou que os relatórios mais comuns estavam relacionados à infecção, medicação, ambiente, queda e equipamento.
SINGH, R. et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to	Web of Science 2005	Estudo observacional tipo coorte prospectivo.	Avaliar a implementação de um currículo de Segurança do Paciente, em curso de Medicina, baseado nas seis competências da	O novo currículo de Segurança do Paciente foi introduzido com sucesso no curso de Medicina, integrando a Segurança do Paciente nas atividades diárias dos estudantes. Incorporou contributos de disciplinas de Enfermagem e Farmácia, de modo

address the ACGME core competencies.			Acreditation Council for Graduate Medical Education.	a ajudar a construir equipes clínicas mais eficazes e incutir uma cultura de segurança.
HOLLAND, R. et al. Creating Champions for Health Care Quality and Safety.	Web of Science 2010	Estudo observacional tipo coorte.	Promover a qualidade dos cuidados de saúde por meio de uma estratégia de qualidade na área médica.	Segundo as avaliações do corpo docente, os residentes demonstraram melhor conhecimento e atitude em relação à Segurança do Paciente, após identificarem por meio do curriculo baseado na web questões relacionadas à qualidade do atendimento.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

4 DISCUSSÃO

O mundo globalizado e as transformações em todas as áreas de conhecimento, em especial à saúde, impõem importantes desafios as Instituições de Ensino Superior (IES), que devem constantemente rever as bases curriculares com vistas a favorecer a qualificação da formação dos futuros profissionais. Em linhas gerais, as IES devem garantir uma sólida formação, preparando o futuro graduando para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional, que na visão contemporânea em saúde tem-se investido maciçamente em qualidade e segurança.

Em que pesem a diversidade de condições de recursos sejam econômicos e/ou estruturais há que se vencer as dificuldades e investir na qualidade do ensino na perspectiva da Segurança do Paciente e livre de iatrogenias.

As principais medidas para a melhoria do conhecimento e incorporação da Segurança do Paciente nos currículos de formação, incluem mudanças nos currículos, o que tem levado diversos países a buscarem discutir o assunto. A temática deve ser explorada durante todo o processo de formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde, a fim de se alcançar melhores resultados quanto a incorporação da Segurança do Paciente. As principais atividades e/ou iniciativas apresentadas nos estudos que incluíram a Segurança do Paciente, foram evidenciadas nas propostas e elaboração de “Programas Educacionais”, que identificaram melhoras no conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem e atitudes em relação à prevenção de infecção após a participação destes nos programas.

Destaca-se a elaboração de currículos inovadores e diferentes recursos de aprendizagem que incorporem a Segurança do Paciente, principalmente, na prevenção de erros e infecções relacionadas à assistência em saúde, como ações contributivas à qualidade e melhoria do cuidado seguro em saúde.

A comunicação e o trabalho em equipe multidisciplinar para redução do erro também foram verificados nos estudos analisados, destacando a compreensão de inevitabilidade erro, e a importância de envolver o paciente como parceiro na identificação do risco e na resolução dos problemas, favorecendo o aprimoramento de práticas seguras.

O fortalecimento da cultura de segurança nas organizações de saúde passa, sobremaneira, pela formação acadêmica e capacitação de recursos humanos nas diversas profissões da área de saúde, uma vez que a avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças para reduzir a incidência de EA, e, consequentemente, garantir cuidados de saúde seguros. Os novos

profissionais devem apresentar conhecimentos e habilidades para identificar e saber o que fazer quando cometem ou presenciam qualquer tipo de erro no cuidado prestado. Entretanto, os educadores precisam rever continuamente suas estratégias de educação; os projetos pedagógicos dos cursos precisam de alinhamentos claros, para que a temática não seja minimizada dentre outras tão importantes no ensino em saúde (KIERSMA; PLAKE; DARBISHIRE, 2011; KILLAM et al., 2012; URBANETTO, GERHARDT, 2013; YOSHIKAWA et al., 2013).

Algumas estratégias para a melhoria da qualidade e promoção à Segurança do Paciente estão sendo implantadas, por todo o mundo. Nos Estados Unidos da América (EUA) um sistema de Tecnologia de Informação em Saúde para a Segurança do Paciente foi desenvolvido para notificar, fiscalizar e acompanhar possíveis EA e erros associados ao cuidado em saúde (SITTIG; CLASSEN; SINGH, 2015), enquanto países europeus organizam conferências de Segurança do Paciente, com ampla discussão e participação de peritos no assunto, além da publicação de manuais baseados em evidências científicas. Na Suécia, ainda foi criada uma lei sobre a Segurança do Paciente como parte de um plano de incentivo financeiro apoiado pelo governo com gratificação a conselhos municipais que realizem ações para reforço da Segurança do Paciente (RIDELBERG; ROBACK; NILSEN, 2014).

Nesse sentido, a mudança nos currículos para a integração de aspectos relevantes acerca da Segurança do Paciente é necessária e urgente na formação dos futuros profissionais de saúde. É preciso reconhecer que a interação entre o conhecimento e a aprendizagem individual dependente das condições culturais sob a qual a aprendizagem ocorre. Há um consenso crescente sobre a importância da criação de uma abordagem aberta e não punitiva nas organizações de saúde, com ênfase em uma formação que priorize a segurança do paciente (DOYLE et al., 2015; KERFOOT et al., 2007; LEAPE, 2010; LEOTSAKOS et al., 2014; STEVEN et al., 2014).

Dessa forma, estudos que verificaram as perspectivas de estudantes da graduação e pós-graduação da área da saúde sobre a Segurança do Paciente na sala de aula, referem que somente as oportunidades aleatórias de aprendizagem e experiências não garantem à aquisição de conhecimento, atitudes e habilidades necessários à prática assistencial segura. A prática clínica é apresentada como um dos componentes curriculares necessários ao entendimento, integração e atualização dos conceitos de Segurança do Paciente na educação médica. Destaca ainda que os estudantes de Medicina investigados no estudo citado se sentiram mais confortáveis com a discussão acerca da segurança clínica, englobando questões voltadas para a HM, controle e

prevenção de infecções e a prática segura de medicamentos (DOYLE et al., 2015; TREGUNNO et al., 2014).

No entanto, ao se trabalhar questões relacionadas aos aspectos socioculturais dependentes da Segurança do Paciente, tais como trabalho em equipe, gestão do risco de segurança e cultura de segurança, os estudantes se sentiram menos confiantes no desempenho de algumas práticas (DOYLE et al., 2015; TREGUNNO et al., 2014; VAN BEUZEKOM et al., 2013).

O impacto da prevenção e o controle de infecção na Segurança do Paciente é uma preocupação constante em todo o mundo e, é sistematicamente abordada nos currículos dos alunos. A adequada HM por parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde é considerada um indicador e principal medida de prevenção e controle das IRAS, por ser um método simples e barato (SANTOS et al., 2014; SOUZA et al., 2015).

A exemplo disso, um estudo descritivo-exploratório que avaliou, por meio de indicadores, a frequência e a infraestrutura para a HM além do conhecimento da equipe de Enfermagem sobre o tema, evidenciou que o indicador de infraestrutura para HM esteve próximo do valor ideal (83,3%). Quanto à frequência de HM, houve divergências entre a prática autorrelatada pelos profissionais com a observação da técnica durante os procedimentos. Apesar da infraestrutura adequada, a HM esteve abaixo do esperado, indicando necessárias intervenções para a superação dessas barreiras (SANTOS et al., 2014).

No estudo proposto por Kelcíkova, Skodova e Straka (2012), sobre a análise da eficácia do ensino de Enfermagem em relação a HM, foi verificado déficits significativos na qualidade da informação sobre a HM em programas educacionais de Enfermagem, relacionados aos níveis insuficientes de conhecimento relatados sobre a HM, associados à baixa adesão da técnica por parte dos estudantes durante a sua formação, em situações clínicas. Já o estudo proposto por Belela-Anacleto et al. (2013) acerca da eficácia do ensino acerca da HM, demonstrou que, segundo a perspectiva de docentes e universitários, as atividades de estágio ocorrem em locais nos quais não há adequada infraestrutura para as práticas preconizadas de HM, fato este que contribui para a ocorrência de falhas no processo de cuidar, interferindo diretamente na Segurança do Paciente (BELELA-ANACLETO et al., 2013).

Uma das maiores dificuldades na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde remete à formação e capacitação de recursos humanos. Ainda, segundo Padoveze e Fortaleza (2014), poucos são os cursos de graduação que capacitam profissionais na área de prevenção e controle de IRAS. Entretanto, a educação, o treinamento dos profissionais e pesquisas científicas que discutem a temática pode contribuir para a divulgação da cultura de

Segurança do Paciente e para a redução ao máximo dos EA e práticas inseguras, que colocam em risco a saúde de pacientes e profissionais (OLIVEIRA; PAULA, 2013; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

O atual conceito de Segurança do Paciente apresenta como fatores responsáveis pela ocorrência de EA as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, relacionados à sua concepção, organização e funcionamento. Geralmente, o erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores associados, inerentes do próprio paciente e da instituição que o assiste, (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; ROQUE; MELO, 2012).

Para uma melhor incorporação da cultura da Segurança do Paciente nos ambientes de prestação de serviço, se faz necessário uma formação-crítica que evite EA, aliado a uma cultura de segurança que ofereça subsídios aos profissionais de saúde para lidar com os erros. O papel protagonista da Enfermagem, deve ser repensado e explorado tendo em vista o grande contingente de profissionais atuantes nas instituições e a sua responsabilidade nos cuidados prestados aos pacientes.

Nessa perspectiva, Souza et al. (2016) afirma que o ensino do controle de infecção deve integrar a estrutura curricular dos cursos da saúde em disciplinas básicas e profissionalizantes, complementada continuamente por atividades de pesquisa e extensão e ser explorada com maior profundidade sempre que necessário, oportunizando atividades práticas pertinentes ao exercício profissional. Isto, terá impacto direto nos indicadores de EA e irá colaborar no desenvolvimento de uma cultura de segurança que beneficiará diretamente o paciente.

6 CONCLUSÃO

O ensino da Segurança do Paciente na perspectiva das práticas de prevenção e controle da infecção está fragmentado nos currículos de graduação em saúde. É explorado por meio de diferentes temas, diluído e desarticulado do contexto de Segurança do Paciente proposto pela OMS em 2011 e, referendado pelo Ministério da Saúde. Ainda, sua abordagem é superficial e centrada na HM. Acredita-se que uma abordagem integrada entre as disciplinas ao longo do curso possa superar as dificuldades na formação de profissionais sensíveis e conscientes da problemática, o que sem dúvida terá reflexos direto na qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

AL-HUSSAMI, M.; DARAWAD, M. Compliance of nursing students with infection prevention precautions: effectiveness of a teaching program. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 41, n. 4, p. 332-336, apr. 2013.

ALLEN, S. et al. Targeting improvements in patient safety at a large academic center: an institutional handoff curriculum for graduate medical education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 89, n. 10, p. 1366-1369, oct. 2014.

BATISTA, O. M. A. et al. Sensitivity of embryos related to the pneumonia associated with the ventilation mechanics. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p.224-233, dec. 2014. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3447/pdf_1160>. Acesso em: 15 maio 2016.

BELELA-ANACLETO, A. S. C. et al . Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 901-908, dez. 2013 . Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2016.

BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 124-129, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00124.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-12, jan./jul. 2013. Disponível em:< http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CALFEE, D. P. Crisis in hospital-acquired, healthcare-associated infections. **Annual Review of Medicine**, Palo Alto, v. 63, p. 359-371, 2012.

CARAYON, P.; XIE, A.; KIANFAR, S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 22, n. 18, p. 295-302, 2013.

CURRIE, L. M. Web-based hazard and near-miss reporting as part of a patient safety curriculum. **The Journal of Nursing Education**, New York, v. 48, n. 12, p. 669-677, dec, 2009. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4447095/pdf/nihms-692423.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2016.

DAUD-GALLOTTI, R. M. et al. A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination. **Clinics**, São Paulo, v. 66, n. 7, p. 1209-1215, 2011.

DOGRA, S. et al. Educational interventions to improve knowledge and skills of interns towards prevention and control of hospital-associated infections. **International Journal of Applied & Basic Medical Research**, Mumbai, v. 5, supl. 1, p. S54-S57, aug. 2015. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4552068/>. Acesso em: 19 fev. 2016.

DOYLE, P. et al. Self-reported patient safety competence among Canadian medical students and postgraduate trainees: a cross-sectional survey. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 24, n. 2, p. 135-141, feb. 2015.

DUARTE, S. C. M. et al. EA na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, jan./fev. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016.

GANONG, L. H. Integrative reviews of Nursing research. **Research in Nursing & Health,** New York, v. 10, p. 1-11, feb. 1987.

HOLLAND, R. et al. Creating champions for health care quality and safety. American **Journal of Medical Quality**, Baltimore, v. 25, n. 2, p. 102-108, mar./apr. 2010.

HUANG, Y. et al. Limited knowledge and practice of Chinese medical students regarding health-care associated infections. **Journal of Infection in Developing Countries**, Itália, v. 15, n. 2, p. 144-151, feb. 2013. Disponível em:<http://www.jidc.org/index.php/journal/article/view/23416661/832>. Acesso em: 11 fev. 2016.

KELCÍKOVA, S.; SKODOVA, Z.; STRAKA, S. Effectiveness of hand hygiene education in a basic nursing school curricula. **Public Health Nursing**, Boston, v. 29, n. 2, p.152-159, mar./apr. 2012.

KERFOOT, B. P. et al. Patient safety knowledge and its determinants in medical trainees. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 8, p. 1150-1154, aug. 2007.

KIERSMA, M. E.; PLAKE, K. S.; DARBISHIRE, P. L. Patient safety instruction in US health professions education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Alexandria, v. 75, n. 8, p. 162, oct. 2011. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220343/pdf/ajpe758162.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

KILLAM, L. A. et al. Unsafe clinical practices as perceived by final year baccalaureate nursing students: Q methodology. **BMC Nursing**, v. 26, n. 11, may 2012. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3526422/pdf/1472-6955-11-26.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2015.

LEAPE, L. L. Who's to blame? **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,** Oakbrook Terrace, v. 36, n. 150-151, apr. 2010.

LEOTSAKOS, A. et al. Educating future leaders in patient safety. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, Auckland, v. 7, p. 381-388, 2014.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (Ed.). **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. cap.1, p. 3-24.

MENDES, W. et al . Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 59, n. 5, p. 421-428, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2016.

NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto**: revisão integrativa da literatura. 2008. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2008.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Healthcare-associated infections in the context of patient safety: past, present and future. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 216-220, 2013. Disponível em:< http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>. Acesso em: 15 mar. 2016.

PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 995-1001, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2016.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>. Acesso em: 25 set. 2016.

RIDELBERG, M.; ROBACK, K.; NILSEN, P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. **BMC Nursing**, London, v. 13, n. 23, p. 23, aug. 2014.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Avaliação dos EA a medicamentos no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.121-127, jan./mar. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a16.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

SANTOS, T. C. R. et al. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 70-77, março de 2014. Disponível em:< http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40930/28935>. Acesso em: 25 set. 2015.

SHEKHTER, I. et al. Creating a Common Patient Safety Denominator: The Interns' Course. **Journal Of Graduate Medical Education,** Chicago, v. 1, n. 2, p. 269-272, dec. 2009. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931250/pdf/i1949-8357-1-2-269.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SINGH, R. et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. **Medical Education**, Oxford, v. 39, n. 12, p. 1195-1204, dec. 2005.

SITTIG, D. F.; CLASSEN, D. C.; SINGH, H. Patient safety goals for the proposed Federal Health Information Technology Safety Center. **Journal of the American Medical Informatics Association,** v. 22, n. 2, p. 472-478, mar. 2015.

SOUZA, E. S. et al. Mortalidade e riscos associados à infecção relacionada à assistência à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 220-228, jan./mar. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00220.pdf>. Acesso em: 25 set. 2016.

SOUZA, A. F. L. et al. Prevenção e controle de infecção na formação do enfermeiro: estudo descritivo. **Online Journal Of Nursing,** Rio de Janeiro, 2016 (no prelo).

STEVEN, A. et al. Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. **Nurse education today**, Edinburgh, v. 34, n. 2, p. 277-284, feb. 2014.

TAMBYAH, P. A.; OON, J. Catheter-associated urinary tract infection. **Current Opinion in Infectious Diseases**, London, v. 25, n. 4, p. 365-370, aug. 2012.

TREGUNNO, D. et al. Integrating patient safety into health professionals' curricula: a qualitative study of medical, nursing and pharmacy faculty perspectives. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 23, n. 3, p. 257-264, 2014.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 8-9, 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43294>. Acesso em: 17 maio 2016.

VAN BEUZEKOM, M. et al. Influence of latent risk factors on job satisfaction, job stress and intention to leave in anaesthesia teams: a cross-sectional survey. **European Journal of Anesthesiology**, Oxford, v. 30, n. 5, p. 222-228, may. 2013.

VARKEY, P. et al. A patient safety curriculum for graduate medical education: results from a needs assessment of educators and patient safety experts. **American Journal of Medical Quality**, Baltimore, v. 24, n. 3, p. 214-221, may/june 2009.

WAGNER, D. P. An interdisciplinary infection control education intervention: necessary but not sufficient. **Journal Of Graduate Medical Education**, Chicago, v. 3, n. 2, p. 203-210, june. 2011. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184921/pdf/i1949-8357-3-2-203.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

WETZEL, A. P.; DOW, A. W.; MAZMANIAN, P. E. Patient safety attitudes and behaviors of graduating medical students. **Evaluation & The Health Professions**, Baltimore, v. 35, n. 2, p. 221-238, june. 2012.

WILSON, A. R.; FABRI, P. J.; WOLFSON, J. Human error and patient safety: interdisciplinary course. **Teaching and Learning in Medicine**, Hillsdale, v. 24, n. 1, p. 18-25, 2012.

YOSHIKAWA, J. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/05.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A - Tópicos extraídos traduzidos do guia: (The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide).

Justificativa para os tópicos no Ensino sobre Segurança do Paciente

Tópico	Justificativa
1. O que é a Segurança do Paciente	Os graduandos devem compreender o que significa Segurança do Paciente e do papel que exercem na minimização da incidência e impactos dos EA bem como na maximização de medidas que previnam tais eventos.
2. Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a Segurança do Paciente	O estudo de fatores humanos examina a relação entre os seres humanos e os sistemas com os quais eles interagem destacando aspectos como a criatividade, eficiência, produtividade e satisfação no trabalho, com o objetivo de tornar o processo de trabalho mais seguro.
3. Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente	Os cuidados de saúde raramente são realizados por um único indivíduo. Desta forma, o atendimento seguro e efetivo depende de conhecimentos, habilidades e comportamentos não só dos trabalhadores da linha de frente, como também de uma estrutura organizacional. Os pacientes dependem de muitas pessoas, fazendo a coisa certa, no tempo certo, portanto, urge que se tenha um sistema de atendimento que se assegure as complexas interações. Entender o sistema de saúde pode melhorar a atenção ao paciente e minimizar a ocorrência de EA.
4. Ser um participante de uma equipe eficaz	O trabalho em equipe é um elemento essencial para a segurança do Paciente. A importância do trabalho em equipe tende a aumentar devido a fatores como maior complexidade das doenças, aumento das especializações no atendimento; aumento de comorbidades; escassez de força de trabalho, dentre outras. Os trabalhos em saúde envolvem muitos profissionais e precisam ser bem coordenados, devendo haver boa comunicação entre eles em todos os momentos.
5. Aprendendo com os erros para evitar danos	Há inúmeros erros na assistência à saúde e alguns trazem consequências trágicas ao paciente. Os profissionais de saúde precisam compreender a natureza dos erros e como eles podem agir com o paciente. Isto é essencial para a concepção de estratégias para evitá-los e ou interceptá-los antes que possam causar danos. É necessário aprender com os erros, tanto com os próprios como também com os dos outros, para melhorar a Segurança do Paciente.
6. Compreensão e gestão de riscos clínicos	O gerenciamento do risco clínico é relevante para a Segurança do Paciente. Na área da saúde, a gestão de riscos é geralmente associada às medidas legais que pacientes tomam contra os profissionais ou instituição, alegando prejuízos decorrentes do cuidado e tratamento em saúde. No entanto, a gestão do risco inclui uma conceituação abrangente que trata, também, dos aspectos de tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância. Há uma variedade de métodos para gerenciar riscos que dependem da criação e manutenção de

	sistemas seguros de cuidados, projetado para reduzir EA e melhorar o desempenho humano.
7. Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência	O conhecimento de métodos para redução de danos e melhoria dos cuidados dá uma base teórica e científica para medir EA e tornar mais significativas e sustentáveis as ações na prevenção de eventos futuros. O conhecimento dos motivos dos eventos não é suficiente, mas entender suas causas e fazer as mudanças no sistema é que podem dar maior confiabilidade para as organizações. Muitos métodos já são utilizados na saúde, como a prática baseada em evidência e ensaios clínicos controlados. Saberes de outros campos de conhecimentos como Engenharia, Psicologia e Gestão também podem ser aplicados para a promoção da Segurança do Paciente.
8. Interação com pacientes e cuidadores	Os cuidados modernos em saúde devem ser centrados no paciente. Iniciativas ao redor do mundo têm dado voz ao usuário dos sistemas de saúde e toda pessoa tem o direito de receber informações sobre o tipo de tratamento que irá receber, especialmente aqueles que são considerados invasivos. O envolvimento ativo do paciente, família e cuidadores diminui a ocorrência de erros. O consentimento informado permite que os pacientes, em colaboração com profissionais de saúde, tomem decisões sobre as intervenções e os riscos associados a elas. A Divulgação é um termo usado para descrever a comunicação aberta e honesta entre os profissionais de saúde e pacientes, principalmente após estes terem sofrido danos.
9. Prevenção e controle da infecção	Estatísticas sobre incidência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – IACS - são alarmantes e acontecem em todo o mundo. Os profissionais da saúde e os membros da comunidade devem estar engajados e conhecer as estratégias para diminuir estes problemas. A prevenção de infecção deve ser sempre a prioridade de todos os trabalhadores de saúde e é um componente-chave dos programas de Segurança do Paciente.
10. Segurança do Paciente e procedimentos invasivos	Milhões de procedimentos cirúrgicos são realizados a cada ano em todo o mundo e há evidências de complicações não só devido às infecções, como também de EA. É uma área onde existem muitas oportunidades para a ocorrência de problemas, os processos de verificação, como diretrizes, protocolos e *checklists* realizados pela equipe multidisciplinar, são considerados métodos eficazes para melhorar o atendimento ao paciente que se submete a procedimentos invasivos.
11. Melhora na segurança da medicação	Os medicamentos são benéficos para o tratamento e prevenção de doença, havendo aumento significativo em seu uso. Esta situação trouxe consigo um elevado número de reações adversas, erros e EA associados ao seu uso. As razões destes eventos são complexas e se vinculam à variedade e diversidade dos medicamentos disponíveis; à interação de medicamento e efeitos colaterais; aos pacientes com múltiplas comorbidades, ou ainda, porque neste processo há uma gama de profissionais envolvidos.

Fonte: World Health Organization (2011 apud BOHOMOL, 2013).

ANEXO B – Referências referentes aos projetos pedagógicos e informações sobre os cursos das universidades pesquisadas.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Escola de Enfermagem**. São Paulo: EEUSP, 2012. Disponível em:<http://www.ee.usp.br/site/>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem. **Grade curricular:** Enfermagem. São Paulo: EEUSP, [2010a]. Disponível em:<https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=7&codcur=7012&codhab=0&tipo=N>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina**. Grade curricular:** Fisioterapia. São Paulo: FMUSP, [2010b]. Disponível em:<https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=5&codcur=5052&codhab=0&tipo=N>. Acesso em: 12 jan. 2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. **Grade curricular:** Medicina. São Paulo: FMUSP, [2010c]. Disponível em:<https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=5&codcur=5042&codhab=0&tipo=N>. Acesso em: 12 jan. 2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem. **Projeto Político Pedagógico**: bacharelado em enfermagem. São Paulo: EEUSP, 2015a. Disponível em:< http://www.ee.usp.br/ensino/graduacao/Projeto%20Politico%20Pedag%C3%B3gico/Projeto_Politico_Pedagogico_do_Curso_de_Bacharelado_em_Enfermagem.PDF>. Acesso em: 26 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Centro colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem. **Projeto Pedagógico**: curso de bacharelado em Enfermagem. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2014. Disponível em:< http://www.eerp.usp.br/bacharelado-pp/>. Acesso em: 25 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Graduação**. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2014. Disponível em:< http://www.eerp.usp.br/undergraduation-home/>. Acesso em: 25 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Grade Curricular. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: **Curso Enfermagem.** Ribeirão Preto: EERP-USP, 2014. Disponível em:< https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=22&codcur=22013&codhab=0&tipo=N>. Acesso em: 25 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Curso de Fisioterapia. **Projeto Político Pedagógico (2008-2012).** São Paulo: FMUSP, 2012a.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da FMUSP**. São Paulo: FMUSP, 2015b.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Fisioterapia.** Ribeirão Preto: FMRP-USP, [2010d]. Acesso em: <http://www.fmrp.usp.br/site-graduacao/graduacao/cursos-oferecidos-pela-fmrp/fisioterapia/>. Acesso em: 21 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Grade Curricular**: Fisioterapia. São Paulo: FMRP-USP, [2010e]. Disponível em:<https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=17&codcur=17100&codhab=4&tipo=N>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Grade curricular:** Medicina. São Paulo: FMRP-USP, [2010f]. Disponível em:<https://sistemas2.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=17&codcur=17050&codhab=0&tipo=N>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Grade curricular:** Odontologia. São Paulo: FMRP-USP, [2010g]. Disponível em:<https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=58&codcur=58012&codhab=0&tipo=N>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Medicina**. São Paulo: FMRP-USP, [2010h]. Disponível em:< http://www.fmrp.usp.br/site-graduacao/graduacao/cursos-oferecidos-pela-fmrp/medicina/>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico**: curso de graduação em Fisioterapia. Ribeirão Preto: FMRP-USP, [2010i]. Disponível em:< http://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/PROJETO-POL%C3%8DTICO-PEDAG%C3%93GICO-2014.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Ribeirão Preto: FMRP-USP, 2012b. Disponível em:< http://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/ppp_FMRP_cm.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia. **Grade curricular:** Odontologia. São Paulo: FOUSP, [2010j]. Disponível em:< https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=23&codcur=23011&codhab=0&tipo=N&print=true>. Acesso em: 12 jan. 2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**. São Paulo: FOUSP, 2015c. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/?page_id=734>. Acesso em: 12 mar. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: FORP, [2010k]. Disponível em:<http://www.forp.usp.br/>. Acesso em: 19 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto Político Pedagógico**: Odontologia. Ribeirão Preto: FORP, 2015d. Disponível em: <http://143.107.153.201/images/stories/grad/ppp2017.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Fisioterapia.** São Paulo: FMUSP, [2010m]. Disponível em:< http://www5.usp.br/ensino/graduacao/cursos-oferecidos/fisioterapia/>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Medicina** São Paulo: FMUSP, [2010n]. Disponível em:< http://www5.usp.br/ensino/graduacao/cursos-oferecidos/medicina/>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Medicina. **Disciplinas optativas**: curso médico. São Paulo: FMUSP, 2016. Disponível em:< http://www5.usp.br/ensino/graduacao/cursos-oferecidos/medicina/>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Odontologia.** São Paulo: FOUSP, [2010o]. Disponível em:< http://www5.usp.br/ensino/graduacao/cursos-oferecidos/odontologia/>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. **Fisioterapia.** Uberlândia: FAEFI, c2009a. Disponível em:< http://www.faefi.ufu.br/graduacao/fisioterapia>. Acesso em: 18 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. **Ficha Discp 2012.** Uberlândia: FAEFI-UFU, 2012a. Disponível em:< http://www.faefi.ufu.br/node/201>. Acesso em: 16 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. **Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia e Faculdade de Educação Física.** Uberlândia: FAEFI-UFU, c2009b. Disponível em:< http://www.faefi.ufu.br/sites/faefi.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/FI_ProjetoPedagogico.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. **Fichas dos Componentes Curriculares**: 5 período**.** Uberlândia: FAEFI-UFU, 2012b. Disponível em:< http://www.faefi.ufu.br/sites/faefi.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/FisioterapiaReformula%C3%A7%C3%A3oProjetoPedag%C3%B3gicoPrc85_2012.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. **Curso de Graduação em Enfermagem.** Uberlândia: FAMED, c2009c. Disponível em:<http://www.famed.ufu.br/graduacao/enfermagem>. Acesso em: 19 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. Curso de Graduação em Enfermagem. Grade curricular. **Horário de Aulas**. Uberlândia: FAMED, 2007a. Disponível em:< http://www.famed.ufu.br/sites/famed.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/Curriculo%202007LBENF%20-%20Vers%C3%A3o%202011-1.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. **Grade Curricular:** Medicina**.** Uberlândia: FAMED, 2008. Disponível em:< http://www.famed.ufu.br/sites/famed.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/Grade%20Curricular.pdf >. Acesso em: 17 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. **Medicina**. Uberlândia: FAMED, c2009d. Disponível em:< http://www.famed.ufu.br/graduacao/medicina>. Acesso em: 13 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.** Uberlândia: FAMED, 2010. Disponível em:< http://www.famed.ufu.br/sites/famed.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/PROJETO%20PEDAG%C3%93GICO%20APROVADO%20COMPLETO%202010.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.** Uberlândia: FAMED, 2012c. Disponível em:< http://www.famed.ufu.br/sites/famed.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/PP2012_22-08-2013.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Odontologia. **Estrutura Curricular:** Curso de Graduação em Odontologia. Uberlândia: FOUFU, 2007b. Disponível em:< http://www.fo.ufu.br/sites/fo.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/OD_EstruturaCurricular.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Odontologia. Ficha de disciplinas. **Disciplinas Obrigatórias.** Uberlândia: UFU, 2016a. Disponível em:< http://www.fo.ufu.br/node/173 >. Acesso em: 12 out. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Odontologia. **Graduação em Odontologia.** Uberlândia: FOUFU, c2010. Disponível em:< http://www.fo.ufu.br/graduacao/odontologia>. Acesso em: 14 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Odontologia. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia.** Uberlândia: FOUFU, 2007c. Disponível em:< http://www.fo.ufu.br/sites/fo.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/OD_ProjetoPedagogico.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Uberlândia: UFU, 2016b. Disponível em:<http://www.ufu.br/>. Acesso em: 12 jan. 2016.

ANEXO C - Autorização para uso dos termos rastreadores traduzidos e validados por Elena Bohomol

Autorização para uso de instrumento de pesquisa

ANDRÉA SILVA 22/02/2016
Para: ebohomol@unifesp.br

Ações

Prezada Prof. Dr. Elena Bohomol, bom dia!

Meu nome é Andréa Mara Bernardes da Silva, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP e estou em fase de desenvolvimento de minha pesquisa sobre a "CULTURA DE SEGURANÇA NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E AS IMPLICAÇÕES NO CONTROLE DA INFECÇÃO" sob a orientação da Professora Dra. Denise de Andrade – Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Conforme contato telefônico em 22 de fevereiro de 2016, venho por meio deste solicitar vossa autorização para utilizar seu instrumento de coleta de dados que contempla os termos rastreadores a respeito do ensino sobre segurança do paciente no curso de medicina, de acordo com os tópicos do Manual da Organização Mundial de Saúde (2011) que em sua pesquisa foi traduzido e realizado a validação aparente.

Pela relevância de sua experiência no tema, gostaria neste primeiro contato de solicitar também sua tese "O Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina da Universidade Federal de São Paulo" para uma leitura geral do trabalho, já que a mesma ainda não se encontra disponível *online*.

Desde já agradeço a atenção, no aguardo de um breve retorno.

Atenciosamente,

Andréa Mara Bernardes da Silva

Andréa Mara Bernardes da Silva
Doutoranda do Programa de Enfermagem Fundamental – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Telefone: (34) 98801-3312 - (34) 3313-1275

Este e-mail foi enviado por um computador sem vírus e protegido pelo Avast.
www.avast.com

© 2016 Microsoft Termos Privacidade e cookies Desenvolvedores Português (Brasil)

Elena Bohomol (ebohomol@unifesp.br) Adicionar aos contatos 23/02/2016 Documentos
Para: ANDRÉA SILVA

Ações

1 anexo (2,3 MB)

Outlook.com Exibição Ativa

POSDOC_ELENA BO...

Baixar como zip Salvar no OneDrive

Olá Andréa, tudo bem.
Os termos rastreadores já estão em domínio público e estão publicados na revista Einstein e sairão na Interface (creio que em breve em ahead of print).
Segue a tese de pós-doc. Deixe-me ciente dos seus caminhos, gostaria de saber minha contribuição para o seu trabalho

abç

Elena

ANEXO D – Ofício CEP/EERP/USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 090/2015, de 02.07.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 196ª Reunião Ordinária, realizada em 01 de julho de 2015.

Protocolo CAAE: 45047015.0.0000.5393

Projeto: Cultura de Segurança no Ensino de Graduação em Enfermagem e as Implicações no Controle da Infecção.

Pesquisadores: Andréa Mara Bernardes da Silva (doutoranda)
Denise de Andrade (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Justabile p/
Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Denise de Andrade
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO E – Instrumento de coleta de dados.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

Título do Artigo	
Periódico/ volume/ número/ ano	
Autores	
Formação/ Profissão do autor principal	
Instituição/ local	
País/ idioma	

2. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Tipo de Publicação Delineamento de Pesquisa (Segundo POLIT; BECH; HUNGLER, 2014; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2006)	Pesquisa: ( ) Quantitativa ( ) delineamento experimental ( ) delineamento quase-experimental ( ) delineamento não-experimental Corte: ( ) transversal ( ) longitudinal ( ) Qualitativa ( ) Etnografia/ Etnociência ( ) Fenomenologia/ Hermenêutica ( ) Teoria fundamentada Não Pesquisa: ( ) Revisão de literatura ( ) Revisão Sistemática ( ) Relato de experiência ( ) Metanálise ( ) Estudo de caso ( ) Outras. Qual? _____
Objetivos	
População	Faixa etária: ( ) Adulto jovem ( ) Adulto idoso (>60anos) Sexo: ( ) Masculino e ( ) Feminino
Amostra (Segundo POLIT, BECH, HUNGLER, 2014)	Amostragem de não-probabilidade: ( ) conveniência ( ) quota ( ) proposital (intencional) Amostragem de probabilidade: ( ) aleatória simples (randômica) ( ) aleatória estratificada ( ) de grupo ( ) sistemática ( ) outro tipo de amostragem _____ Tamanho ( ): inicial ( ) final Critérios de inclusão/ exclusão:
Tratamento dos Dados (Análise estatística)	

Nos estudos de intervenção, qual(is) a(s) intervenção(ões) usada(s)?	Variáveis: ( ) Independente (intervenção): _____ _____ ( ) Dependente _____ _____ Grupos: Experimental _____ Controle _____
Resultados	
Conclusões	
Nível de evidência (MELNIK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005)	( ) I – Revisão Sistemática (RS) ou metanálise de todos os Ensaios Clínicos Randomizados Controlados (ECRC) relevantes ou diretrizes clínicas baseadas em RS de ECRC ( ) II – pelo menos um ECRC bem delineado ( ) III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização ( ) IV – estudos de caso-controle e de coorte bem delineados ( ) V – RS de estudos descritivos ou qualitativos ( ) VI – único estudo descritivo ou qualitativo ( ) VII – opinião de autoridades e/ ou relatório de comitês de especialistas

Fonte: Adaptado: NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto**: revisão integrativa da literatura. 2008, 209f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.