

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ADRIANA BRAGA DA GRAÇA

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE DOIS INSTRUMENTOS DE PESQUISA
PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE
E SEGURANÇA DO PACIENTE, EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM
MEDICINA**

RIO DE JANEIRO

2024



UFRJ



Adriana Braga da Graça

Elaboração e validação de dois instrumentos de pesquisa para docentes e discentes sobre o ensino da gestão em saúde e segurança do paciente, em cursos da graduação em medicina

Volume único

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências (MP-EGeD) do Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação, Gestão e Difusão em Biociências.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Maria Ramos de Vasconcelos (MP-EGeD/IBqM/UFRJ)
Coorientador: Prof. Dr. José Roberto Lapa e Silva (Faculdade Medicina/HUCFF/UFRJ)

Rio de Janeiro

2024

G243e1 Graça, Adriana Braga da
e Elaboração e validação de dois instrumentos de
pesquisa para docentes e discentes sobre o ensino
da gestão em saúde e segurança do paciente, em
cursos da graduação em medicina / Adriana Braga da
Graça. -- Rio de Janeiro, 2024.
182 f.

Orientadora: Sonia Maria Ramos de Vasconcelos.
Dissertação(mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Bioquímica Médica
Leopoldo de Meis, Programa de Pós-Graduação Mestrado
Profissional em Educação,Gestão e Difusão em
Biociências, 2024.

1. Educação médica. 2. Gestão em saúde. 3. Gestão
científica. 4. Qualidade e segurança do paciente. 5.
Survey. I. Vasconcelos, Sonia Maria Ramos de, orient.
II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Braga da Graça

Elaboração e validação de dois instrumentos de pesquisa para docentes e discentes sobre o ensino da gestão em saúde e segurança do paciente, em cursos da graduação em medicina

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências (MP-EGeD) do Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação, Gestão e Difusão em Biociências.

Aprovado em 18 de julho de 2024 pela seguinte Comissão Examinadora

Profª. Dra. Sonia Vasconcelos, MP-EGeD/IBqM/UFRJ – orientadora.

Prof. Dr. José Roberto Lapa e Silva – Faculdade de Medicina do Hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF)/UFRJ – coorientador.

Prof. Dr. Paulo Roberto Ferreira Louzada Junior – Instituto de Ciências Biomédicas (ICB)/UFRJ e MP-EGeD/IBqM/UFRJ – membro titular interno.

Profª. Dra. Ivanete da Rosa Silva de Oliveira – Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional de Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente/Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA) – membro titular externo.

Prof. Dr. Paulo Antônio de Souza Mourão – Programa de Pós-Graduação em Química Biológica, IBqM/ UFRJ – membro titular externo.

Profª. Dra. Grazielle Rodrigues Pereira, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFRJ) e MP-EGeD/IBqM/UFRJ – membro suplente interno

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/FIOCRUZ – membro suplente externo

Dedicatória

Dedico este trabalho

*Às pessoas que são incentivo, norte e porto seguro na minha vida, sempre:
Ao meu filho, Ricardo, que deu um sentido novo à minha vida, preenche meus dias de
propósito e me estimula, diariamente,
a me transformar em um ser humano melhor.*

Este TCM é sobre construção.

*À minha vozinha Luiza, que aos 98 anos, me recebe sempre com um sorriso,
este TCM é sobre saúde e bem-viver.*

*Ao meu pai Diógenes, engenheiro pós-graduado em administração, especialista em
gerenciamento de riscos, que me ensinou a fazer o certo porque é o certo,
correção sem nada em troca,*

este TCM é sobre gestão em saúde e segurança do paciente.

*À minha mãe Heloisa, educadora, pós-graduada em pedagogia, que me ensinou a ler
muito, ter senso de coletividade e disse, emocionada, ao pé do meu ouvido no dia da*

*minha formatura: “não se esqueça da função social
que a profissão que você inicia hoje carrega,
este TCM é sobre educação e protagonismo médico.*

*À minha irmã Renata, professora de otorrinolaringologia,
impecável, exemplo de escuta e dedicação aos seus pacientes,
este TCM é sobre cuidado integral centrado no paciente.*

*À minha irmã Natália, advogada, doutora em sustentabilidade,
expoente em créditos de carbono no Brasil,
este TCM é sobre sustentabilidade ambiental em saúde.*

Aos meus sobrinhos, que enchem meus dias de energia e alegria,

Este TCM é sobre esperança.

Gratidão por tanto amor que recebo em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Sonia Vasconcelos minha gratidão eterna por dividir comigo seu conhecimento e inteligência. Sonia me apresentou à ética em pesquisa e seu rigor com a metodologia e a pesquisa são admiráveis. Sonia desponta no cenário nacional e internacional como uma referência em ética em pesquisa e é uma honra ser sua orientanda. Foram muitos aprendizados. Preciso ressaltar que a sua elegância no trato e generosidade de me acolher nos diversos momentos que passamos juntas desenvolvendo a pesquisa, exatamente no meio de uma pandemia e no meio de alguns percalços na minha vida pessoal, foram essenciais para eu concluir meu mestrado. A Sonia é sempre luz no caminho dos seus alunos. Ao final da disciplina de metodologia, quando insisti com ela que aceitasse mais uma orientanda, não ganhei só uma orientadora, ganhei um presente na vida.

Ao meu coorientador Professor José Lapa e Silva, meu sincero agradecimento por aceitar me coorientar, suas indicações, contatos, pontuações precisas e assertivas foram fundamentais para mim.

Agradeço aos *experts reviewers*, Dr. João Lucena, Dra. Vera Marra e Dr. Victor Grabois, que tiveram contribuição fundamental para o produto do meu mestrado. Registro aqui meu enorme respeito e admiração pelo trabalho e contribuição que os três representam para o cenário da gestão em saúde e segurança do paciente no Brasil. Tê-los como revisores dos instrumentos elaborados foi, literalmente, uma honra.

O Professor João Lucena foi um grande incentivador e, em nossas conversas sobre os instrumentos também tive a oportunidade de aprender sobre gestão e generosidade.

Dr. Victor Grabois, na época Diretor Geral do Hospital de Bonsucesso, foi Professor na minha primeira formação de gestão na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2001. Colocou-me em contato com a Professora Vera Marra, indicação valiosa na minha pesquisa.

A Dra. Vera Marra, foi extremamente receptiva, com seus retornos rápidos e muito empenhada em contribuir e me ajudar.

Meu agradecimento ao Professor Walter Mendes (*in memoriam*), por ter me introduzido de forma tão brilhante à Segurança do Paciente durante o meu MBA de Gestão da Qualidade em Saúde e Acreditação Hospitalar.

Agradecimento especial aos meus professores do mestrado, que foi um divisor de águas na minha trajetória profissional. Se antes, meu caminhar se dividia entre a medicina e a gestão, hoje entre estas duas vertentes da minha vida está o meu encantamento pela educação. Introduzi na minha vida o gosto pela ética em pesquisa, pela neurociência, pela divulgação científica, pelas tecnologias digitais na educação e pelas metodologias ativas, pelo ensino inclusivo e individualizado. Gratidão a todos os meus professores de mestrado sem exceção, com um carinho especial aos Profs. Marcelo Borges Rocha e Grazielle Rodrigues Pereira.

E, finalmente, gostaria de agradecer aos colegas do Laboratório de Ética em Pesquisa, Comunicação Científica e Sociedade (LECCS), ao qual me associei na caminhada no mestrado, bem como meus colegas de turma, formada por profissionais de várias áreas como saúde, educação, comunicação, engenharia, design e tecnologia que possibilitou uma troca muito rica de conhecimento, discutindo o tempo todo a inclusão.

Uma turma agregadora, solidária e que, por ser tão eclética, nos trouxe a percepção do todo nos processos da educação, gestão e difusão em biociências.

*"Any intelligent fool can make things bigger and more complex... It takes a touch of genius --
- and a lot of courage to move in the opposite direction." –
Albert Einstein*

RESUMO

BRAGA DA GRAÇA, Adriana. **Elaboração e validação de dois instrumentos de pesquisa para docentes e discentes sobre o ensino da gestão em saúde e segurança do paciente, em cursos da graduação em medicina.** Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências – Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Este trabalho abordou os temas gestão em saúde e segurança do paciente, buscando identificar lacunas a serem investigadas na formação da graduação em medicina, que vêm ganhando cada vez mais atenção no contexto formativo. “Gestão em saúde” passou a ser competência requerida pelas últimas diretrizes curriculares nacionais de 2014, tendo sua relevância ainda mais acentuada com os desafios impostos aos médicos e demais profissionais de saúde pela pandemia de COVID-19. O percurso metodológico foi um levantamento bibliográfico dos principais documentos nacionais que fundamentam esses temas, atualizado ao longo do mestrado, e a elaboração de dois instrumentos para a condução de duas *surveys* (pesquisas) – uma voltada a docentes, direcionada a professores, diretores médicos, gestores, membros do Núcleo Docente Estruturante (NDE) em cursos de medicina; e outra voltada a discentes, direcionada aos alunos nos períodos finais da graduação em medicina. Esses dois instrumentos desenvolvidos para as *surveys* foram submetidos a um minucioso processo de revisão, adotando o modelo de validação por especialistas (*expert reviewers*) reconhecidos no cenário nacional e expoentes nas temáticas de gestão em saúde, segurança do paciente e currículo médico. Os resultados apresentam, portanto, duas propostas de instrumentos validados por especialistas para exploração dos temas gestão em saúde e segurança do paciente. Esses instrumentos estão incluídos em um relato na forma de dossiê que detalha seu processo de desenvolvimento e validação, oferecendo uma abordagem e uma potencial estrutura para futuras pesquisas sobre o ensino desses tópicos críticos na educação médica.

Palavras-chave: Educação Médica; Gestão em Saúde; Qualidade e Segurança do Paciente; *Survey*.

ABSTRACT

BRAGA DA GRAÇA, Adriana. **Preparation and validation of two survey instruments for students and faculty on teaching health management and patient safety, at undergraduate medical courses.** Master of Science, MSc – *Educação, Gestão e Difusão em Biociências*) – Institute of Medical Biochemistry Leopoldo de Meis, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This work explores gaps in undergraduate medical training on health management and patient safety, which have become increasingly significant. "Health management" became a required competency according to the latest national curriculum guidelines of 2014. The challenges faced by doctors and other health professionals during the COVID-19 pandemic have further highlighted its importance. The methodology included a literature review of key national documents and publications, updated throughout the masters, and the design of two survey instruments. These instruments were aimed at faculty, medical directors, members of the *Núcleo Docente Estruturante* (NDE), as well as students in the final years of their medical degree. This material underwent a rigorous validation process by expert reviewers recognized at the national level, who are leading figures in the fields of health management, patient safety, and medical curriculum. They are included in a comprehensive dossier that details their development and validation process, offering an approach and potential framework for future research into teaching these critical topics in medical education.

Keywords: Medical Education; Health Management; Quality and Patient Safety; Survey.

LISTA DE SIGLAS

DCN - DIRETRIZ CURRICULAR NACIONAL

JCI - *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL*

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

COVID-19 – CORONAVIRUS DISEASE 19 (DOENÇA CAUSADA PELO CORONAVÍRUS DESCOBERTA EM 2019)

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ICPS - *INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR PATIENT SAFETY*

(CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE)

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

PMAQ – AB - PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

PNSP - PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

RDC – RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA

CBA – CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

NIAHO - *NATIONAL INTEGRATE ACCREDITATION FOR HEALTHCARE ORGANIZATIONS*

SOBRASP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PROQUALIS – PROGRAMA DE QUALIDADE EM SAÚDE

NDE – NÚCLEO DOCENTE ESTRUTURANTE

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MODELO DE MAPA ESTRATÉGICO

FIGURA 2: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MATRIZ SWOT

FIGURA 3: CICLO PDCA

FIGURA 4: DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO OU DIAGRAMA DE ISHIKAWA

FIGURA 5: AUMENTO DA COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO EM SAÚDE

FIGURA 6: MÚLTIPLOS FATORES ENVOLVIDOS E CONTRIBUTIVOS PARA A EXISTÊNCIA DE ACONTECIMENTOS ADVERSOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM SAÚDE.

FIGURA 7: TIPOS DE INCIDENTES ASSOCIADOS OU NÃO A DANO AO PACIENTE.

FIGURA 8: MODELO DO QUEIJO SUÍÇO DE JAMES REASON

FIGURA 9: MODELO INTEGRADO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E O CLIMA ORGANIZACIONAL E SEGURANÇA

FIGURA 10: ESTRUTURA DO MARCO AUSTRALIANO

FIGURA 11: CAPTURA DE TELA DA BUSCA REALIZADA NO DIA 14 DE AGOSTO DE 2022, NA BASE GOOGLE SCHOLAR, COM OS TERMOS ASSOCIADOS, “GESTÃO EM SAÚDE” E “EDUCAÇÃO MÉDICA”, INDICANDO 198 RESULTADOS PARA O PERÍODO 2014 A 2022.

FIGURA 12: CAPTURA DE TELA DA BUSCA REALIZADA NO DIA 09 DE MAIO DE 2024, NA BASE GOOGLE SCHOLAR, COM OS DESCRITORES, “MEDICINA” E “SEGURANÇA DO PACIENTE”, SEM RECORTE TEMPORAL ATÉ 2024.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO, COM AS RELATIVAS CATEGORIAS E ENFOQUE PRINCIPAL, DE ACORDO COM CHIAVENATO (2004)

QUADRO 2: DEFINIÇÕES DE QUALIDADE PELOS GRANDES MESTRES DA QUALIDADE

QUADRO 3: 14 PRINCÍPIOS DE DEMING

QUADRO 4: LINHA DO TEMPO – MARCOS DA QUALIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO SETOR SAÚDE 460 AC – 2000

QUADRO 5: LINHA DO TEMPO – MARCOS DA QUALIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO SETOR SAÚDE DÉCADA 70 – 2000

QUADRO 6: CONCEITOS DE QUALIDADE EM SAÚDE

QUADRO 7: OS SETE ATRIBUTOS DE DONABEDIAN

QUADRO 8: DIFERENÇAS ENTRE ACREDITAÇÃO, LICENCIAMENTO E CERTIFICAÇÃO

QUADRO 9: MODELOS DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR APLICADOS NO BRASIL

QUADRO 10: MODELO DE SCREENING DE SELEÇÃO BUSCA 1

QUADRO 11: MODELO DE SCREENING DE SELEÇÃO BUSCA 2

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – MODELO REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

APÊNDICE 2 – MODELO FORMULÁRIO PRIMEIRA REVISÃO ESPECIALISTA

APÊNDICE 3 – MODELO FORMULÁRIO RETORNO DA PESQUISADORA PARA
ESPECIALISTAS – *SURVEY* DISCENTE

APÊNDICE 4 – MODELO FORMULÁRIO RETORNO DA PESQUISADORA PARA
ESPECIALISTAS – *SURVEY* DOCENTE

APÊNDICE 5 – MODELO FORMULÁRIO SEGUNDA REVISÃO ESPECIALISTA

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: DIRETRIZ CURRICULAR NACIONAL PARA GRADUAÇÃO EM MEDICINA (2001), QUE INSTITUI AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.

ANEXO B: DIRETRIZ CURRICULAR NACIONAL PARA GRADUAÇÃO EM MEDICINA (2014)

ANEXO C: RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2022 - ALTERA AO ARTIGOS 6º, 12 E 23 DA RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3/2014.

ANEXO D: RESOLUÇÃO Nº 01 INSTITUI NÚCLEO DOCENTE ESTRUTURANTE - NDE (2010)

ANEXO E: RDC 36 - IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE e AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

ANEXO F: PORTARIA 529 QUE INSTITUI O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE E AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ANEXO G: INDICADORES ESPECÍFICOS DE MONITORAMENTO PARA AS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE PROPOSTOS NO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (BRASIL, 2013)

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	17
2 INTRODUÇÃO.....	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 GESTÃO.....	25
3.2 GESTÃO EM SAÚDE.....	36
3.3 QUALIDADE EM SAÚDE.....	41
3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	47
3.5 SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL EM SAÚDE	63
3.6 ENSINO NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA.....	66
3.7 GUIA CURRICULAR DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA OMS.....	72
4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	76
5 QUESTÃO DO ESTUDO.....	77
6 OBJETIVOS.....	78
7 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA.....	79
7.1 NOTA INTRODUTÓRIA.....	79
7.2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.....	86
7.3 DO PROCESSO DA ELABORAÇÃO.....	89
7.4 DO PROCESSO DA VALIDAÇÃO.....	93
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	120
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES.....	146
10 CONCLUSÃO.....	148
11 REFERÊNCIAS.....	149
12 APÊNDICES.....	158
13 ANEXOS.....	168

1 APRESENTAÇÃO

Sou médica de formação, com residência em pediatria e especialização em neonatologia. Ao término da especialização em neonatologia no CEPERJ (Centro de Prematuros do Rio de Janeiro fundado pelo Dr. Nicola Albano), passei um período de quatro meses em estágio na UTI Neonatal da Universidade de Miami, no serviço do Dr. Bancalari, referência em ventilação mecânica no período neonatal, e, em seguida, visitei, através de um *observership*, por 20 dias a UTI Neonatal do *Babies & Children's* em Nova Iorque quando tive o privilégio de acompanhar o Dr. Wung, que revolucionou o uso do dispositivo CPAP (*continuous positive airway pressure*), na neonatologia.

Tão logo voltei ao Brasil, em 2002, fui convidada para coordenar uma UTI Neonatal Pública. Iniciei, então, minha formação em gestão e ingressei no curso de Gestão Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz. Experiência que me ampliou os horizontes sobre saúde e políticas públicas. Cada conhecimento adquirido, serviu como base para uma época muito frutífera da minha trajetória profissional: com o apoio da, então, diretora médica, Dra. Suely Pinto, e da gerente de linha de cuidado da mulher e da criança, Dra. Cristina Espírito Santo, pudemos implantar grandes marcos para a UTI neonatal pública de Volta Redonda como a adequação da relação de profissionais/leito, contratação de profissionais exclusivos para a linha de cuidado da mulher e da criança como psicóloga, assistente social, fonoaudióloga e equipe de fisioterapia, construção de lactário e banco de leite humano. Desenvolvemos o prontuário com registro multiprofissional, rounds clínicos e reuniões multiprofissionais semanais para discutir a situação dos pacientes e suas famílias com um olhar integrado. Foi na UTI pública que instalamos a primeira bala de óxido nítrico da cidade e passamos o primeiro cateter epicutâneo (dispositivo colocado por acesso periférico e posicionado em veia central) na cidade de Volta Redonda. Implantamos o Método Canguru, realizamos treinamentos e recebemos o primeiro título de Hospital Amigo da Criança. Dessa época, não posso deixar de ressaltar a experiência única de realizar colegiados de gestão com a presença do Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, expoente autor e pesquisador de planejamento e gestão em saúde no país.

Em 2008, fui convidada para montar uma UTI Neonatal num hospital privado e, como a minha experiência em Gestão era no público, senti a necessidade de uma formação em saúde suplementar. Realizei um MBA Executivo em Saúde na Fundação Getúlio Vargas (FGV-RJ) e essa experiência foi fundamental para completar a minha visão holística da saúde, do público à saúde suplementar.

Gestão em saúde passou a preencher muito meus interesses e cursei também o MBA de Gestão da Qualidade em Saúde e Acreditação Hospitalar do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Tive a inigualável oportunidade de ter aulas presenciais com o Dr. Walter Mendes sobre Segurança do Paciente, autor do livro “Segurança do Paciente, criando organizações saudáveis”, obra que virou uma referência nesta temática no cenário brasileiro, citada na minha pesquisa em vários momentos.

Conciliei a coordenação do público e do privado por um período da minha vida até a decisão de engravidar, quando passei a coordenar somente a UTI privada e passei a ocupar, também, o cargo de Médica do Escritório da Qualidade e Assessora Gerencial num hospital privado.

Em 2018, retornei ao cenário público com a tarefa de estruturar um Escritório da Qualidade numa instituição do SUS. Esse Escritório foi criado para promover uma interação entre gestão, educação e qualidade. Fizemos um diagnóstico organizacional durante quatro meses, visitando os setores e conversando com coordenadores médicos, de enfermagem, da equipe multiprofissional da assistência e administrativos. No final de 2018 conseguimos concretizar uma iniciativa inédita para o hospital: realizamos um levantamento dos problemas em vários *workshops* com os coordenadores assistenciais e administrativos para desenhar um planejamento para 2019. Enquanto se desenvolvia essa iniciativa, pude observar a dificuldade dos coordenadores médicos com o processo de gestão. Os coordenadores precisavam identificar seus desafios e nós críticos, propor soluções e apresentar seu planejamento para toda a instituição em reuniões com os demais coordenadores, núcleos administrativos e assistenciais. O Escritório da Qualidade teve um papel facilitador neste processo de identificação de problemas e soluções e na interação entre as equipes assistenciais e administrativas.

Nesse contexto, destaco que minha trajetória profissional é marcada por vivenciar o papel da gestão nos melhores desfechos clínicos. Entretanto, sempre me inquietou constatar a pouca familiaridade dos profissionais médicos com os quais venho convivendo em relação à gestão e à segurança do paciente, o que me motivou a pesquisar se esse tema estaria sendo tratado da forma adequada em cursos de graduação em medicina.

Esse interesse me conduziu ao mestrado e ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências e fiquei encantada com a possibilidade de desenvolver um projeto associado à temática da gestão e educação em saúde, com foco na medicina.

O ingresso no Programa e, especificamente, no Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis (IBqM), me abriu novos horizontes acadêmicos e, como esperado, vem me permitindo ampliar minha atuação acadêmica e profissional e minha compreensão sobre os fatores implicados na gestão em saúde.

Durante o primeiro ano do mestrado tive a oportunidade de visitar, pela disciplina de Modelos de Divulgação Científica, ministrada pela Profa. Grazielle Rodrigues Pereira, vários museus de ciências. Foi uma experiência muito rica, em vários aspectos da minha vida, fomentando olhares e saberes que, com certeza, contribuíram muito, não só para a aquisição de cultura, mas, também, para a minha trajetória de vida pessoal e profissional.

Foi com encantamento que passei pela disciplina de educação no mestrado trazendo a neurociência como uma abordagem sobre as emoções e o processo de aprendizagem.

Como mestranda no IBqM, venho participando, semanalmente, dos *Journals Clubs*, pelo LECCS, coordenado pela minha orientadora Profa. Sonia Vasconcelos, do qual faço parte. Essa aproximação com a Professora Sonia Vasconcelos e com o LECCS, estabelecido pouco depois de meu ingresso no Programa, me permitiu ampliar minha compreensão sobre o papel da ética em pesquisa na ciência brasileira e na educação e gestão em ciências.

No meio do percurso no mestrado fui surpreendida pela mudança da gestão do hospital público que atuo para a administração de uma Organização Social (OS) e, infelizmente, vários setores foram desmontados pela OS, inclusive o Escritório da Qualidade. Voltei para a assistência direta aos recém-nascidos e fui convidada para atuar junto aos acadêmicos de medicina na maternidade. Se, por um lado, foi uma grande frustração ver uma conquista tão importante para o hospital, como o Escritório da Qualidade, desmontada, por outro, comecei a lidar diretamente com residentes e acadêmicos de medicina, constatando de perto, na minha prática diária, a falta de conhecimento de gestão em saúde e segurança do paciente por parte dos acadêmicos e médicos recém-formados.

Este Trabalho de Conclusão de Mestrado me permitirá contribuir com a identificação de lacunas no ensino de gestão em saúde e da segurança do paciente, que me inquietam há vários anos e que motivaram o meu projeto no curso.

Esclarecer, ainda que parcialmente, lacunas associadas ao tema nas grades curriculares na graduação em medicina foi minha principal motivação para o mestrado. Acredito que os instrumentos que serão disponibilizados para uso amplo são uma contribuição objetiva para a exploração do problema em diferentes instituições no Brasil.

Com a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) assolando o mundo e colocando o Brasil como um dos epicentros da pandemia de COVID-19, os temas gestão em saúde e segurança do paciente ganharam uma atenção destacada. Há, neste momento, pós-pandemia, um espaço rico para reflexão sobre o que precisa ser aprimorado nessas áreas no contexto nacional e, sobretudo, na contribuição da graduação em medicina para formar médicos aptos a ingressar no mercado (e também na academia) familiarizados e capacitados para a qualidade em saúde e segurança do paciente.

2 INTRODUÇÃO

No contexto das diretrizes do Plano Nacional de Educação (PNE) do Ministério da Educação do Governo Federal Brasileiro, expresso na Lei 10.172/2001, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou, em 2001, as Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, homologadas em 1º de outubro do mesmo ano, sendo um marco na regulamentação do ensino médico no Brasil no nível federal, pois abrange todas as escolas de medicina do país. As diretrizes se tornaram os parâmetros a serem observados na organização, desenvolvimento e avaliação dos cursos de medicina de todo o país.

As diretrizes de 2001 foram a orientação para a educação médica até que, em dezembro de 2013 foi homologada nova DCN para o curso de graduação em medicina, colocada em prática a partir de junho 2014 (DCN, 2014), que passou a incluir como conhecimentos, habilidades e atitudes para o egresso do curso de medicina as seguintes áreas:

- Atenção à Saúde;
- Gestão em Saúde;
- Educação na Saúde.

Apesar da Gestão ter sido incluída nas últimas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 para o curso de graduação em medicina, o médico ganha o mercado de trabalho sem conhecimento sobre este tema. Esta percepção não se dá apenas entre os médicos *seniors*, mas, também, entre os *juniors* e recém-formados.

Segundo Costa Junior, avaliador pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) metodologia *Joint Commission International (JCI)* (2015, p.13), “a competência para se avaliar qualidade em saúde não faz parte do currículo comum da formação e do aprendizado profissional. Não basta ser graduado em Medicina, Nutrição ou outra categoria profissional para assumir esta competência”.

A grande maioria dos médicos que trabalha nos hospitais desconhece os recursos da Gestão pela Qualidade, as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente e a importância da Gestão para os melhores desfechos clínicos.

Fica muito claro nas avaliações que realizamos nas instituições de saúde, que os profissionais, de forma geral, desenvolvem as suas atividades assistenciais, mas não têm, não conhecem ou ainda não utilizam critérios os parâmetros para medir o resultado do seu trabalho. Conceitos, princípios ou métodos associados com avaliação de qualidade em saúde não fazem parte do referencial teórico que é apresentado nas escolas de formação profissional (Costa Júnior, 2015, p.13).

A última DCN estabelece que na linha de “Gestão em Saúde”, a graduação em medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e

políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões (DCN, 2014, Art. 6º – grifo nosso):

a) Gestão do Cuidado; b) Valorização da Vida; c) Tomada de Decisões, com base em evidências científicas; **d) Comunicação**, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação; **e) Domínio de Língua Estrangeira** para manter-se atualizado com os avanços da medicina conquistados no país e fora dele; **f) Liderança** exercida com democrática interação nas equipes multiprofissionais de saúde; **g) Trabalho em Equipe** de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes.

As Diretrizes de 2014 trouxeram a competência gestão em saúde como competência a ser adquirida. Discorre na sua subseção II – Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção, na letra **b) “utilização das melhores evidências e dos processos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e segurança”**. (DCN, 2014, p.8 – grifo nosso).

Apesar de estabelecer as habilidades esperadas, não define para as grades curriculares os conteúdos específicos de Gestão, nem assuntos como Qualidade Total em Saúde, Segurança do Paciente e Cultura Justa exatamente com essas palavras, o que abre um precedente para cada instituição implantar a gestão em saúde e a qualidade segundo o seu entendimento.

As questões que antes faziam parte apenas do cenário acadêmico ganham a atenção da mídia e da população, como visto na matéria “PR/GR/educação médica: desafios das escolas médicas e dos professores na formação do médico hoje”, publicada pelo Estadão em 29 de agosto de 2019. A matéria (DINO, 2019, <https://patrocinados.estadao.com.br/medialab/uncategorized/release-geral-educacao-medica-desafios-das-escolas-medicas-e-dos-professores-na-formacao-do-medico-hoje/>) é iniciada com a seguinte pergunta:

“Será que as Escolas de Medicina e seus professores estão preparados para formar médicos capacitados a cuidar e promover saúde no século XXI?”

A matéria apresentou dados do e-MEC de junho de 2019, levantando que o Brasil possuía então 336 cursos de medicina com 34.793 vagas no primeiro ano, ainda inferindo que nesse cenário, a formação dos médicos tem passado por inúmeras transformações, obrigando as Instituições de Ensino a readequarem seus currículos e a incluírem novas metodologias de ensino.

Segundo pesquisa de mestrado realizada na Faculdade de Minas Gerais (Freitas et al, 2017, p.8) com os estudantes do 12º período de medicina, a totalidade dos entrevistados desconhecia as DCN; foi identificado bom desenvolvimento de competências na área de atenção à saúde e, principalmente, na de educação em saúde, mas, reconheciam que as competências na área de gestão em saúde não foram bem trabalhadas.

A assistência em saúde depende de profissionais competentes, mas, sobretudo, do conjunto formado por estes profissionais associado aos processos de trabalho descritos e treinados com base na ciência e melhores práticas, às condições físicas, equipamentos em número adequado à capacidade instalada, engenharia clínica (manutenção em dia), insumos de boa qualidade e equipes multiprofissionais em número adequado ao número de leitos ofertados. O bom profissional é capaz de avaliar que todas estas variáveis estão envolvidas com o ato médico e o desfecho clínico.

A pandemia da COVID-19 suscitou questões sobre gestão e financiamento no âmbito da saúde global (<https://www.who.int/teams/health-financing/covid-19>). No Brasil, elas se adicionam aos desafios já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), muito condicionado às questões políticas. Não obstante, o sistema de saúde suplementar também enfrenta muitos desafios do ponto de vista da gestão e financiamento.

as deficiências de gestão no trato das múltiplas questões associadas com a saúde são encontradas com frequência nas organizações públicas e privadas e explicam boa parte dos problemas de saúde existentes. A falta de profissionalização e conhecimento sobre os temas de gestão, desperdício de recursos, incapacidade de gerar serviços de alto padrão de qualidade, despreparo técnico para avaliar e gerir os pares nas instituições de saúde são algumas constatações (Erdmann, 2006, p.5).

O Artigo 29 das DCN de 2014 apresenta como exigência de estrutura do curso de medicina a utilização de metodologias ativas que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino-pesquisa-extensão.

É fundamental para as melhores práticas em saúde, no dia a dia do cuidado, que a grade curricular defina os conteúdos de gestão e segurança do paciente, assim como, uma linha do ensino da temática de forma transversal em todos os anos da graduação médica.

Segundo as DCN do Ministério da Educação Brasileiro,

o graduado em Medicina deverá ter formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com **responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano** e tendo como **transversalidade em sua prática**, sempre, a **determinação social do processo de saúde e doença**. (DCN, 2014, p.3-grifo nosso)

O presente trabalho buscou contribuir para ampliar a compreensão sobre esse contexto apresentado, no âmbito da educação médica. Como será detalhado, foram desenvolvidos instrumentos para auxiliar na coleta de dados por meio de *surveys* [levantamentos] entre discentes e docentes para investigar como está estruturado o ensino da gestão e da segurança do paciente nas faculdades de medicina. Mais do que isso, investigar o problema no âmbito da prática do ensino no cotidiano do aprendizado (aulas teóricas e atividades práticas).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 GESTÃO

Pelo dicionário Oxford, (on line, <<https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>>, acesso em 06/06/2024)¹, gestão é um substantivo feminino e significa:

1. ato ou efeito de gerir; administração, gerência;
2. mandato político.

Já pelo Infopédia, dicionários Porto Editora, (on line:

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>, acesso em 06/06/24), gestão vem do latim *gestione*, <ação de dirigir> e é um nome feminino que significa:

1. atividade ou processo de administração de uma empresa, instituição, etc.; ato de gerir;
2. conjunto de medidas de administração (de uma organização, empresa, etc.) aplicadas durante um determinado período; modo de gerir;
3. conjunto de pessoas que gerem uma instituição; gerência;
4. utilização racional de recursos em função de um determinado projeto ou de determinados objetivos;
5. conciliação de opiniões divergentes; consenso;

Neste momento, é importante refletir como esse conceito da gestão (organizar, gerir, utilizar racionalmente recursos, desenvolver/realizar projetos e conciliar opiniões) pode ser aplicado não só para empresas (públicas e privadas), mas, também para a vida pessoal de cada indivíduo, para as famílias e quaisquer instituições governamentais e não governamentais. Em alusão ao filósofo francês Descartes (1596-1650), com a sua famosa frase: “Penso, logo existo.”, é plausível que possamos conceber que: penso, logo prático gestão. Rabelo (2014, p.56) relata que:

Acredita-se que a administração está ligada a civilizações muito antigas, iniciando-se na Suméria, por volta de 5000 anos atrás, onde foram encontrados os documentos escritos mais antigos que tinham como finalidade registrar o controle administrativo. A partir do momento que os sumérios buscavam melhorar a forma de solucionar seus problemas práticos, começaram a exercer a arte de administrar.

¹ <<https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>>

No período da Revolução Industrial, séculos 18-19,² houve a necessidade de organizar o trabalho e buscar soluções para os problemas que emergiam naquele momento histórico. Dessa época, surge a ciência da administração com a aplicação de modelos e técnicas administrativas. Frederic Taylor (1856-1915) e Jules Henri Fayol (1841-1925) (Silva, 1960) são considerados os pioneiros da administração científica. Taylor (1911), no seu principal livro “Os Princípios da Administração Científica”, publicado em 1911, nos Estados Unidos, afirma a necessidade de executar o trabalho administrativo em bases científicas e objetivas e tem a sua importância por ter sido um dos precursores do papel da ciência na Administração, dando origem a quatro princípios básicos (Chiavenato, 2004, p.137): **1. Princípio de planejamento; 2. Princípio de preparo; 3. Princípio da direção e 4. Princípio do controle.**

Paralelamente, na França, a Teoria Clássica da Administração era criada por Henri Fayol (1841-1925) e tinha como princípios (Rabelo, 2014, p.61): **1. Divisão do trabalho; 2. Autoridade e responsabilidade; 3. Disciplina; 4. Organização; 5. Unidade de comando; 6. Unidade de direção; 7. Subordinação do interesse individual ao interesse geral; 8. Remuneração do pessoal: remuneração justa ao trabalho; 9. Centralização; 10. Cadeia escalar; 11. Ordem: alocação corretamente dos recursos; 12. Equidade; 13. Estabilidade do pessoal no cargo; 14. Iniciativa; 15. Espírito de equipe.**

Segundo Rabelo (2014, p.69), Elton Mayo (1880-1949) foi o principal protagonista da Escola das Relações Humanas. Essa teoria surgiu, como o próprio nome relata, para humanizar e democratizar as relações de trabalho trazendo o enfoque para os seres humanos na tentativa de superar os preceitos rígidos e mecanicistas da administração clássica. No decorrer do tempo, a administração evoluiu e desenvolveu várias teorias que moldaram sua prática. Segundo Chiavenato (2004)³ as principais teorias e enfoques são:

² Detalhes sobre a Revolução Industrial em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7564091/mod_resource/content/1/saes%20saes%20%20cap.%205%20%20a%208%20a%20parte.pdf

Quadro 1 – Teorias da Administração, com as relativas Categoria e Enfoque Principal, de acordo com Chiavenato (2004)

Categoria	Teoria	Enfoque Principal
Na Estrutura	Teoria Clássica	Organização formal, Princípios gerais da Administração, Funções do administrador
	Teoria Neoclássica	Organização formal
	Teoria da Burocracia	Organização formal burocrática, Racionalidade organizacional
	Teoria Estruturalista	Múltipla abordagem: Organização formal e informal; Análise intraorganizacional e interorganizacional
Nas Pessoas	Teoria das Relações Humanas	Organização informal, Motivação, liderança, comunicações e dinâmica de grupo
	Teoria do Comportamento Organizacional	Estilos de Administração, Teoria das decisões, Integração dos objetivos organizacionais e individuais
	Teoria do Desenvolvimento Organizacional	Mudança organizacional planejada, Abordagem de sistema aberto
No Ambiente	Teoria Estruturalista	Análise intraorganizacional e análise ambiental, Abordagem de sistema aberto
	Teoria da Contingência	Análise ambiental (imperativo ambiental), Abordagem de sistema aberto
Na Tecnologia	Teoria da Contingência	Administração da tecnologia (imperativo tecnológico)
Na Competitividade	Novas Abordagens na Administração	Caos e complexidade, Aprendizagem organizacional, Capital Intelectual

Elaboração própria a partir de Chiavenato (2004), p.9.

Como exposto acima, as teorias administrativas abrangem diferentes enfoques e, hoje, a gestão contemporânea, moderna e até pós-moderna com o advento da globalização, do mundo sem fronteiras da internet, engloba o quê cada uma deixou de positivo como legado. Um modelo de gestão, “A Gestão pela Qualidade Total”, surgiu na década de 1950 e incorpora não só as especificidades do produto, como também as necessidades do mercado e dos consumidores.

Para Longo, (1996, p.10),

A Gestão da Qualidade Total ou *Total Quality Management* (TQM) é um modelo de gestão que potencializa a criação da consciência de qualidade em todos os processos organizacionais. Tem como objetivos: garantir a satisfação do cliente, promover o trabalho em equipe buscando o envolvimento de toda a organização, buscar constantemente a solução de problemas e a diminuição de erros.

Segundo Mendes (2007) e Rodrigues & Bacheга (2015), autores como Walter A. Shewhart, William Edwards Deming, Joseph M. Juran, Philip B. Crosby, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa, e Genichi Taguchi são considerados os grandes mestres da gestão da qualidade. O Quadro 2 descreve princípios fundamentais para a qualidade, indicados por alguns desses mestres.

Quadro 2: Definições de Qualidade pelos grandes mestres da Qualidade

AUTOR	DEFINIÇÃO	ÊNFASE
DEMING	Grau previsível de uniformização e fiabilidade a um custo baixo, adequado às necessidades do mercado	Conformidade do produto com as suas especificações técnicas Empenho continuado da gestão de topo
JURAN	Adequação ao uso	Satisfação das necessidades dos clientes
FEIGENBAUN	Total das características de um produto ou serviço, referentes a marketing, engenharia, manufactura e manutenção, pelas quais o produto ou serviço, quando em uso, atenderá às expectativas do cliente	Satisfação do cliente Melhoria da colaboração e comunicação entre departamentos funcionais da organização.
CROSBY	Conformidade com as exigências (requisitos, especificações)	Produção sem defeitos Envolvimento e motivação dos recursos humanos da Organização

Fonte: Adaptado de Lopes (2014, p. 22)

William Edwards Deming (1900-1993), que dá nome ao The W. Edwards Deming Institute (<https://deming.org/>), é um prestigiado autor no campo da qualidade, formulou a teoria da qualidade nas organizações enunciando catorze princípios (Deming, 2018, p. 23) que representam um conjunto de critérios/princípios (Quadro 3) para medir o desempenho da gestão (Deming, 2018, p. 18). Esses critérios continuam a ser utilizados e válidos até a atualidade.

Quadro 3: Lista dos 14 Princípios de William Edwards Deming

14 PRINCÍPIOS DE DEMING
1. Constância no propósito.
2. Adotar a nova filosofia (de gestão pela Qualidade).
3. Não depender exclusivamente da inspeção para atingir a Qualidade.
4. Não utilizar apenas o preço para conduzir o negócio. Avance no sentido de ter menos fornecedores, baseados em confiança e lealdade.
5. Melhorar constantemente os processos de planejamento.
6. Instituir treinamento no local de trabalho.
7. Instituir liderança. O objetivo da alta Direção deve ser de ajudar as pessoas, máquinas e dispositivos a executarem um trabalho melhor.
8. Eliminar o medo (de cometer erros).
9. Eliminar as barreiras funcionais entre as áreas.
10. Eliminar, exortações e cartazes aos trabalhadores de níveis mais baixos.
11. Eliminar os indicadores monetários para os trabalhadores e numéricos para a gestão.
12. Eliminar as barreiras que dificultam o orgulho pelo trabalho realizado.
13. Instituir um forte programa de educação e aprimoramento.
14. Engajar todos da empresa a realizarem o processo da transformação. A transformação é responsabilidade de todo mundo.

Fonte: Adaptado de Silva, (2009, p.14 – apud Deming, 1982).

A administração pressupõe a organização de pessoas, tempo, insumos, dinheiro e tecnologia com o objetivo de desenvolver as estratégias de uma empresa/negócio. Apesar de administração e gestão serem tomadas como sinônimos, de acordo com o portal da Fundação Getúlio Vargas (FGV), [internet], acessível em <<https://www.decision.edu.br/blog/geral/blog>>, a administração é racional e tem como objetivo atingir as metas e os propósitos da empresa. Em contrapartida, a gestão possui como princípios fundamentais incentivar a participação, estimular a autonomia e a responsabilidade dos colaboradores.

A gestão contemporânea, pós-moderna, aborda a liderança numa concepção participativa, descentralizada e valoriza as pessoas. Para Garcia (2012, p.2616):

Na abordagem clássica da administração, os funcionários não participam do processo de decisão, recebendo as ordens das decisões tomadas pela cúpula administrativa. Já nos atuais modelos de gestão, denominados modelos participativos, democráticos, descentralizados, compartilhados ou colegiados de gestão, a decisão deve ser um processo multidisciplinar, integrando toda a equipe e distribuindo autoridade e poder.

Como ponto de partida para qualquer instituição/empresa, é preciso definir seu propósito, a sua **missão** (a razão pela qual a empresa/instituição existe), traçar a sua **visão** (onde se quer chegar), baseada nos seus **valores** (princípios norteadores das suas ações).

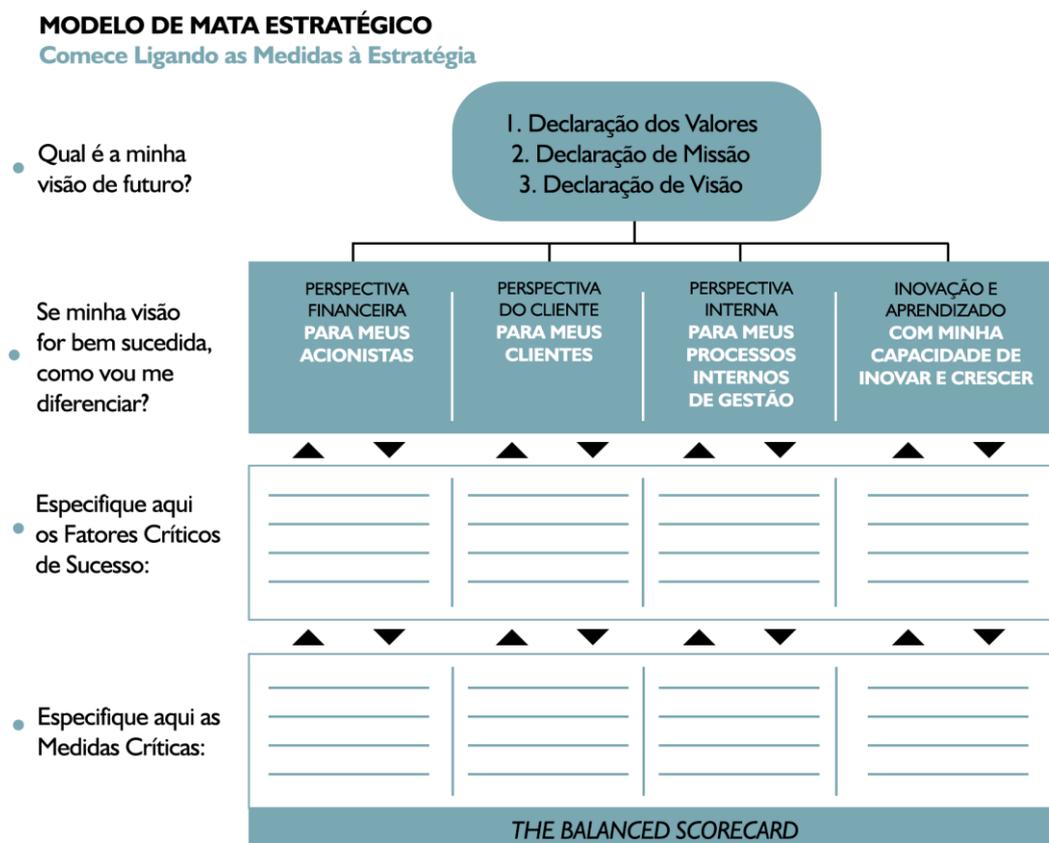
A Gestão contemporânea tem aspiração por ser inovadora e elabora projetos através do planejamento estratégico sempre norteados pelas suas Missão, Visão e Valores.

O planejamento estratégico ganhou espaço na academia e no meio empresarial, tornou-se uma ferramenta de grande valia, movimentou a estrutura das organizações, levou os estudiosos a projetarem cenários com maior grau de precisão e, principalmente, levou os executivos a compreenderem que o negócio é influenciado, em maior ou menor grau, por uma infinidade de variáveis interna e externa à organização. (Fernandes, 2012, p.58)

É compreensível que planejar seja fundamental para o crescimento, para alcançar objetivos, para não estagnar e, principalmente, para mudar cenários indesejáveis. Esta premissa vale para empresas/instituições, governos e organizações não governamentais.

Para alcançar a sua visão de futuro, a gestão moderna deve ser estratégica e um dos instrumentos para este intento é elaborar o mapa estratégico (Figura 1) da instituição/empresa que leva em consideração perspectivas multidimensionais através de medidas financeiras e não financeiras, a saber (Kaplan, RS; Norton, DP, 1996, p.8): **1)** financeira, **2)** do cliente, **3)** dos seus processos internos, **4)** do aprendizado e do crescimento. O aprendizado contínuo leva ao crescimento.

Figura 1: Modelo de Mapa Estratégico



Fonte: Traduzido e adaptado pela autora de Kaplan e Norton. (2002, p.11)

Uma ferramenta muito utilizada até os dias de hoje para fundamentar o planejamento estratégico é a MATRIZ SWOT (do inglês *Strengths* - Forças, *Weaknesses* - Fraquezas, *Opportunities* - Oportunidades, *Threats* – Ameaças). Não basta avaliar apenas a própria Instituição/empresa analisando os seus pontos fracos e fortes (ambiente interno), mas, é preciso o olhar ampliado para todos os *stakeholders* (partes interessadas), entender o cenário no qual se está inserido e analisar ameaças e oportunidades (ambiente externo).

A percepção de que para elaborar uma boa estratégia requer muito conhecimento e compreensão do negócio, dos ambientes interno e externo em que a organização está inserida, é motivo suficiente para o uso da matriz SWOT, que foi estruturada em algum momento das décadas de 1950 e 1960, contribuindo muito para a disseminação do uso do planejamento estratégico (Fernandes, 2012, p.57).

Analisando a matriz SWOT (Figura 2) é possível definir o posicionamento da instituição/empresa/organização no mercado/cenário e em qual estágio e/ou momento do negócio ela se encontra: sobrevivência, manutenção, crescimento ou desenvolvimento.

Figura 2: Representação gráfica da Matriz SWOT



Elaboração própria com o auxílio do DALL-E 3 -GPT4. Referência sobre a Matrix SWOT: Chiavenato (2004, p.424).

Segundo Araújo (2019, p. 17), a ferramenta 5W1H (posteriormente 2H quando passou a incluir mais um “H” referente ao custo) foi criada por profissionais da indústria automobilística do Japão como uma ferramenta auxiliar na utilização do PDCA, principalmente, na fase de planejamento. A metodologia 5W2H - Do inglês: *What* - O quê / *Why* - Por quê / *Where* - Onde / *When* - Quando / *Who* - Quem / *When* - Quando) / 2H – How - Como / How much - Quanto) é uma estratégia muito boa para concretizar planos de ação definindo ações e seus atores com prazo e investimento de cada etapa.

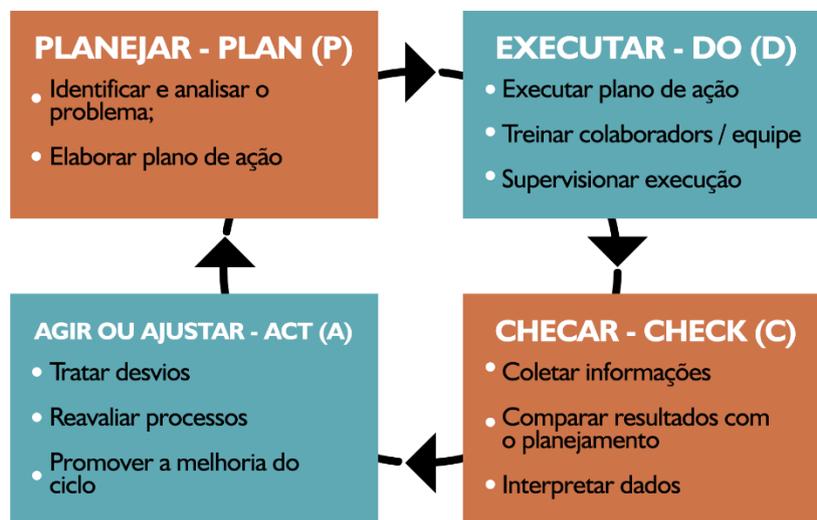
Ao executar as etapas do planejamento, é importante o controle destas etapas através de indicadores que nos ajudam a tomar decisões, e, assim, perfazemos um ciclo chamado **PDCA** (Figura 3) - (**Plan** - Planejar, **Do** - Executar, **Control** - Controlar, **Action** - Agir).

Em 1930, E. Deming e W. Shewhart (1921-1967) foram responsáveis pela introdução do gerenciamento dos processos de qualidade nas indústrias japonesas e criadores do ciclo PDCA. Esse gerenciamento possibilitava a realização de correções e conseqüentemente a garantia da qualidade do produto. (Moreira et al, 2021, p.3)

O PCDA fortalece o trabalho em equipe, a empatia e a cultura do aprendizado contínuo. Como o próprio Ishikawa define (Ishikawa, 1985, p. 22), “os círculos de qualidade foram criados com o propósito de incentivar as pessoas a ajudarem-se umas às

outras, estimular a procura de conhecimento e a busca de soluções para a resolução de problemas.”

Figura 3: Ciclo PDCA (*Plan* - Planejar, *Do* - Executar, *Control* - Controlar, *Action* - Agir)



Fonte: Elaboração própria – adaptado de Ishikawa, (1985).

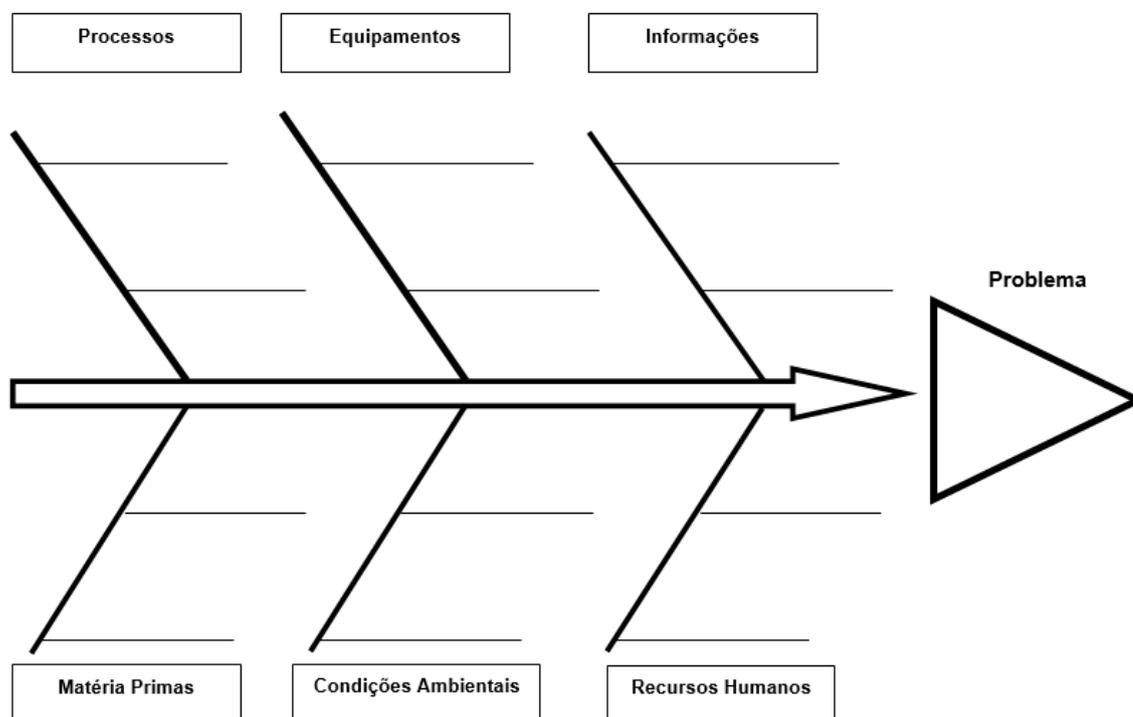
O ciclo PDCA é utilizado em todas as áreas de atuação como importante ferramenta de planejamento, execução, avaliação e controle, tanto na gestão das áreas de produção, tecnologia, saúde e educação, ou em qualquer área/organização que realize planejamento.

Segundo Deming (Da Silva, 2023), “não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, e não há sucesso no que não se gerencia.”

A gestão profissional mede a estrutura, o processo e os seus resultados através de indicadores que norteiam tomada de decisão e mudança de rotas. Avalia a qualidade dos seus produtos e/ou serviços e pesquisa a satisfação e experiência dos seus consumidores e/ou clientes.

Segundo Ishikawa (1971, p.25), o diagrama de causa-efeito (Figura 4), desenhado pela primeira vez em 1943, “é uma ferramenta útil que permite identificar e relacionar as diferentes causas da dispersão de qualidade.” Quando um evento indesejável acontece, uma potente ferramenta de gerenciamento de riscos é o Diagrama Espinha de Peixe ou Diagrama de Ishikawa. Identificando as falhas de processo, de equipamentos, de recursos humanos e treinamento/capacitação é possível levantar a causa raiz dos eventos indesejáveis para a tomada de decisão e correção, mitigando e evitando eventos futuros.

Figura 4: Diagrama de Causa e Efeito ou Espinha de Peixe ou Diagrama de Kaoru Ishikawa



Fonte: Adaptado pela autora de Ishikawa (1985).

Segundo Moreira, (2021, p.2), no contexto industrial, as causas de não conformidades podem ser organizadas em seis categorias (**6 M's**): **Método**; **Máquina**; **Medida**; **Meio ambiente**; **Material** e **Mão de obra**, mas, esta ferramenta, pela sua organização clara e simples, extrapolou o contexto industrial e é utilizada para análise de qualquer categoria de negócio/serviço.

Finalizando este capítulo, fica claro que a gestão deixou de ser, já há muito tempo, apenas uma métrica financeira, a gestão deve, ou deveria, estar na busca constante por **qualidade** para todos os atores/*stakeholders* (interessados) envolvidos nos processos, desde fornecedores, profissionais e clientes/usuários/consumidores.

Segundo Matos e Pires (2006, p.511), “[a] organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde, especialmente no ambiente hospitalar sofre, até hoje, forte influência do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático”. Essa é uma afirmação de quase duas décadas, que indica um contexto organizacional não muito diferente do que temos hoje. Para Viana et al (2018), a própria expressão ‘recursos humanos’ incorpora uma “forte carga do modelo de gestão taylorista/fordista”. Os mesmos autores alegam que “os profissionais são considerados como um dos ‘recursos’ da cadeia

produtiva, assim como os materiais e os financeiros, lógica' segundo a qual' a organização do trabalho tem, como característica, o predomínio da atividade prescrita", não havendo autonomia para os profissionais executores.

Viana et al (2018, p.59) relatam que a partir da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CNGTES), "a expressão 'recursos humanos' foi substituída definitivamente no nome da conferência e em todos os seus documentos por 'gestão do trabalho e da educação". Para Matos e Pires (2006, p.511) "[a] instituição hospitalar coloca-se como um amplo campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados e com grande autonomia de trabalho, os quais não se subordinam às chefias superiores ou a uma direção, no clássico modelo taylorista-fordista".

Nesse ambiente, discutir gestão em saúde e qualidade é fundamental. A qualidade passa pelos insumos, tecnologia, equipamentos, estrutura física, processos, planejamento/estratégia, políticas, governança e, sobretudo, pelas relações humanas e profissionalização da gestão.

Qualidade deriva da palavra latina *qualitate* e "é sinónimo da procura contínua de melhoria em todas as vertentes, desde a política e estratégia da organização até os indicadores financeiros mais relevantes, passando pelos níveis de satisfação de todos os *stakeholders*" (Silva, 2009, p. 11).

3.2 GESTÃO EM SAÚDE

3.2.1 Nota introdutória

Será a gestão pela qualidade e segurança do paciente importantes no setor saúde? De acordo com o Plano Global de Segurança do Paciente 2021-2030 da OMS (2023, p.6):

É preocupante perceber que a crise crônica e generalizada de saúde pública, relacionada com os danos evitáveis para os doentes e para os profissionais de saúde, continuará a ser um desafio importante como era, quando a pandemia por COVID-19 terminar. Os próximos cinco anos serão muito importantes para o movimento global de segurança dos doentes aprender com os efeitos negativos e positivos da COVID-19. Será um momento para construir sistemas de saúde mais seguros que minimizem a possibilidade de provocar danos aos doentes e reforcem e melhorem as condições para que os profissionais de saúde possam prestar cuidados mais seguros.

Como teria sido se a COVID-19 tivesse encontrado um Brasil com a atenção básica estruturada e potente? Uma Atenção Básica com o matriciamento (proposta de intervenção pedagógico-terapêutica) de acordo com a sua população adscrita atualizada, equipes completas (com número adequado de profissionais) conhecendo as famílias de suas áreas de abrangência. Gestantes, idosos, crianças, obesos, tabagistas, hipertensos, cardiopatas, todos mapeados pelo Programa de Saúde da Família. Interação entre os três níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS): Atenção básica, média e alta complexidade através do prontuário único e multiprofissional integradas em rede.

Parece utopia? Hospitais com a gestão profissionalizada (gestores com formação para tal, especializados) designada por meritocracia, provisões de estoques atualizados, equipamentos adequados à capacidade instalada de leitos, manutenção preventiva de equipamentos em dia (engenharia clínica), profissionais treinados na emergência, fluxos intersetoriais bem definidos, escritórios da qualidade organizados, núcleos de segurança do paciente funcionantes, equipes de educação permanente prontas para capacitar os seus profissionais em situações de contingência, adequada oferta de leitos de UTI em relação à população montados com os equipamentos necessários à complexidade - não, essa utopia tem nome: **Gestão pela qualidade em saúde focada na segurança do paciente.**

3.2.2 Breve Histórico da Qualidade e Segurança do Paciente

Numa linha do tempo em relação aos marcos da qualidade e segurança do paciente (Quadro 4), historicamente, o primeiro a fazer menção à Qualidade foi o pai da medicina ocidental, Hipócrates, em 460 AC, com sua célebre frase “*Primum non nocere*” - Primeiro não causar dano, Gilon (1985, p.130-131).

O médico húngaro Ignaz Phillip Semmelweis, que estudou na Universidade de Pest e na de Viena e se tornou obstetra, descreveu a “febre puerperal” (disponível em <<https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1771-ignaz-semmelweis-as-licoes-que-a-historia-da-lavagem-das-maos-ensina.html>>) observando que a simples lavagem das mãos com água morna não era suficiente para combater o fator cadavérico que era trazido nas mãos pelos estudantes de medicina das aulas de anatomia para o cuidado com as gestantes.

Segundo Costa Junior (2015, p.41-42 apud Brauer, 2001), alguns profissionais deixaram um importante legado de contribuição para qualidade em saúde e segurança do paciente, como o da enfermeira britânica Florence Nightingale (1820-1910) e o do Professor Dr. Ernest Amory Codman (1869-1940).

Florence Nightingale (1820-1910), considerada “fundadora da Enfermagem Moderna” atuou na Guerra da Criméia (1853-1856) em 1853, e sistematizou o cuidado para conseguir assistir à tantos combatentes, resultando não só no aumento da produtividade, mas, também, numa melhor recuperação e diminuição das infecções (Barboza et al, 2020).

O médico-cirurgião Ernest Codman (1869-1940) foi um precursor da padronização para a melhoria de serviços de saúde, bem como da acreditação, quando relacionou os desfechos dos pacientes com os erros na assistência em saúde configurando os primeiros relatos de eventos adversos, pontuou a importância dos registros em saúde no prontuário clínico e descreveu os padrões mínimos de qualidade para o trabalho em seu hospital (Costa Junior, 2015 – p.41-44).

Quadro 4 - Linha do Tempo: Marcos da Qualidade e da Segurança do Paciente no Setor Saúde 460 AC – 2000



Fonte: Adaptado pela autora de Mendes, 2014

Avedis Donabedian (1919-2000) é reconhecido pelos profissionais de saúde como uma autoridade nas questões teóricas e práticas de monitoração e avaliação de qualidade, defendia que a avaliação da qualidade se sustentava em 3 componentes: estrutura, processo e resultado. “Esses três tipos de informação só podem ser utilizados se existir uma relação causal entre eles: a estrutura apoia a execução do processo e o processo é executado para gerar resultado.” (Da Silva, 2023, p. 88 apud Donabedian, 1980).

A década de 1970 inaugurou nova era em relação à qualidade em saúde com foco na segurança do paciente (Quadro 5) quando se percebe uma variação na assistência médica em saúde em diferentes regiões dos Estados Unidos documentadas pelo Dr. John E. "Jack" Wennberg (1934 - 2024). Foi o pioneiro e principal pesquisador de variação injustificada na indústria de saúde. [Internet], (disponível em https://en.wikipedia.org/wiki/John_Wennberg).

Archibald Leman Cochrane (1909-1988) “foi um médico escocês que revolucionou a medicina ao defender o uso do método científico para investigar a eficiência e eficácia de tratamentos e doenças. Assim, é um dos pioneiros e fundadores da medicina baseada em evidências” [Internet], disponível em <Wikipedia, <

requerem evidências de eficácia, efetividade, eficiência e segurança para nortear decisões, com maiores probabilidades de se acertar.

Quadro 5: Tempo: Marcos da Segurança do Paciente no Setor Saúde – Anos 70 a 2000.



Fonte: Adaptado pela autora de Mendes, 2014

O conceito de MBE foi introduzido no início da década de 1990, seguido pela fundação da Colaboração Cochrane em 1992, em Oxford, pelo professor Iain Chalmers

buscava-se aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados à população e diminuir os custos operacionais dos processos de prevenção, tratamento e reabilitação. Desde seus primórdios, a MBE tem contribuído para ampliar a discussão acerca das relações entre ensino e prática da medicina, assumindo papel de destaque nas reformas curriculares no período pós-guerra, de tal modo que suas influências nos modelos de formação e nas práticas de cuidado em saúde hoje se manifestam de maneira significativa. (Faria et al, 2021, p.61)

Em 2004, a preocupação com a segurança do paciente levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar o programa *The World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente), com o objetivo de desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde e foi desenvolvida a Classificação Internacional de Segurança do Paciente. (Philip, 2004)

Em 2006, o Comitê Europeu de Segurança do Paciente reconheceu a necessidade de considerar a segurança do paciente como uma dimensão da qualidade em saúde em todos os níveis de cuidados de saúde. Desde a promoção da saúde até o tratamento da doença, o

que significa considerar a importância da qualidade e segurança do paciente, inclusive da atenção primária.

O livro *Human Error* (Errar é Humano), de James Reason (1990), fundamentou o relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (Kohn et al, 1999), intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro), tornou o tema segurança do paciente uma questão central nas agendas de muitos países. Essa publicação alertou para os erros no cuidado à saúde e para os danos ao paciente, apontou a previsão de 44.000 a 98.000 mortes de pacientes em hospitais norte-americanos relacionadas com eventos adversos e erros. Na época, uma mortalidade maior do que a por acidentes automobilísticos, câncer de mama e AIDS.

Em uma pesquisa documental intitulada “A segurança do paciente e o erro sob a perspectiva do pensamento complexo”, Metelski et al (2023, p.2) relatam que os eventos adversos nos hospitais de países de renda baixa e média ultrapassam 134 milhões, dos quais decorrem 2,6 milhões de mortes... Os mesmos autores descrevem que considerando “serviços de cuidados primários e ambulatoriais”, “quatro a cada dez pacientes sofrem algum dano” e que “erros envolvendo medicação custam aproximadamente 42 bilhões de dólares todos os anos (WHO, 2020). Nos Estados Unidos, os erros relacionados à assistência à saúde são a terceira causa de óbito” (Metelski et al, 2023, p.2).

3.3 QUALIDADE EM SAÚDE

O setor saúde é complexo, o organismo humano, por si só, já apresenta variabilidade: a mesma patologia descrita em indivíduos diferentes pode apresentar desfechos diferentes na dependência da imunidade, estilo de vida, adesão ao tratamento e comorbidades de cada um. Qualidade envolve fatores tangíveis e intangíveis, passa pela percepção das pessoas sobre o tratamento recebido.

Além disso, as tecnologias avançaram muito aumentando e melhorando as propostas de tratamento e serviços ofertados, mas acarretando num enorme aumento de complexidade (Figura 5), tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) como na Saúde Suplementar.

Figura 5: Aumento da complexidade no atendimento em saúde.



Fonte: Elaboração própria (auxílio profissional), pintura “Ciência e Caridade”, 1897, de Pablo Picasso e foto de Jonathan Borba disponível em Unplash

Sousa e Mendes (2014, p. 18) definem a prestação de cuidados em saúde como um serviço de enorme complexidade:

Complexidade ao nível do paciente tratado, mas também em relação a diferentes níveis que envolvem sua prática em consultórios, clínicas, hospitais e outras organizações de saúde. E, ainda, ao nível dos financiadores – pagadores, das organizações governamentais e não governamentais que constituem os intervenientes/atores (*stakeholders*) da saúde. Uma das características dos sistemas de saúde é a produção de resultados (*outputs*) incertos, muitas vezes expressos em erros e complicações, com elevados custos de eficiência e crescentes graus de insatisfação por parte da população tratada e dos prestadores.

Então, qualidade em saúde, não pode ser tratada apenas como uma verificação de conformidades e não conformidades como numa linha de produção de uma fábrica. Para Bittar (2000, p.1), “qualidade é o grau no qual os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis que, em consequência, reduzem os desfavoráveis, dado o presente estado da arte.”

Diferentes autores e instituições certificadoras de qualidade têm dado seus enfoques à qualidade em saúde (Quadro 6). Novos conceitos de qualidade, herdados da indústria, foram sendo aplicados nos serviços de saúde.

Quadro 6: Conceitos de Qualidade em Saúde

REFERÊNCIA	CONCEITOS
Avedis Donabedian	Qualidade é a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos (e custos) para os pacientes, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.
João Catarin Mezomo	Qualidade é uma propriedade (ou conjunto de propriedades) de um produto (serviço) que o torna adequado à missão de uma organização, comprometida com o pleno atendimento das necessidades dos seus clientes.
Joint Commission International	Grau no qual os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis e diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, dado o presente estado da arte.
Institute of Medicine	O grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.
The Joint Commission	O grau de conformidade com princípios e práticas (padrões) aceitos, o grau de satisfazer as necessidades dos pacientes e o grau de realização de resultados aceitáveis, fazendo uso apropriado de recursos.
Helena Costa Junior	Qualidade em saúde é o resultado compartilhado e harmônico do conjunto de atitudes e práticas de um indivíduo, orientadas por construção de políticas e instrumentos coletivos, que condicionam mudanças ou adequações positivas em um processo ou atividade de um sistema ou de um serviço de saúde.

Fonte: Costa Junior (2015, p.72)

Porém, parece haver algum consenso de que a qualidade assistencial é um conceito complexo e amplo, cujos componentes podem ser agrupados em sete atributos ou pilares fundamentais (Quadro 6), conhecidos como os sete atributos de Donabedian (1990) utilizados, até hoje, como referência de qualidade. De acordo com Mendes (2015, p.74), o modelo de Donabedian (1990) foi desenvolvido de forma a sustentar a avaliação da qualidade em saúde, tendo “estrutura, processos e resultados” como uma tríade articulada.

Mendes (2015, p.74) relata que as reflexões de Donabedian têm origem no “cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade”.

Quadro 7: Os sete atributos de Avedis Donabedian

SETE ATRIBUTOS/PILARES FUNDAMENTAIS: ATRIBUTOS DE DONABEDIAN		
1	EFICÁCIA	Habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.
2	EFETIVIDADE	Relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial de um “sistema ideal”.
3	EFICIÊNCIA	Habilidade de obter ao melhor resultado ao menor custo, isto é, a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico.
4	OTIMIZAÇÃO	Balanço mais vantajoso entre custo e benefício, ou seja, é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico.
5	ACEITABILIDADE	Adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência.
6	LEGITIMIDADE	Conformidade às preferências sociais relativas aos aspectos acima, isto é, a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.
7	EQUIDADE	Determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Fonte: Costa Junior, (2015, p. 16 – apud Donabedian, 1990)

Um grande desafio da gestão em saúde é a profissionalização dos cargos gestores, muitas vezes indicados por arranjos políticos, tanto no público como no privado. Não basta ser médico para ser gestor em saúde, não basta ser administrador para ser gestor em saúde.

Para que a gestão ocupe um lugar que não seja meramente administrativo e burocrático, o que pode levar ao desinteresse dos graduandos de medicina pela temática, há um longo caminho a percorrer. Para Cecílio (2010), a cultura de “colegiados de gestão em serviços de saúde” poderia mudar essa natureza, tendo esses um caráter político importante no âmbito da gestão.

Dessa maneira, quanto mais complexa uma atividade, mais importante se faz profissionalizar a gestão em saúde, adotar modelos de gestão e governança participativos e aplicar a gestão pela qualidade total na saúde.

A “Qualidade Total” surge como ferramenta de apoio para tratar esta realidade. Assume diferentes significados: qualidade de trabalho, serviço, **informação, processo, estrutura e pessoas**. Implica a satisfação das expectativas e necessidades dos clientes por meio de uma **gestão científica dos processos, baseada em fatos e dados**, voltada para a **correção e prevenção de erros**. Deve ser baseada na manutenção e **melhoria dos padrões** de desempenho atuais, com produtos e serviços melhores e mais competitivos, **participação e envolvimento dos membros da organização**, considerando aspectos éticos que envolvem a prestação dos serviços de saúde. (Bonato, 2011, p. 320 – grifo nosso)

Certificação e Acreditação em Saúde

Os gestores que buscam uma certificação e/ou acreditação enxergam os impactos dos benefícios da melhoria contínua. A busca pela qualidade é uma decisão da gestão. Não existe planejamento e implantação de gestão pela qualidade por setores específicos de uma instituição, estes setores são apenas facilitadores. A gestão pela qualidade e segurança do paciente é uma decisão da gestão, facilitada por setores como o escritório da qualidade e núcleo de segurança do paciente (no caso de hospitais e clínicas), com o envolvimento participativo de todos da instituição/organização. Isto se aplica à saúde suplementar (hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios) e ao sistema único de saúde em todos os seus níveis de atenção.

Em saúde podemos **registrar e validar** iniciativas relacionadas à qualidade através da checagem do cumprimento de itens previamente determinados.

Estes mecanismos podem ser licenciamentos, certificações e a acreditação (Quadro 8).

Quadro 8: Diferenças entre acreditação, licenciamento e certificação

INSTITUIÇÃO	DESCRIÇÃO
ACREDITAÇÃO	<p>Reconhecimento público por um organismo nacional ou internacional de acreditação do atendimento a padrões de acreditação por uma instituição de saúde, demonstrado através de uma avaliação por peritos externos independentes, do nível de desempenho da instituição em relação a padrões.</p> <p>Significa um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, processo e resultado, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência à saúde e da proteção da saúde da população.</p>
CERTIFICAÇÃO	<p>Reconhecimento formal de conformidade com as normas definidas (por exemplo, séries ISO 9000 para sistemas de qualidade) validados por auditoria externa por uma entidade autorizada.</p> <p>Estabelece que uma organização cumpra com os requisitos normativos estabelecidos pelas normas eleitas como marco normativo.</p>
LICENCIAMENTO	<p>Processo pelo qual um governo concede permissão de autoridade, geralmente na sequência de inspeções em relação aos padrões legais mínimos, para um profissional de saúde, em caráter individual, ou a uma instituição para operar ou desenvolver uma ocupação ou profissão.</p> <p>Refere-se à autorização para o funcionamento, mediante verificação dos padrões mínimos de segurança dos pacientes e proteção à saúde das pessoas, pela Vigilância Sanitária.</p>

Adaptado de Costa Junior (2015, p. 47)

A acreditação é um processo voluntário estabelecido para verificar o quanto de credibilidade ou confiança determinado serviço ou instituição possui, frente a um conjunto de padrões, critérios ou pré-requisitos que, como regra geral, estão organizados em manuais. A acreditação no Brasil se iniciou nos idos de 1998 e 1999, com a criação, respectivamente, do Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA e da Organização Nacional de Acreditação – ONA (Costa Junior, 2015, p.58).

Atualmente, quatro modelos de acreditação são aplicados no país, sendo um nacional e três internacionais (Quadro 9).

Quadro 9: Modelos de acreditação aplicados no Brasil

Instituição	Abrangência dos padrões	Níveis de Acreditação	Prazo de Validade dos selos de acreditação	Aplicação
Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Nacional	Acreditação com níveis: Nível 1 Acreditado Nível 2 Acreditado Pleno Nível 3 Acreditado com Excelência	Níveis 1 e 2 dois anos Nível 3 três anos	Por meio de Instituições credenciadas como acreditadoras
<i>Joint Commission International (JCI)</i>	Internacional	Acreditado (sem níveis)	Três anos	Por meio de acordo com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)
<i>Accreditation Canada (QMentum)</i>	Internacional	Acreditação com níveis: Gold (Ouro) Platinum (Platina) Diamond (Diamante)	Três anos	Por meio de <i>joint venture</i> com o Instituto Qualisa de Gestão (IQG)
<i>National Integrate Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)</i>	Internacional	Acreditação (sem níveis) Tem como pré-requisitos a certificação ISO 9000 e a Acreditação ONA 3	Três anos	Por meio da associação com a empresa Det Norske Veritas (DNV)

Fonte: Adaptado de Costa Junior (2015, p. 62, apud JCI - www.jointcommissioninternational.org; IQG - www.iqg.com.br; DNV - www.dnvba.com.br; ONA (www.ona.org.br).

Finalmente, nesta seção sobre qualidade em saúde cabe ressaltar que a diretriz curricular nacional de 2014, recomenda que:

o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar: **qualidade na atenção à saúde**, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas **melhores evidências científicas**, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas **políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes**. (DCN, 2014, p.4, grifo nosso)

3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE

A Segurança do Paciente é considerada como uma dimensão da avaliação da qualidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, demonstrando preocupação com a segurança do paciente, criou o programa *World Alliance for Patient Safety*. Os objetivos desse programa, (que passou a chamar-se *Patient Safety Program*) foram organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos em saúde.

Para a OMS, “Segurança do Paciente é a redução do risco de um dano desnecessário associado com o cuidado em saúde a um mínimo aceitável”. Segundo a *International Classification for Patient Safety – ICPS* (Classificação Internacional para Segurança do Paciente), um mínimo aceitável se refere as noções coletivas de um dado conhecimento atual, recursos disponíveis e ao contexto no qual o cuidado está sendo prestado contra o risco de não tratamento ou outro tratamento.

A publicação *Human Error* (1990) do Professor de psicologia James Reason, da Universidade de Manchester, foi um marco para a segurança do paciente e trouxe os conceitos de erro, violação, fator humano, fatores associados ao sistema e fatores externos para o erro e foi um divisor de águas para a análise do erro em saúde e os fatores que contribuem para estes eventos.

São contribuições desta publicação conceitos que fundamentaram a avaliação dos eventos adversos em saúde, segundo Reason, (1990):

- Os seres humanos cometem erros bobos, independentemente da sua experiência, inteligência, motivação ou vigilância.
- **Erros** são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são normalmente intencionais, embora raramente maliciosas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. O erro pode ocorrer por falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de comissão) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.
- **Violação** é uma divergência deliberada de um procedimento cirúrgico, um padrão ou uma regra.

Tanto erros quanto violações aumentam o risco, que é a probabilidade de um incidente ocorrer. A discussão desses conceitos com alunos da graduação se faz necessária em várias dimensões da formação médica pois fomenta a necessidade de se conhecer todas as variáveis envolvidas para o melhor desfecho da assistência em saúde, desde estar

preparado tecnicamente, mas, também, se manter atualizado em relação a protocolos baseados em evidências científicas. Importante destacar o papel do médico na adesão à protocolos clínicos e, também, institucionais e no entendimento de que a padronização dos processos, os fluxogramas de interação entre as equipes são fundamentais para o resultado.

O futuro médico precisa ter o conhecimento de que equipamentos com manutenção em dia, materiais que sofram desinfecção corretamente e insumos adequados para o cuidado são também fundamentais para o desfecho clínico com melhores resultados.

É fundamental que a reflexão de como é importante trabalhar e colaborar para instituições que valorizem a qualidade e que sigam protocolos baseados em evidências científicas seja apresentada durante todo o curso.

É imperativo que o aluno da graduação diferencie “erro” de “violação” e que aprenda a importância de ter serviços com padronização dos processos. Esses mecanismos de padronização de processos devem ser encarados por jovens médicos não como uma carga de trabalho extra, nem como função exclusiva de outras categorias profissionais, mas, sim, como mecanismos de proteção e segurança para si próprios e seus pacientes.

Cultura Justa em Saúde

A abordagem tradicional ou pessoal denominada Cultura “velha” adota medidas corretivas dirigidas a quem errou, nominando, culpando e estimulando o sentimento de vergonha e fracasso. O erro é visto como o produto de descuido e esta abordagem condiciona os profissionais a esconderem os erros.

A Cultura Justa traz um novo olhar para o erro em saúde. Como pontuam Sousa e Mendes (2014, p.86),

Ela distingue entre o erro humano (por exemplo, cometer deslizes), o comportamento de risco (por exemplo, “tomar atalhos”) e o comportamento imprudente (por exemplo, “ignorar” os passos de segurança necessários), em contraste com uma abrangente abordagem da “não culpabilidade” defendida por alguns.

Para a OMS, as organizações de saúde necessitam tornar-se resilientes, ou seja, um sistema que continuamente previne, detecta, mitiga ou diminui o perigo (circunstância ou agente com potencial de causar dano), ou a ocorrência de incidentes (WHO, 2009).

Espera-se que a cultura de segurança, nas organizações de saúde, seja constituída pelos seguintes componentes, segundo Sousa e Mendes, (2014, p. 88):

- **Cultura justa**, com relação à segurança e à justiça, em que haja o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura

que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas priorize buscar suas causas. As pessoas não são punidas por seus erros e falhas, mas as violações não são toleradas;

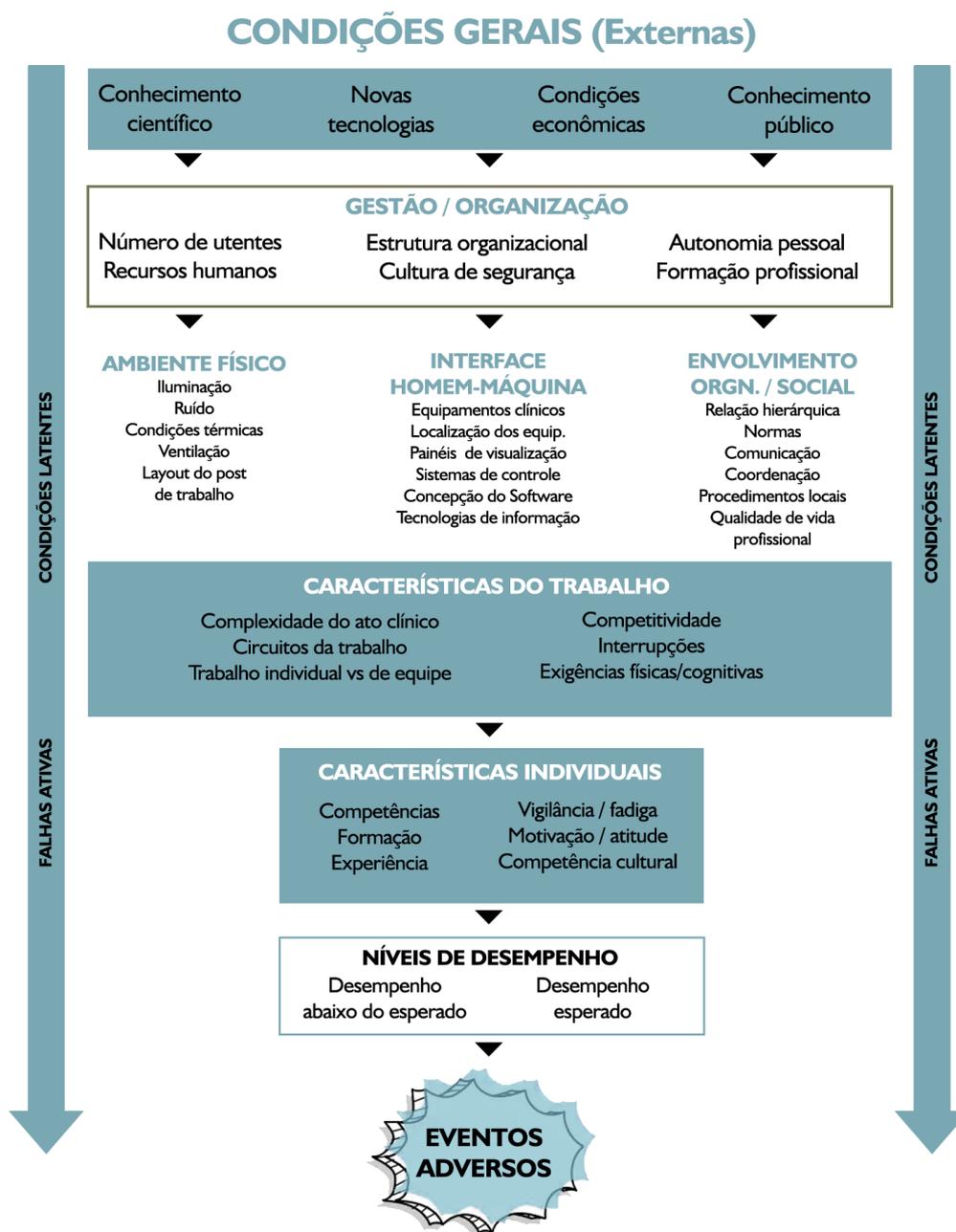
- **Cultura de notificação de incidentes**, que privilegie a informação (incluindo coleta/recolha, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de incidentes e quase incidentes) e encoraje as pessoas a falarem sobre seus erros e a notificá-los. As pessoas devem relatar erros sem receio de culpa ou punição;
- **Cultura de aprendizagem**, já que a organização constituiu uma memória de eventos passados, ela pode direcionar o aprendizado a partir deles (WHO 2008). Os erros devem ser conhecidos, investigados, as soluções encontradas e implementadas, sendo posteriormente controladas nos seus efeitos.

Quanto mais se compreender como e por que os erros ocorrem, mais podemos reduzir a reincidência. As estratégias podem incluir: educação, novos protocolos, novos sistemas, comunicação profissional, fluxos de trabalho, manutenção preventiva, adequações de logística e de abastecimento.

Incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Podem ser oriundos de atos intencionais ou não-intencionais. Múltiplos fatores estão normalmente envolvidos (Figura 6): fatores dos pacientes; das tarefas; da equipe, do ambiente, das ferramentas e tecnologia, organizacionais. Circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.

As falhas ativas ou erros, designadamente as falhas, os lapsos e os enganos, são sentidos, quase no imediato, nos sistemas complexos (como são os hospitais) e resultam, no essencial, da interação entre o homem e seu “objeto de ação” (atividade de trabalho). No entanto, as condições latentes são um conjunto de elementos que se encontram dispersos no sistema (entre outros, as condições externas, a gestão, o envolvimento físico, o ambiente social e a interface homem-sistema) e estão frequentemente “invisíveis” nesse mesmo sistema (determinantes do trabalho). (Souza e Mendes, 2014, p.116).

Figura 6: Múltiplos fatores envolvidos e contributivos para a existência de acontecimentos adversos na prestação de cuidados em saúde.



Elaboração própria, adaptado de Sousa e Mendes, (2014, p. 117 apud *Henriksen et al.*, 2008)

1. Fator humano: comportamento, comunicação, desempenho;

Falta de familiaridade com a tarefa – inexperiência; Falta de tempo; Avaliação inadequada
Procedimentos mal definidos; Interface equipamento/homem inadequada; Capacidade de memória limitada, reduzida por:

- Fadiga (24 horas de privação de sono tem efeitos no desempenho semelhante a conteúdo de álcool no sangue de 0,1%); Stress; Fome; Doença; Fatores de linguagem ou cultural; Atitudes perigosas.

2. Fatores associados ao sistema: ambiente de trabalho:

Ambiente físico, planta física, segurança; Gestão de serviços contratados (ex: patologia, manutenção, informação tecnológica); Cultura organizacional; Equipamentos e insumos (disponibilidade, incompatibilidade, adequação); Política e procedimentos: disponibilidade e clareza de protocolos, guias de procedimentos;

3. Liderança, trabalho em equipe.

4. Fatores externos: fora de controle da organização:

Políticas públicas; Legislação; Ambiente natural.

5. Paciente: não aderência ao tratamento/conduas pessoais.

Comorbidades; Limitações físicas (motoras, auditivas, visuais); Problemas de adesão à terapêutica; Comportamento agressivo, distúrbios mentais.

É inegável, neste contexto, interligar as condições de trabalho, a ergonomia e a saúde dos profissionais de saúde diretamente com a segurança do paciente.

Jornadas de trabalho longas e extenuantes, precárias condições contratuais de trabalho, falta de feristas e infraestrutura são temáticas da gestão em saúde e como, já pontuado por Reason, interferem no fator humano do incidente. Essa discussão tem que fazer parte da graduação, os médicos necessitam ganhar o mercado de trabalho com conhecimento e subsídios técnicos em gestão para protagonizarem a mudança que a saúde merece.

Os incidentes são classificados de acordo com a repercussão que ocasionam e, pelo Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS (Edição traduzida para o português, 2016, p.80) são definidos como (Figura 7):

Figura 7: Tipos de incidentes – associados ou não a dano ao paciente.



Fonte: Elaboração própria

Circunstância Notificável

Incidente com potencial dano ou lesão. Ex.: um desfibrilador numa sala de emergência que não está funcionando.

Near Miss ou Incidente que não atingiu o paciente

Como o próprio nome diz, é um incidente não atinge o paciente. Ex.: uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado e este incidente foi detectado antes de ser infundido.

Incidente sem dano

Incidente atinge o paciente, mas não causa dano. Ex.: uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado e nada acontece com o paciente.

Incidente com dano (Eventos adversos)

Incidente atinge o paciente e resulta em lesão ou dano. Ex.: uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado, foi infundida e o paciente morreu com uma reação hemolítica.

Já pela *Joint Commission International (JCI)*, [Internet], disponível em http://www.jointcommission.org/sentinel_event_data_general, evento adverso e sentinela sofrem uma mudança conceitual:

Evento adverso – ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde;

Evento sentinela – ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função.

O erro como fator humano, e não como violação de uma técnica ou protocolo, passa a ter caráter sistêmico e não individual.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, abrangem a questão de encarar o erro como forma de aprendizado e mudança como habilidade a ser aprendida na graduação em medicina:

Aprender com o erro, identificando-o e avaliando-o, em situações e ambientes protegidos, ou em situações da realidade, **de modo a aproveitá-lo como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte para sua superação definitiva.** (Diretriz Nacional Curricular, 2014, p. 6, grifo nosso).

A boa prática da deve tratar o erro como forma de aprendizado e adoção de medidas preventivas para que este não se repita, utilizando-se dos princípios da cultura justa e da aprendizagem contínua. Para tanto, ferramentas de gestão auxiliam na análise e tratamento dos erros de forma assertiva e resolutiva como a análise de causa raiz ou espinha de peixe de Ishikawa, como já mostrado na seção Gestão deste documento, identificando múltiplos

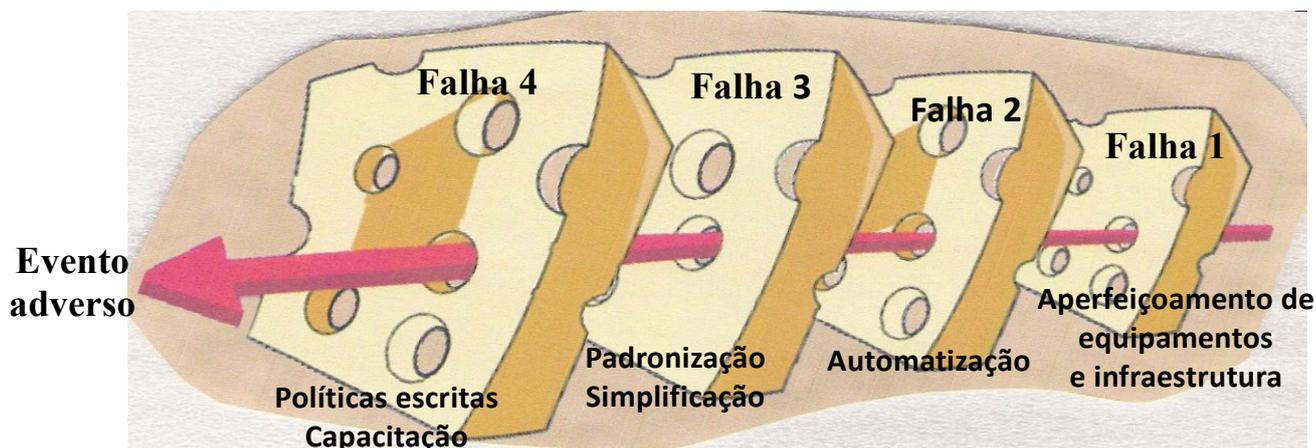
fatores que podem estar envolvidos na causa de um evento adverso como insumos, equipamentos, falta de treinamento, processos de trabalho, condições ambientais e informações.

Outro marco na aplicação da Cultura justa é a teoria do queijo suíço de James Reason (Figura 8),

modelo explicativo que permite uma abordagem sistêmica de gerenciar o erro ou falha. O modelo traz a ideia de que quando não temos barreiras de proteção e/ou mitigação instituídas, uma sucessão de falhas acontece (representadas na seta que atravessa os buracos do queijo suíço) acarretando como desfecho final num evento adverso. (*Human Error*, 1990, p.208, tradução livre).

Desta forma, as barreiras que impedem o evento adverso de acontecer são construídas pela gestão e podem ser, por exemplo: profissionais atualizados e capacitados, implantação de protocolos clínicos, desenvolvimento de protocolos para aplicação das metas internacionais de segurança do paciente (ex.: protocolo de cirurgia segura), educação multiprofissional permanente, gestão de medicamentos (ex.: dose unitária de medicamentos, código de barras), manutenção preventiva de equipamentos, reposição de profissionais de férias e/ou escalas, entre tantos outros.

Figura 8: Modelo do Queijo Suíço de James Reason



Fonte: Adaptado de James Reason (1990, p.208)

Para a gestão assegurar a **qualidade do cuidado na perspectiva da segurança do paciente**,

é vital conhecer, entre outros aspetos: **i) a organização**; as **lideranças**, seus personagens e estilos; as **barreiras à comunicação**; as prioridades e a valorização **estratégica da gestão do risco**; **ii) os custos de implementação e**

potenciais ganhos econômicos de soluções efetivas que objetivam **melhorar a qualidade e a segurança do paciente**; o **impacto econômico da “não qualidade”** e da ocorrência de erros e de eventos adversos; **iii)** formas de avaliação e monitorização da qualidade e da segurança em saúde, por exemplo, programas de **acreditação** e uso de **indicadores**; **iv)** a **relação entre a saúde dos profissionais e os impactos na segurança dos pacientes**; **v)** a comunicação entre os profissionais de saúde e destes com os pacientes e familiares; e, principalmente, **vi)** o **envolvimento e a intervenção dos pacientes** nesses contextos. (Sousa e Mendes, 2014, p.16 – grifo nosso)

Os modelos de gestão podem se apresentar como uma barreira à implantação da segurança do paciente e, sobretudo, da cultura justa. Modelos muito hierarquizados e punitivos, sem espaços de treinamento e análise de causa raiz dos seus eventos adversos induzem ao medo, à omissão e falta de notificação e, portanto, privam a oportunidade de um ciclo virtuoso de aprendizado e da correção dos erros.

O clima organizacional, o tipo de gestão adotada envolvendo todas as instâncias em discussões técnicas sobre insumos, escolha de equipamentos, padronizações de processos, fluxogramas de trabalho, ergonomia do trabalho, análise de eventos adversos e cuidados centrados no paciente (Figura 9), são preponderantes no sucesso da implantação da qualidade em saúde e segurança do paciente.

A gestão deve se cercar de comissões, núcleos e comitês de qualidade, controle de infecção, revisão de prontuários, segurança do paciente entre outros que lhe cerquem de dados e informações para tomadas de decisões assertivas. O médico precisa ganhar estes espaços e se envolver no cotidiano das soluções de problemas.

Dessa forma, as organizações de saúde começam a atribuir importância à gestão participativa como forma de aprendizagem, capaz de fazer a diferença na qualificação dos trabalhadores. Quando gerenciado de forma adequada, esse tipo de gestão torna mais forte o desenvolvimento organizacional e das equipes, valorizando as competências individuais. (Garcia, 2015, p.2617)

Figura 9: Modelo integrado das condições de trabalho da prestação de cuidados de saúde e o clima organizacional e segurança.



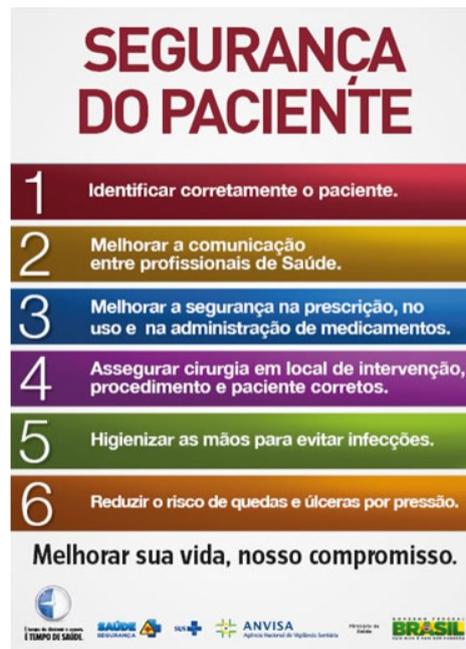
Fonte: Adaptado pela autora de Sousa e Mendes (2014, p. 123 apud Stone et al., 2005)

Em 2005, a Aliança Mundial da Saúde identificou áreas prioritárias de atuação para a segurança do paciente, influenciadas pelas metas de segurança do paciente da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* e surgiram as Metas Internacionais de Segurança do Paciente que foram adotadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (Figura 10).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, Brasil (2014), definiu a elaboração de um protocolo de segurança para cada meta com indicadores específicos de monitoramento para cada protocolo (ANEXO G):

- ✓ Protocolo para cirurgia segura;
- ✓ Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde;
- ✓ Protocolo para prevenção de úlcera por pressão;
- ✓ Protocolo de identificação do paciente;
- ✓ Protocolo de prevenção de quedas;
- ✓ Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

Figura 10: Metas Internacionais de Segurança do Paciente adotadas pelo PNSP



Fonte: <http://portalsaude.gov.br>

Esses protocolos e indicadores devem ser inseridos ao longo do curso de graduação tanto em atividades teóricas quanto práticas. Segundo o Guia curricular de segurança do paciente, edição multiprofissional, OMS, “(2016, p.2) “a construção do conhecimento dos estudantes sobre segurança do paciente precisa ocorrer durante toda a sua formação.”

Melhorar a comunicação é a segunda meta internacional de segurança do paciente. A comunicação médico-paciente é fundamental para a relação médico-paciente. O diagnóstico e conduta a serem traçados se iniciam numa boa anamnese (entrevista que visa conhecer o paciente de forma completa).

Por outro lado, com o aumento da complexidade do atendimento em saúde, o trabalho em equipe se tornou cada vez mais necessário. As equipes podem ser de uma mesma categoria profissional, multiprofissionais, setoriais e intersetoriais necessitando assim de comunicação. A segurança do paciente propõe estratégias de boa comunicação que devem ser aprendidas e treinadas desde a Academia e internato médico (Souza e Mendes, 2014, p.146-150):

1. Rounds interdisciplinares estruturados com roteiros pré-estabelecidos;
2. Uso da técnica SBAR - *Situation* (situação), *Background* (história), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendação) para a comunicação de casos clínicos e ocorrências entre profissionais;

3. Uso da técnica de *read back* (ler de volta) - Essa técnica prevê que uma prescrição ou o resultado de exame fornecido verbalmente, ou por telefone, seja anotado por quem recebeu e depois, relido para quem fez a solicitação.
4. Processo normatizado de passagem de plantão - Os profissionais envolvidos na passagem de plantão/turno devem estar disponíveis pelo tempo necessário para transmissão das informações necessárias. Além da troca verbal de informações, é importante o registro dos itens mais relevantes relativos ao cuidado.

Essas técnicas devem passar a ser rotina no aprendizado médico, da mesma forma que já é concebido que o graduando deva aprender anamnese e exame físico.

Cuidado Centrado no Paciente e sua Família (CCPF)

Quando concebemos cuidado pela ótica da segurança do paciente, uma importante estratégia é o cuidado centrado no paciente e sua família. Para Cruz, (2020, p.2) “A participação é o princípio central nas publicações relacionadas à segurança do paciente que consideram o CCPF como uma das estratégias vitais para a promoção de um cuidado seguro.” Para Sousa e Mendes (2014, p. 160) “hoje, é consensual que a promoção da participação e do envolvimento do paciente e da família, nos mais variados níveis de cuidado de saúde, representa benefícios para os pacientes, para os profissionais de saúde e para as organizações.”

O Cuidado Centrado no Paciente é uma prática em que o paciente e seus familiares participam das decisões que envolvem sua saúde. Assim, o atendimento profissional passa a ser personalizado de acordo com as vontades e demandas individuais. O paciente e seus familiares, passam a fazer parte do processo do cuidado, de acordo com cada caso e demanda.

A medicina existe pelo e para o paciente, a medicina é realizada por pessoas para as pessoas, nada mais justo do que envolver o próprio paciente nas decisões acerca de si mesmo.

A saúde é, por excelência, uma área de tomadas de decisão. E se, no âmbito da saúde, considerarmos as situações de doença, identificaremos, com facilidade, vários processos de tomada de decisão: **a decisão de procura de cuidados médicos; a decisão do diagnóstico** (que inclui todas as decisões de procedimentos de pesquisa e o estabelecimento final da patologia); **a decisão de aceitação do diagnóstico; a decisão do tratamento e de aceitação do tratamento**, não menos importante (senão, a mais importante); **a decisão de implementação (isto é, adesão) ao tratamento** (Sousa e Mendes, 2014, p. 163).

Durante a graduação é importantíssimo valorizar e apresentar ao graduando as estratégias de envolvimento do paciente em todas as etapas do diagnóstico e tratamento.

Segundo o Guia curricular de segurança do paciente da OMS, edição multiprofissional, (2016, p. 196), “se, por um lado, existem muitas declarações éticas sobre a importância da parceria com os pacientes, há poucas pesquisas sobre a medida em que essa parceria com os pacientes reduz a incidência de erros.”

Ainda sobre o cuidado centrado no paciente, importante aprendizado para o estudante de medicina é o conceito de **plano terapêutico individualizado (ou projeto terapêutico singular)**, uma programação do tratamento, individualizado, para cada paciente de acordo com o seu caso, elaborado pela equipe multiprofissional com etapas e metas a serem cumpridas. Assim como qualquer planejamento, ao executá-lo, no ciclo PDCA (*Plan-Do-Control-Act*), as decisões podem mudar e as rotas serem reajustadas. Toda a equipe multiprofissional deve registrar a sua evolução deste plano em **prontuário transdisciplinar do paciente** (registro de todas as categorias envolvidas no atendimento).

O atendimento individualizado, centrado nas necessidades dos pacientes, envolvendo seus familiares, através de um plano terapêutico, elaborado por equipe multiprofissional e registrado no prontuário transdisciplinar do paciente faz parte da integralidade do cuidado em saúde. Para Pinto et al (2011, p.493), “a construção de um projeto terapêutico singular pressupõe a participação coletiva e uma concepção de sujeito que contemple os aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural. O cuidado e atendimento integral deve ser realizado tanto no público (em todos os seus níveis de atenção) como no privado.”

Outra abordagem a ser introduzida na graduação em medicina é desmistificar a comunicação dos incidentes ocorridos aos pacientes e famílias - *disclosure*. Segundo o Guia curricular de segurança do paciente, edição multiprofissional, OMS (2016, p. 193) “*disclosure* (revelação do erro) é um termo usado para descrever a comunicação honesta com pacientes e cuidadores após terem sofrido algum dano. O uso de processos de revelação do erro em muitas unidades de saúde reflete a importância do profissionalismo e da honestidade nas comunicações com pacientes e seus cuidadores. Isso, por sua vez, aumentou as oportunidades de parcerias com pacientes.”

A informação ao paciente sobre um incidente pode ser definida como a “comunicação entre o profissional de saúde e o paciente ou familiar na qual é reconhecida a ocorrência de um erro, discutido o acontecimento e estabelecida a ligação entre o erro e o seu efeito, de forma que seja perceptível para o paciente” (Sousa e Mendes, 2014, p. 178 apud Lazare, 2006). Destaca-se a seguir um trecho de Souza e Mendes (2014, p.186):

Os pacientes que foram vítimas de um incidente e seus familiares esperam uma informação explícita de como o incidente ocorreu, como será prevenido no futuro e um pedido de desculpas. Para a grande maioria dos pacientes, as medidas que vão tomar após um incidente (decisão positiva ou negativa de litígio) estão diretamente relacionadas com a forma como a informação lhes foi transmitida nos dias imediatos à sua ocorrência. (Berwick 2003; Boyle et al. 2006; Lazare 2006; Sorensen et al. 2008).

Ressalte-se que a **gestão da alta hospitalar** é tão importante quanto o diagnóstico e tratamento. Esta gestão se inicia bem antecipadamente a data prevista para a alta hospitalar, deve envolver os profissionais, o paciente e os seus familiares na realização de educação em saúde e definição de prazos, orientações de cuidados, medicamentos, revisões com especialistas e a necessidade do acompanhamento de seguimento. Simulações de intercorrências após a alta hospitalar e como proceder nestes casos, assim como cuidados especiais (por exemplo: ostomias e drenos), devem ser informados/capacitados aos pacientes e familiares ainda na internação. Ter planos e roteiros escritos para os pacientes ajuda neste processo.

Após as altas hospitalares, cerca de metade dos pacientes experimenta, ao menos, um erro associado ao cuidado em saúde, mais comumente relacionado a medicamentos. Um a cada cinco sofrem eventos adversos, e uma proporção significativa (metade em alguns estudos) é considerada evitável, atribuída a uma programação da alta inexistente ou malfeita. (Wachter, 2013 apud Sousa e Mendes, 2014, p. 153)

Segurança do Paciente no Brasil

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é responsável por elaborar normas de funcionamento, observar seu cumprimento, estabelecer mecanismos de controle e avaliar riscos e eventos adversos relacionados à serviços prestados por hospitais, clínicas de hemodiálise, postos de atendimento, enfim, todos os estabelecimentos de saúde. A partir de 2004, a Anvisa incorporou ao seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), da qual o Brasil faz parte.

Devido à preocupação com a Segurança do paciente, em 2011, a Anvisa publicou a RDC n°. 63, exigindo ações e estratégias para a correta identificação do paciente pelos serviços de saúde.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde (MS), criada em 2011, Brasil (2011) para melhoria do desempenho da Atenção Básica foi o "Programa Nacional de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" (PMAQ – AB). Este programa propõe um incentivo financeiro variável aos municípios com valor associado aos resultados alcançados pelas equipes e pelos municípios.

Mas, foi através da portaria nº 529, de abril de 2013, do MS (ANEXO F) que o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Importante lembrar que os objetivos específicos do Programa, segundo o Ministério da Saúde (portaria 2013 – grifo nosso):

- 1) **implantar a gestão de risco e os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde;**
- 2) **envolver os pacientes e familiares nas ações;**
- 3) ampliar o acesso da sociedade às informações;
- 4) produzir, sistematizar e difundir conhecimentos;
- 5) **fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.**

Segundo as DCN (2014, p2), o graduando deverá ser formado no sentido de concretizar: segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

Já está bem estabelecida a necessidade da inclusão da temática gestão em saúde e segurança do paciente na prática da graduação em saúde.

O PNSP adotou as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, já mencionadas (Figura 10). No mesmo ano foi publicada a RDC nº. 36, que institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Como desdobramento das ações do PNSP, foi publicada resolução colegiada (RDC) número 36 da ANVISA (ANEXO E) (disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa>) normatizando a obrigação da criação dos **Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)** nos serviços de saúde tanto públicos, como privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem atividades de ensino e pesquisa, excetuando-se os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atendimento domiciliar.

ProQualis - Programa Nacional de Segurança do Paciente (FIOCRUZ).

A criação do ProQualis [Internet], disponível em <<https://proqualis.fiocruz.br>>, em 2009, foi um importante passo para a sedimentação da Segurança do Paciente no Brasil. O portal do ProQualis – proqialis.net é voltado para a produção e disseminação de informações e tecnologias em qualidade e segurança do paciente. Conta com o financiamento do Ministério da Saúde e é uma iniciativa que merece destaque pelo seu relevante papel na disseminação de conhecimento nas áreas de informação clínica e de segurança do paciente. Na área de Segurança do Paciente, o portal está organizado em grandes temas que expressam as questões mais relevantes para que o cuidado ao paciente possa ser oferecido de forma segura.

Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP)

Fundada no dia 6 de dezembro de 2017, na cidade do Rio de Janeiro, por um grupo multidisciplinar de profissionais, de acordo com o site da SOBRASP [Internet], disponível em <https://www.sobrasp.org.br>, sua missão é “Influenciar e integrar pessoas e organizações em prol da qualidade do cuidado e segurança do paciente, promovendo uma abordagem sistêmica de natureza multiprofissional.”

Foi criada com a finalidade de congrega os profissionais de saúde e os profissionais em geral no Brasil que atuam na área da Qualidade do Cuidado e da Segurança do Paciente, visando contribuir para:

1. A melhoria das condições de saúde da população, através da promoção da Qualidade do Cuidado e da Segurança do Paciente;
2. O fortalecimento da Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente como política pública de saúde e um direito humano básico;
3. O letramento dos profissionais e gestores em saúde, de interessados e a população brasileira em geral, no tocante à Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente;
4. Que a Segurança do Paciente, e a ocorrência de incidentes e eventos adversos em saúde em particular, tenham uma abordagem sistêmica, interdisciplinar e não punitiva nas instituições de saúde, nos órgãos de exercício profissional, e na mídia em geral;
5. A implementação de gestão de risco nas organizações hospitalares a fim de aproximar e treinar equipes multiprofissionais fortalecendo os sistemas de

notificações internas e nacionais promovendo a educação e aumento da cultura de segurança;

6. O estabelecimento de uma maior transparência e uma maior concertação entre as instituições de saúde, profissionais de saúde, sociedade civil e órgãos de controle, de defesa da cidadania e do aparato judiciário no tocante à Segurança do Paciente;
7. A maior participação e conhecimento da população sobre Qualidade do cuidado e Segurança do Paciente.

Rede Sentinela

Segundo o Manual do Programa Nacional de Segurança do Paciente, (2014, p.10) “compõe-se de instituições que, desde 2002, trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: 1. busca ativa de eventos adversos, 2. notificação de eventos adversos e 3. uso racional das tecnologias em saúde.”

O projeto foi, inicialmente, voltado para os hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade, que pudessem desenvolver um conjunto de atividades no sentido de fortalecer a cultura da vigilância pós-uso/pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária (Vigipós).

A adesão é voluntária o que atrapalha a regularidade de envio dos dados. As notificações dos eventos adversos foram classificadas em quatro eixos: 1) prioridade para o gerenciamento de risco em três áreas – a medicamentos, sangue e produtos para a saúde, desenvolvendo ações de farmacovigilância, de hemovigilância e de tecnovigilância; 2) uso racional de medicamentos; 3) uso racional de outras tecnologias em saúde; 4) qualidade em serviços sentinela.

3.5 SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL EM SAÚDE

A COVID 19 deixou claro para todos nós que a saúde de todos interfere na saúde individual e que, da mesma forma, a direção inversa é verdadeira, a saúde individual interfere na coletiva.

De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde, da antiguidade ao século XXI, superada a concepção sobrenatural de saúde e enfermidade, que concebia saúde como a ausência de enfermidade (doença, deficiência, invalidez), saúde passa ser um estado que revelava o equilíbrio do organismo, com referência aos seus meios interno e externo: **“Gozar de saúde significava não padecer de enfermidade, estar em harmonia consigo mesmo e com o meio”**.

Em 1947 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

A saúde passa a ter outra amplitude, mais integral e holística, envolvendo várias dimensões do próprio indivíduo, mas, também suas relações históricas, econômicas, políticas, sociais, da qualidade de vida, das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres, suas relações dinâmicas e construídas ao longo de todo o ciclo da vida e do meio ambiente em que convive.

As Diretrizes Curriculares Nacionais, integram este conceito de saúde às necessidades de aprendizado da graduação em medicina quando postula que:

o graduado em Medicina deverá ter formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, **nos âmbitos individual e coletivo**, com **responsabilidade social** e compromisso com a **defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano** e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a **determinação social do processo de saúde e doença**. (DCN, (2014, p.3 – grifo nosso)

Fica claro que sustentabilidade em saúde e meio ambiente não se dissociam da saúde coletiva. A gestão da saúde individual e coletiva passa pela gestão do meio ambiente.

As DCN fazem menção direta à sustentabilidade do meio ambiente, em duas colocações:

1. Quando preconiza como conteúdo curricular do projeto pedagógico: “a abordagem de temas transversais no currículo, que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos, **educação ambiental**, ensino

de Libras, educação das relações étnico-raciais e história da cultura Afrobrasileira e Indígena. (2014, Art.23, item VII – grifo nosso)

2. Quando relata que o graduando será formado no sentido de concretizar: preservação da **biodiversidade com sustentabilidade**, de modo que pacientes, familiares e responsáveis pelo sistema de saúde observem a importância das **relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias**, bem como da incorporação de novos hábitos e práticas de saúde. (2014, Art.5, item d – grifo nosso)

Médicos devem conhecer os resíduos gerados pelo atendimento em saúde e ter consciência ambiental do seu descarte, se interessar pelo assunto nas instituições que trabalham. Além disso, devem ter conhecimento sobre o impacto dos componentes químicos no meio ambiente, da importância da água para o seu trabalho e de como a sua conduta impacta no meio ambiente. Acima de tudo, entender que o médico deve exercer cidadania.

Recentemente, em maio de 2024, em nosso país, acompanhamos com profundo pesar uma enchente com consequências catastróficas, de calamidade pública, no estado do Rio Grande do Sul. Este desastre ambiental, assim como os outros que tem acontecido no Brasil e no mundo, deixam claro que, além dos profissionais de saúde precisarem passar por treinamentos de enfrentamento à desastres, o atendimento através de protocolos clínicos, a gestão de estoques e de equipamentos, assim como, a agilidade para se estabelecer planos de contingência e enfrentamento devem ter a sua base de aprendizado na graduação.

Apesar de ainda estar longe do que o mundo deveria estar implantando em seus serviços de saúde para contribuir com o meio ambiente, existem iniciativas louváveis para a sustentabilidade no sistema de saúde como a coalizão **Saúde sem Dano** e a **Rede de Hospitais Verdes**.

Embora a atual situação climática do mundo clame por estas iniciativas, na minha vida diária como preceptora do internato de medicina, observo que a temática é desconhecida para os graduandos do internato, o que não afirmo, porém acredito, não ser diferente em outras instituições.

De acordo com o seu portal [internet], disponível em <saudesemdano.org>, **Saúde sem Dano** é uma coalizão internacional de hospitais e sistemas de saúde, profissionais da saúde, grupos da comunidade, sindicatos e organizações ambientalistas que tem como propósito transformar o setor da saúde, sem comprometer a segurança ou o cuidado com o fim de ser ecologicamente sustentável e deixar de ser uma fonte de dano para as pessoas e o meio ambiente.

A campanha não aceita aportes financeiros de fabricantes de insumos médico-hospitalares, nem recomenda nenhum produto comercial específico. Na América Latina estão localizados na cidade de Buenos Aires e contam com representação em Virgínia (EUA), Bruxelas (Bélgica) e Manila (Filipinas). Ainda atuam em outras partes do mundo, como em Nova Déli (Índia), Durban (África do Sul) e Dar es Saalam (Tanzânia).

São eixos temáticos de trabalho da coalizão Saúde Sem Dano [internet], disponível em <saudesemdano.org>:

1. Substâncias químicas;
2. Materiais tóxicos;
3. Resíduos dos serviços de saúde;
4. Clima e energia;
5. Água;
6. Transporte;
7. Alimentos saudáveis;
8. Produtos farmacêuticos;
9. Edifícios Verdes;
10. Compras sustentáveis.

Um desafio da Rede de Hospitais Verdes é extinguir os termômetros de mercúrio nas instituições de saúde de todo o mundo.

Outro exemplo de frente é a iniciativa Edifícios Verdes construindo hospitais geograficamente pensados, que utilizem a luz e ventilação do ambiente, aproveitem a água da chuva e tenham uma arquitetura que facilite o descarte e gerenciamento de resíduos sólidos.

A **Rede de Hospitais Verdes** [disponível em <<http://www.hospitaisverdes.net>>] constitui a base da Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis e possui uma agenda de compromisso. Para participar da rede é preciso que a Instituição de saúde apoie esta agenda e se comprometa com a implementação de, ao menos, dois dos objetivos nela estabelecidos.

Desta forma, hospitais e sistemas de saúde automaticamente se incorporam à rede (sem nenhum custo), melhorando seu desempenho ambiental e dando sua contribuição para a saúde ambiental global. A **Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis** (disponível em <<https://www.hospitaissaudaveis.org/PHS>>) é um projeto de **Saúde Sem Dano** e é uma comunidade virtual para os hospitais e os sistemas de saúde, registrando seu avanço por meio de resultados mensuráveis enquanto compartilham as melhores práticas e encontram soluções para desafios comuns.

3.6 ENSINO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

O ensino médico brasileiro, nos 200 anos de sua existência, tem sido influenciado, desde a sua origem, pela conjuntura política, pelos regimes de governo, por modelos econômicos e por outros fatores que marcam o desenvolvimento do país. As mudanças nos saberes e na constituição das práticas médicas relacionam-se às diversas compreensões dos fenômenos de saúde e doença em um dado período histórico, à disponibilidade de recursos tecnológicos para responder a essas questões e à formulação dos diferentes modos de organizar a atenção à saúde. (Amaral, 2007, p.9)

O ensino na graduação em medicina, historicamente, parte do modelo tradicional centrado no conteúdo a ser transmitido verticalmente e passivamente do professor para um grande número de alunos. O educador Paulo Freire metaforicamente se referia aos alunos como “vasilhas vazias” que deviam ser enchidas pelos seus educadores, denominada por ele a “cultura do silêncio”, metodologia que ideologicamente reduz a autonomia do indivíduo por não poder contribuir para transformar a sua própria trajetória de vida, e, por conseguinte, exercer plenamente a sua cidadania. (Freire, 1974). Durante o regime militar ocorreu a primeira reforma universitária brasileira pela Lei nº5540/1968 (Lira, 2009), consolidando uma estrutura departamental e dividindo o curso médico em duas partes: ciclo básico e ciclo profissional.

No campo pedagógico, citam-se entre os maiores problemas deste método, a **falta de integração entre as disciplinas** e a **excessiva autonomia do professor**, diante do conteúdo de sua matéria. A consequência é a **pulverização de atividades pedagógicas pela falta de um fio condutor de aprendizagem** a ser alcançada que lhes ofereça uma lógica. O exemplo típico é a sequência de aulas sem qualquer preocupação de alinhamento temático e muito menos integração de assuntos. Ademais, é uma metodologia que se mostra anacrônica, uma vez que desconhece as principais demandas das novas gerações, como por exemplo, o uso de Tecnologias de Informação e comunicação, cuja necessidade no contexto educacional nos dias de hoje, é inegável. (Marra, 2015, p.15 – grifo nosso)

O “Relatório Flexner” (Flexner, 1910), foi responsável por uma profunda reforma no ensino médico dos EUA e do Canadá, no início do século XX, dando origem ao chamado “modelo Flexniano de Ensino Médico” no qual o processo de graduação do médico deveria ser focado na eficiência técnica, ser sistematizado em disciplinas independentes e baseado em métodos comprovados por trabalhos científicos especializados. Esta metodologia era centrada na doença e baseada em disciplinas compartimentadas privilegiando os aspectos científicos em detrimento dos aspectos social e humanista.

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá e organizada pela OMS, deu origem a uma carta de intenções dos países signatários, a “Carta de Ottawa”, que apontava os fatores contribuintes para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000”, destacando a formação de profissionais de saúde com perfis apropriados para a prestação de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação (WHO, 1986). Simultaneamente, no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), presidida pelo presidente da Fiocruz, o sanitarista Sérgio Arouca, se consagrou como um dos maiores marcos históricos da saúde brasileira, já que seu relatório serviu de subsídio para a promulgação da Constituição Cidadã de 1988 (CF/88) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 consolidou a interface da saúde com a educação, conferindo ao ensino médico a condição de fator estratégico para a formação e a ordenação dos recursos humanos no processo de implantação do novo sistema de saúde brasileiro. (Freitas, 2018, p.2)

As diretrizes curriculares nacionais (DCN) para o curso de medicina publicadas em 07 de novembro de 2001 (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4/2001) foram o resultado de fóruns e discussões iniciados pelo Conselho Federal de Medicina em 1996 e a conclusão dos trabalhos encerraram-se no ano de 2000, sendo um marco para a regulamentação do ensino médico no Brasil a nível federal, pois abrangem todas as escolas de medicina do país. Ele é um documento norteador para o desenvolvimento teórico-prático de um projeto pedagógico e para a gestão do curso. Assim, as DCN estabelecem formal e organizadamente os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em medicina.

As DCN 2001 regulamentaram o ensino da graduação médica no país até que, em 2014, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE) propôs novas Diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina baseada em novas competências. As DCN 2014 preconizam que competência é:

compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis; é também a capacidade de ter iniciativas e ações que traduzam desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentem à prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica. (BRASIL, 2014, capítulo 2, Art. 8º)

Para Gontijo et al, (2013, p.527), o ensino por competências implica desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com

situações, problemas e dilemas da vida real, e sua certificação expressa legitimação social de pessoas que passam a ser reconhecidas como capazes de atuar na carreira médica.

O aumento da velocidade de produção de conhecimentos, a facilidade do acesso, a globalização e a democratização desencadeiam necessidade de mudanças no papel do professor, antigo provedor, para aquele que auxilia o aluno no processo de aquisição do conhecimento. Este processo desloca para o aluno o protagonismo da construção do conhecimento. (Damito, 2022, p.4). As metodologias ativas se caracterizam pela concepção pedagógica centrada no aluno que se torna protagonista do seu próprio aprendizado, visando despertar a análise crítica, a criatividade, o autodesenvolvimento e, ainda, atitudes e comportamentos essenciais ao exercício da profissão, como tolerância, respeito às ideias diferentes e autoestima.

Em suma, enquanto a aprendizagem tradicional se ocupa com “o quê” deve ser transmitido e é dependente do método de repetição e memorização dos alunos, a aprendizagem significativa se preocupa com o “como” o aluno vai adquirir o conhecimento e acredita que se aprende fazendo. Por este motivo, a aprendizagem ativa desenvolve não apenas o conhecimento, mas também as habilidades (destrezas) e as atitudes (comportamentos), incentivam a prática precoce, reduzindo o abismo entre a graduação e o trabalho a ser exercido pelo futuro profissional. (Marra, 2015, p.17)

No seu Art. 32, as DCN (2014) estabelecem que o Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso. Para que o estudante se torne protagonista, esta metodologia pode ser composta por diversas técnicas de ensino-aprendizagem, como **Aprendizagem Baseada em: 1) Problema** (ABP ou PBL - *Problem Based Learning*), **2) Caso** ABCa ou CBL - *Case Based Learning*), **3) Projeto** (ABPr ou PrBL - *Project Based Learning*), **4) Equipe** (ABE ou TBL - *Team Based Learning*), **5) Perguntas Guiadas** (POGIL- *Process Oriented Guided Inquiry Learning*) e **6) Problematização** (PBZ). Diferente das demais metodologias, que podem ser utilizadas em qualquer estrutura curricular, a aprendizagem baseada em problemas, mais do que uma metodologia pedagógica é uma abordagem instrucional, ou seja, uma metodologia que dá estrutura ao projeto político-pedagógico da instituição. Baseia-se na proposição de um problema que se presta à seleção dos conteúdos pedagógicos, através de módulos temáticos integrados. (Marra, 2018, p.19)

Bohomol (2015, p.12) aponta em sua pesquisa sobre o ensino de segurança do paciente na USP (Universidade de São Paulo), a necessidade de se introduzir o ensino da segurança do paciente durante todo o curso através de metodologias ativas, revelando a experiência

da Escola Médica da Universidade de Missouri, em Columbia, Estados Unidos, que propôs mudanças em seu currículo ao verificar que todos os membros de uma equipe de saúde, inclusive estudantes do 2º ano, teriam condições de reconhecer as situações inseguras, notificar erros sistematicamente, sugerir melhorias no sistema e entender a falibilidade humana, trazendo à tona a revelação dos erros aos pacientes. Eles introduziram diversos temas sobre segurança do paciente (notificação de erros; ferramentas de segurança, como *root causes analysis*) e reviram suas estratégias de ensino, utilizando leituras, fóruns integrativos, painéis de discussão e dramatização.

As DCN 2014 instituíram três áreas de competência para o ensino médico:

- I. Área de competência de Atenção à Saúde
- II. Área de competência de Gestão em Saúde
- III. Área de competência de Educação em Saúde.

Na sua seção II, da Área da competência Gestão em Saúde, dois eixos são estruturantes: 1. Organização do Trabalho; 2. Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.

Na seção organização do trabalho, as DCN relacionam a “**identificação de problemas no processo de trabalho**”, fazendo menção clara que o graduando de medicina deve ter a capacidade de mapear seu processo de trabalho para conseguir “**identificar possíveis problemas incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários, e a análise de indicadores e do modelo de gestão.**”

As DCN 2014, na sua seção I, Gestão em Saúde, discorrem sobre o “respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde” – premissas do cuidado centrado no paciente.

Estas novas diretrizes definem como habilidades a serem adquiridas a tomada de decisão baseada em evidências científicas e a negociação por metas para planos de intervenção.

No item “b” do Gerenciamento do Cuidado em Saúde, as DCN apresentam (2014, caixa alta e grifo nossos) sobre a inclusão da gestão pela qualidade em saúde e segurança do paciente: “utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, **SEGUNDO PADRÕES DE QUALIDADE E DE SEGURANÇA**”.

Não resta dúvida que as diretrizes preconizam que este conhecimento de gestão pela qualidade e segurança do paciente seja adquirido na graduação em medicina.

As DCN apresentam ainda a necessidade da habilidade da “realização de planos” e “avaliação do trabalho em saúde, utilizando **indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de certificação e acreditação.**

Os planos pedagógicos institucionais são elaborados pelos núcleos estruturantes docentes (NDE) de cada instituição de um curso de medicina e, segundo a Comissão Nacional de Avaliação de Educação Superior – CONAES (2010, p.1),

O Núcleo Docente Estruturante (NDE) de um curso de graduação constitui-se de grupo de docentes, com atribuições acadêmicas de acompanhamento, atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do projeto pedagógico do curso. O NDE deve ser constituído por membros do corpo docente do curso, que exerçam liderança acadêmica no âmbito do mesmo, percebida na produção de conhecimentos na área, no desenvolvimento do ensino, e em outras dimensões entendidas como importantes pela instituição, e que atuem sobre o desenvolvimento do curso.

É importante que na composição destes núcleos docentes estruturantes, configurem profissionais familiarizados, além das técnicas de metodologias ativas, com as temáticas Gestão da qualidade em saúde, segurança do paciente e com o guia curricular de segurança do paciente. Estes pressupostos são corroborados por Gontijo et al (2013, p. 530), quando reflete que “formar médicos em sintonia com os conhecimentos e necessidades contemporâneos exige que os formadores explicitem suas intencionalidades, reflitam acerca das mediações pedagógicas utilizadas e utilizem instrumentos de avaliação das aprendizagens desejadas”.

No Art.38, as DCN 2014, estabelecem que “os cursos de medicina em funcionamento terão o prazo de 1 (um) ano a partir da data da publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.” Mas, em 10 anos para a reformulação dos planos pedagógicos institucionais, a **gestão em saúde** parece não ter sido ainda inserida no cotidiano das instituições. Existe um longo caminho a ser percorrido entre o plano pedagógico institucional e a execução, na prática do ensino, das competências solicitadas nas diretrizes. Freitas (2018, p.8) identifica bom desenvolvimento de competências na grande Área de Atenção à Saúde e, principalmente, na Área de Educação em Saúde. Ou seja, os acadêmicos desenvolveram, pela prática acadêmica, a capacidade de realizarem, com segurança, o atendimento básico em saúde da população. Além de se sentirem seguros para realização de práticas educativas com a população e com demais profissionais da saúde. **Porém, os acadêmicos reconhecem que as competências**

na Área de Gestão em Saúde não foram bem trabalhadas, e se mostram inseguros para, quando egressos, gerirem serviços de saúde ou a própria carreira profissional.

Nesse contexto de consciência e do reconhecimento que a segurança é um fator vital nos cuidados em saúde, pressupõe-se que é o momento de a universidade repensar a inserção do tema aos alunos de graduação em saúde, não somente pelas orientações mundiais destacadas, mas, também, por determinações legais, uma vez que esse assunto começará a formar um corpo de conhecimento e fomentar o desenvolvimento de competências e habilidades diversas nos estudantes e professores (OMS, 2011).

Importante destacar, a importância de substituir aulas aleatórias e fragmentadas por um ensino integrado, com fio condutor, transversal durante todo o desenrolar do curso estimulando o desenvolvimento das habilidades requeridas nas competências. Bohomol (2015, p.12), conclui que seu “estudo permitiu identificar os temas relacionados ao ensino sobre segurança do paciente, que estão redigidos nos Projetos Pedagógicos e que convergem em relação à orientação do guia da Organização Mundial da Saúde. Todavia, há muitas lacunas na proposta pedagógica do curso, demonstrando que o ensino é fragmentado e que não há condução interdisciplinar e nem transdisciplinar.”

Em novembro de 2022, a resolução CNE/CES 3, alterou os Arts. 6º, 12º e 23º da resolução CNE/CES nº 3/2014 (ANEXO C), incluindo os cuidados paliativos nas competências requeridas para o graduando de medicina.

3.7 GUIA CURRICULAR DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

Diante da crescente preocupação com os danos involuntários causados pelos cuidados em saúde, surge a necessidade de que os alunos da área de saúde aprendam a oferecer um tratamento mais seguro na graduação. No entanto, a formação dos profissionais de saúde não tem acompanhado o ritmo acelerado dos diversos desafios do setor e nem as exigências de mudança da força de trabalho.

A edição multiprofissional do Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma versão atualizada do Guia Curricular para as Escolas de Medicina, publicado em 2009 pela OMS. Esta nova edição abrange a formação de odontólogos, médicos, obstetrias, enfermeiros, farmacêuticos e outras profissões da área de saúde. Esta edição multiprofissional do guia, 2016, foi traduzida para o português por um comitê sob a coordenação da Professora Vera Marra da PUC-RJ. Seu lançamento se deu em 14 de dezembro de 2016 e a versão em português do guia foi disponibilizada no site da OMS em formato PDF.

O Guia curricular de segurança do paciente da OMS, edição multiprofissional, traduzido para o português (2016) é composto por duas partes:

Parte A: Guia do Professor

Parte B: Tópicos de Segurança do Paciente.

A **Parte A** é destinada aos **educadores em cuidados em saúde**. Funciona como um auxílio, fornecendo conhecimentos e ferramentas que ajudem a desenvolver as habilidades necessárias para implementar a aprendizagem sobre Segurança do Paciente em suas instituições e a **Parte B** é destinada **tanto aos educadores quanto aos estudantes de cuidados em saúde**. Contém onze programas sobre segurança do paciente com base em determinados tópicos que podem ser usados em conjunto ou de forma independente. Os tópicos abrangem uma vasta gama de contextos com os quais se pode aprender e ensinar o tema segurança do paciente. Os 11 tópicos são:

1. O que é segurança do paciente?
2. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?
3. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente.
4. Atuar em equipe de forma eficaz.
5. Aprender com os erros para evitar danos.

6. Compreender e gerenciar o risco clínico.
7. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados.
8. Envolver pacientes e cuidadores.
9. Prevenção e controle de infecções.
10. Segurança do paciente e procedimentos invasivos.
11. Melhorar a segurança no uso de medicação.

De acordo com o próprio guia curricular da OMS (2016), os educadores podem escolher quais tópicos serão incorporados aos currículos existentes, de acordo com requisitos, necessidades, recursos e capacidades institucionais. Para um ensino eficaz, pode-se utilizar diferentes abordagens educacionais, incluindo **palestras, ensino por meio de experiência clínica à beira do leito, aprendizagem em pequenos grupos, discussões de casos clínicos, estudos independentes, acompanhamento de pacientes, dramatizações, simulações e realização de projetos de melhoria.**

Há benefícios e desafios em cada abordagem, de modo que os educadores devem ter em mente que, ao escolherem abordagens distintas, podem alcançar objetivos de aprendizagem distintos. Os Anexos 1 e 2 do Guia Curricular dão exemplos de conteúdos e formatos de testes ou avaliações. Os professores podem escolher o formato, de acordo com a finalidade do teste ou da avaliação e com os objetivos da aprendizagem.

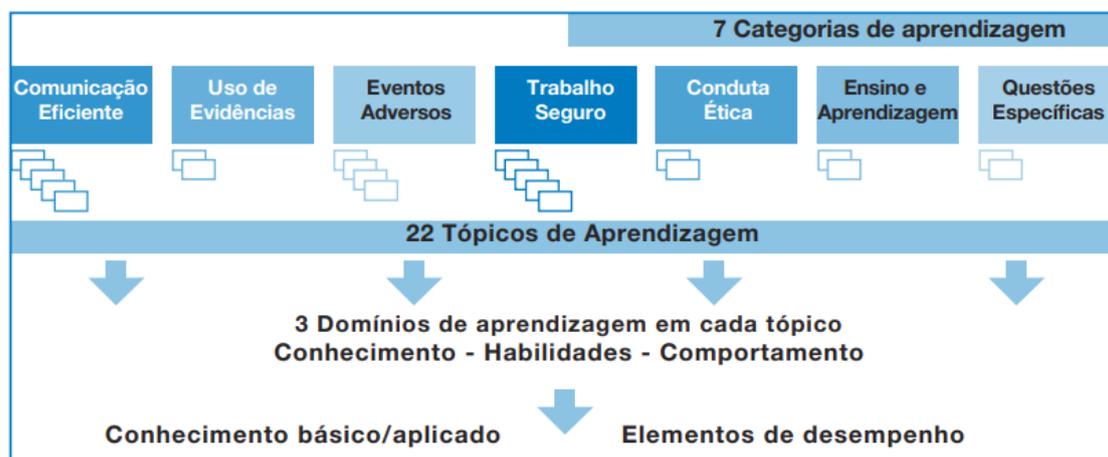
De acordo com o Guia Curricular de Segurança do Paciente (2016),

os alunos precisarão saber como os sistemas interferem na qualidade e na segurança dos cuidados em saúde, como a comunicação precária pode provocar eventos adversos e muito mais. Os alunos precisam aprender a lidar com esses desafios. A segurança do paciente não é uma disciplina autônoma tradicional; pelo contrário, é a que integra todas as áreas dos cuidados à saúde. (OMS, 2016, p.22)

O Guia curricular abrange 11 tópicos, entre eles 16 itens de aprendizagem de um total de 22, selecionados, com base no Marco Australiano sobre Educação e Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Education Framework - APSEF*). O APSEF foi desenvolvido em quatro etapas: 1) revisão da literatura especializada; 2) desenvolvimento de áreas e tópicos de aprendizagem; 3) classificação em domínios de aprendizagem; e 4) conversão para o formato baseado no desempenho. Publicado em 2005, o Marco Australiano é um modelo simples, dinâmico e acessível, que descreve conhecimentos, habilidades e comportamentos que todos os trabalhadores de saúde devem ter para garantir atendimento seguro ao paciente. É dividido em quatro níveis de conhecimento, habilidades e comportamentos, de acordo com a categoria profissional e a sua responsabilidade no

serviço ou organização de saúde. O APSEF foi elaborado para auxiliar as organizações e os profissionais de saúde na elaboração de currículos educacionais e programas de formação. O Guia Curricular foi desenvolvido usando esse Marco.

Figura 10: Estrutura do Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente.



Fonte: Guia Curricular de Segurança do Paciente, p. 25 apud *Developing a National Patient Safety Education Framework*, Austrália, 2006.

De acordo com a OMS (2016) e o Marco Australiano para a Educação em segurança do paciente (2011) (Figura 10), a aprendizagem deve se iniciar o mais precocemente possível e seguir não só a graduação, mas toda a trajetória profissional, através de capacitações e atualizações permanentes dos profissionais.

A construção do conhecimento dos estudantes sobre segurança do paciente precisa ocorrer, durante toda a sua formação e treinamento **de modo transversal durante toda a graduação**. A OMS sugere a inclusão curricular da Segurança do paciente adaptando-a às disciplinas já existentes, preferencialmente com metodologias ativas de aprendizagem. E que seja iniciada o mais precocemente possível, por se tratar não apenas de aquisição de conteúdos, mas de formação de uma cultura que orientará o futuro médico em toda sua trajetória profissional, para que a qualidade assistencial, em qualquer área escolhida da medicina, possa atingir níveis de excelência, traduzida pela minimização dos riscos aos quais diariamente os pacientes são expostos.

A tradução do guia para o português foi um importante facilitador para o cumprimento da segurança do paciente preconizada na competência Gestão em saúde das DCN 2014.

Bastos (2018, p.52), que avaliou o ensino da segurança do paciente numa universidade pública, observou que

a competência gestora que trata as DCN (2014) e enaltece o marco Canadense (2009), alicerce ao guia da OMS, também foi contemplada em pouco mais de 30% de seu conteúdo, observando-se os resultados encontrados nessa pesquisa para o tópico: usar método de melhoria de qualidade para melhorar os cuidados. Os conteúdos (subtópicos) como liderança eficaz, resolução de conflitos, melhoria de processos e da qualidade, acreditação, sistemas complexos, importância do uso de lista de verificação (Checklist) não foram abordados.

Marra (2015, p. 56), sugere um Eixo Integrador de Segurança do Paciente, no qual a matéria é trabalhada fornecendo integração e estrutura aos módulos temáticos longitudinalmente, de modo que os alunos desenvolvam os princípios da assistência segura em qualquer especialidade.

4. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A Gestão de serviços de Saúde é complexa e, neste sentido, adotar a Gestão pela Qualidade é fundamental não só para racionalizar custos, ter agilidade nos processos, mas, sobretudo, incentivar melhor desempenho profissional, implantar melhores práticas clínicas e, portanto, alcançar melhores desfechos, tanto individuais, quanto coletivos. O médico ao ingressar no mercado de trabalho, conhecendo os princípios da gestão em saúde e da segurança do paciente se torna um agente facilitador da comunicação assertiva nos processos de saúde. Aprender gestão em saúde na graduação, sobretudo, voltada para Qualidade, aproxima o médico de princípios e instrumentos da qualidade e tem o papel de melhorar a segurança do cuidado ao paciente e a assistência integral prestada à população.

Segundo Freitas et al. (2018), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecem formal e organizadamente os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em medicina e, em consonância com orientações tão bem estipuladas, o momento atual exige das escolas médicas a formação de um profissional com visão holística e capacitações ética, técnica e científica, ciente da sua relevância social.

A função de uma matriz de competências é expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível e o conteúdo que nenhum estudante deverá deixar de saber ao se formar. Para tanto, as DCN preconizam que a formação médica deve se basear em competências. O ensino por competências implica desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e dilemas da vida real, e sua certificação expressa legitimação social de pessoas que passam a ser reconhecidas como capazes de atuar na carreira médica. (Gontijo, 2013)

Para Tomaz Tadeu da Silva, o currículo deve ser compreendido como uma construção social e cultural que vai além de uma simples listagem de disciplinas e conteúdos, refletindo as relações de poder e os contextos históricos e sociais (Silva, 1999).

Porém, existe um caminho a ser percorrido entre estar postulado pelas DCN, ser incorporado num plano pedagógico e, efetivamente, ser executado na prática do ensino.

O levantamento da situação do ensino da gestão em saúde e da segurança do paciente nas faculdades de medicina parece ser inexistente até o momento. Particularmente, no eixo Rio-São Paulo, que concentra uma parcela considerável de cursos de graduação em medicina (20%), pouco é conhecido sobre essa questão. Sendo a gestão em saúde, reconhecidamente, importante para a educação médica, uma vez que faz parte das competências propostas pelas últimas DCN de 2014 para graduação em medicina, é

necessário um diagnóstico que possa oferecer elementos que permitam traçar estratégias que otimizem o ensino da “Gestão em Saúde” e da “Segurança do Paciente” na graduação em medicina. O primeiro passo para pesquisas neste sentido é ter instrumentos bem elaborados para docentes e discentes que sejam capazes de investigar o cenário atual do ensino na prática e não, tão somente, o que está descrito nos planos pedagógicos.

5 QUESTÃO DE PESQUISA

De que forma podemos investigar como está estruturado, na prática do cotidiano, o ensino da gestão em saúde e segurança do paciente na graduação médica, segundo as últimas Diretriz Curricular 2014?

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar dois instrumentos de pesquisa para docentes e discentes a fim de mapear como está ocorrendo na prática o ensino da gestão em saúde e segurança do paciente na graduação em medicina.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Explorar quais os melhores tópicos para desenvolver instrumentos de pesquisa direcionados a discentes e docentes que investigue como são ministradas **na prática** as temáticas de gestão em saúde e segurança do paciente na graduação em medicina;
2. Desenvolver instrumentos para discentes e docentes que sejam capazes de avaliar a prática do ensino da gestão em saúde e segurança do paciente nas faculdades de medicina;
3. Validar os instrumentos para docentes e discentes através da análise de especialistas;
4. Elaborar um dossiê com o detalhamento do processo de validação dos instrumentos de pesquisa com especialistas;
5. Disponibilizar publicamente os instrumentos validados para promoção de pesquisas associadas ao tema que possibilitem investigar as lacunas do ensino da gestão em saúde e segurança do paciente no currículo do curso de medicina;

7 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

7.1 NOTA INTRODUTÓRIA

O percurso metodológico utilizado nesta pesquisa, se deu em dois eixos paralelos:

1. **Revisão narrativa da literatura** para consolidar a necessidade da investigação do ensino da temática nas faculdades de medicina e corroborar a importância do desenvolvimento de instrumentos robustos que possam ser utilizados para levantar de forma fidedigna e esclarecedora possível lacuna. O detalhamento desta revisão narrativa da literatura realizada na base Google Scholar será explorado, a seguir, em seção própria.
2. **Elaboração de instrumentos de pesquisa semiestruturados para docentes e discentes** que objetivem investigar a prática do ensino da gestão e da segurança do paciente nas faculdades de medicina. As etapas dessa elaboração passaram pela validação de *expert reviews* e serão apresentadas na íntegra.

A validação dos instrumentos foi realizada através da avaliação por especialistas – “*expert review*” – (Olson, 2010) na temática estudada. Estes especialistas foram escolhidos segundo a sua relevância nacional nas temáticas de gestão em saúde e segurança do paciente.

Foram desenvolvidos dois tipos de *survey*, segundo o tipo de respondentes:

- ✓ *Survey* DOCENTE: para diretores, gestores (coordenadores, assessores ou supervisores), integrantes do Núcleo Estruturante Docente (NDE) e docentes da graduação em medicina;
- ✓ *Survey* DISCENTE: para discentes do nono ao décimo segundo períodos da graduação em medicina.

A escolha pelos discentes do nono ao décimo segundo períodos, se deveu ao fato de estarem na fase final de conclusão do curso e, por este motivo, já terem tido a oportunidade de cursarem a maioria dos módulos.

7.2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Nesta seção, apresento um panorama sobre publicações que abordam algum aspecto da gestão em saúde e segurança do paciente na educação médica, com foco no contexto brasileiro. Esse panorama é baseado em documentos registrados na base Google Scholar.

O objetivo com esta seção é retratar esse panorama por meio de uma revisão narrativa da literatura sobre a temática.

Os critérios de seleção utilizados foram os seguintes:

Critérios de inclusão: (1) abordar aspectos que associe a educação médica, a gestão em saúde e a segurança do paciente, de forma mais direta e não periférica, na área médica; (2) ser uma dissertação, tese, artigo/relato de experiência completo em periódico científico; (3) livro/*e-book* ou relatório institucional com conteúdo conectado a essa abordagem; ser acessível, ainda que parcialmente.

Critérios de exclusão: (1) abordar a educação médica, a gestão em saúde e/ou a segurança do paciente em um contexto mais amplo da saúde ou de outras formações, que não em medicina; (2) não ser o documento enquadrado em nenhum dos tipos listados nos critérios de inclusão.

Com o avanço da data de finalização do TCM, uma segunda busca foi realizada no Google Scholar, ampliando o recorte temporal. Inicialmente, utilizamos um recorte temporal de 2014-2022 (realizada em 14.08.2022) e, na segunda busca, ampliamos para até 2024 (realizada em 09 de maio de 2024). Os critérios de inclusão e exclusão, já descritos anteriormente, permaneceram mantidos.

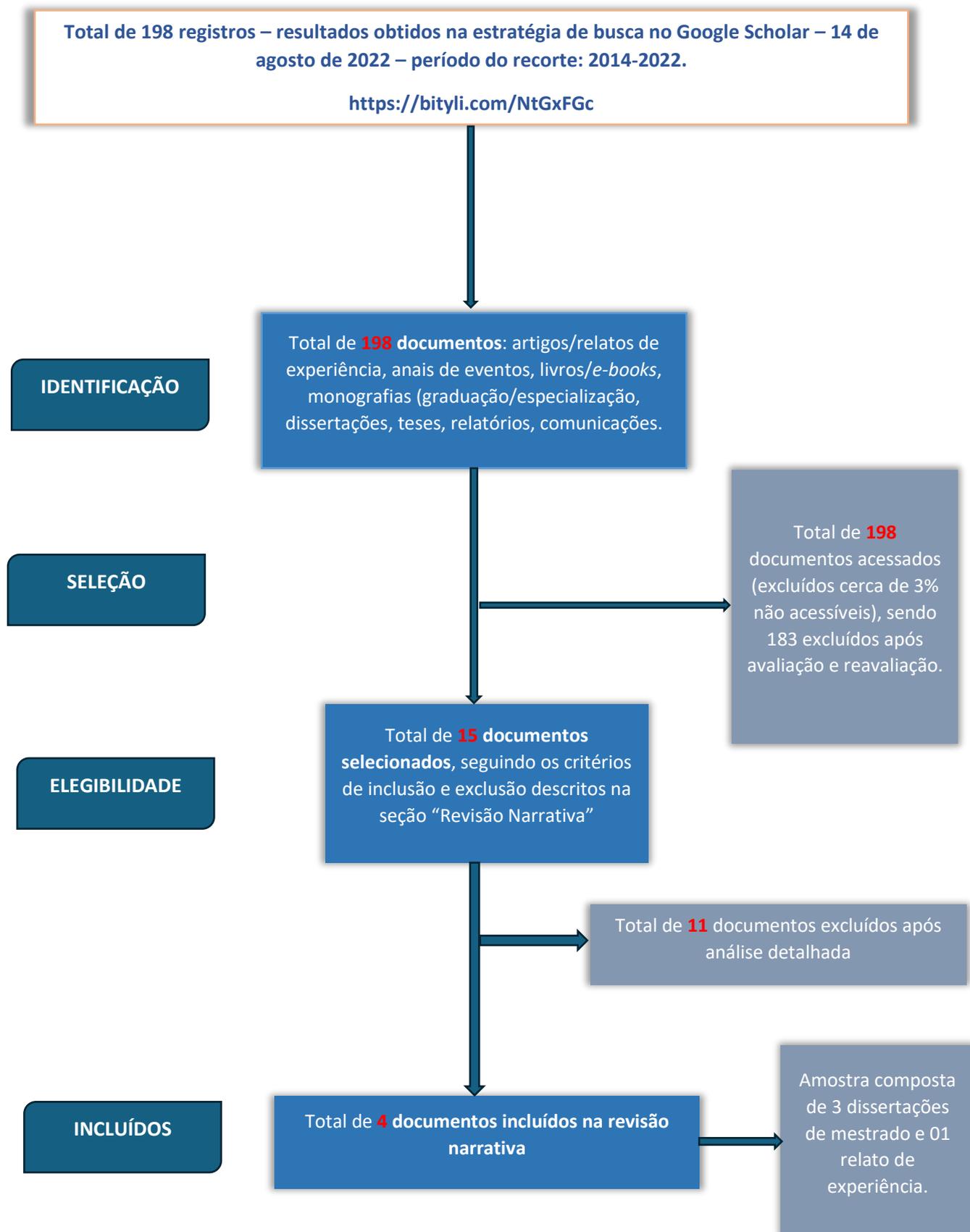
No **primeiro recorte temporal de 2014-2022**, a partir da busca (realizada em 14.08.2022) foram utilizados os termos “gestão em saúde” em associação com “educação médica” e com a frase exata “segurança do paciente” (conforme indica a captura de tela da referida busca – Figura 11), em qualquer idioma (sendo o n = 197 em língua portuguesa), referentes aos últimos 9 anos (2014-2022).

Na primeira busca, o ano de 2014 foi definido como marco inicial, em decorrência da publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, aprovadas em 2014 pelo Ministério da Educação (MEC).

Figura 11 – Captura de tela da busca realizada no dia 14 de agosto de 2022, na base Google Scholar, com os termos associados, “gestão em saúde” e “educação médica”, indicando 198 resultados para o período 2014 a 2022.

De acordo com o *Flowchart* abaixo (Esquema 1), foram obtidos 198 documentos, destes 3% não foram acessíveis e 183 foram excluídos por não preencherem aos critérios de inclusão descritos acima. Selecionados 15 documentos para avaliação mais minuciosa, destes, apenas 04 atendiam aos critérios de seleção da pesquisa (Quadro 10) e foram incluídos pela pesquisadora.

Esquema 1: *Screening* de seleção das publicações que compõem a revisão narrativa da literatura na base Google Scholar, com os termos associados, “gestão em saúde” e “educação médica” com a frase exata “segurança do paciente”, indicando 198 resultados para o período 2014 a 2022.



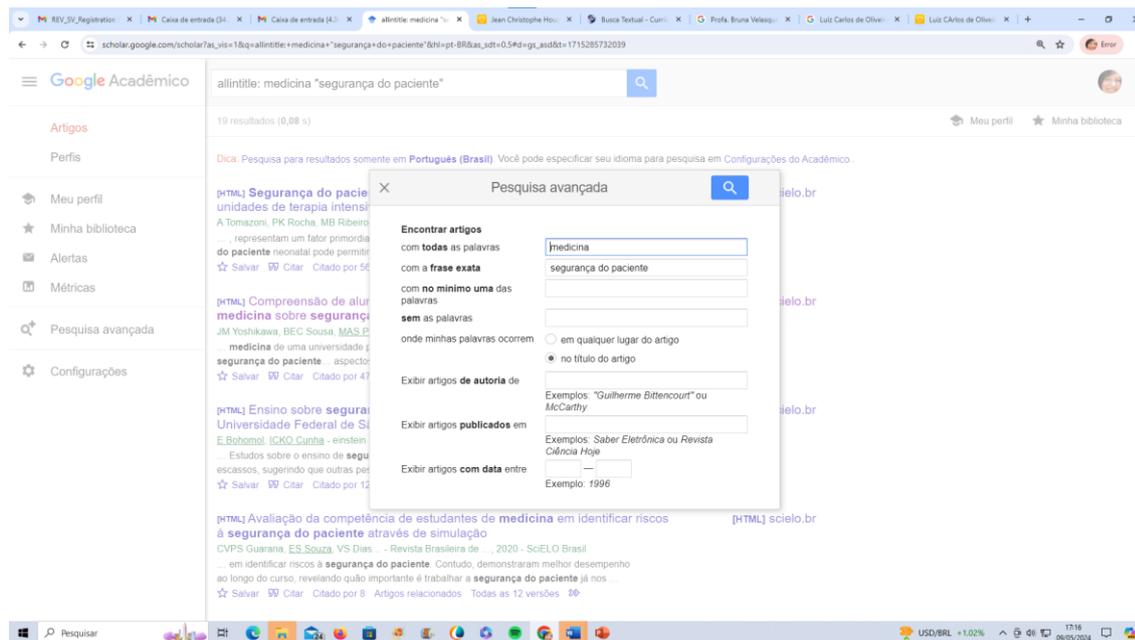
Quadro 10: *Screening* de seleção detalhada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão das publicações que compõem a revisão narrativa da literatura na base Google Scholar, com os termos associados, “gestão em saúde” e “educação médica” com a palavra exata “segurança do paciente”, indicando 198 resultados para o período 2014 a 2022.

	DOCUMENTO	SIM	NÃO	MOTIVO
1	Guimarães, VL et al. Segurança do paciente e os cuidados de enfermagem na clínica oncológica: relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 7, p. e10516-e10516, 2022.		X	Enfermagem.
2	Viana, AIS et al. Conhecimento e vivências no SUS por acadêmicos de medicina durante a disciplina gestão em saúde: relato de experiência. Humanidades & Inovação, v. 7, n. 4, p. 386-394, 2020.	X		RELATO DE EXPERIÊNCIA - Incluído por tratar de Gestão em Saúde na Graduação Médica.
3	Gomes, T; Delduque, MC. A questão do erro médico no Brasil: uma revisão narrativa sobre segurança do paciente. O erro médico sob o olhar do judiciário: uma análise das decisões do tribunal de justiça do distrito federal e territórios, p. 37, 2017.			Não é na Academia/Graduação.
4	Bastos, SMO et al. Avaliação do ensino sobre segurança do paciente na graduação médica de uma universidade pública. 2018.	X		DISSERTAÇÃO DE MESTRADO - Incluído por avaliar o ensino da segurança do paciente na graduação médica.
5	Castelani, AVB. A inserção de novas tecnologias na educação médica e na prática clínica. dissertação. UNICAMP. 2020.		X	Sem relação com o ensino da gestão e segurança do paciente.
6	Quitério, LM et al. Eventos adversos por falhas de comunicação em unidades de terapia intensiva. Revista ESPACIOS Vol. 37 (Nº 30) Año 2016, 2016.		X	Não é na Academia/Graduação.
7	Pita, CG. Matriz de competência para residência médica em cardiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2018. Dissertação de Mestrado. Brasil.		X	Residência Médica.
8	Choji, CH et al. A educação médica no Brasil a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: análise das produções científicas. 2020. Dissertação. UNOESTE	X		DISSERTAÇÃO DE MESTRADO - Incluído por avaliar educação médica a partir da DCN 2014.
9	Júniori, GAP et al. O ensino de urgência e emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. ABEM, p. 20, 2015.		X	Ensino de urgência e emergência.
10	Pellin, PP. Currículo baseado em competências: uma proposta para o programa de residência médica em medicina de família e comunidade no município de Campo Bom-RS. 2020.		X	Residência Médica.
11	Socha, GB et al. O uso de Mapas Mentais para compreender a percepção do acadêmico de medicina sobre profissionalismo médico. 2020. Dissertação. UNIFENAS		X	Profissionalismo médico na Graduação Médica.
12	Santos, RA dos. Acreditação e avaliação de programas de residência médica: concepção internacional e proposta de um modelo nacional. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.		X	Residência médica.

13	Damito, ET de et al. O impacto da mudança curricular do curso de Medicina da PUC-SP na visão de seus egressos. 2022. Dissertação. PUC-SP.	X		DISSERTAÇÃO DE MESTRADO - Incluído por avaliar educação médica a partir da DCN 2014.
14	Santos, EV de L et al. Significados atribuídos às práticas na atenção primária à saúde por estudantes de medicina. 2016. Dissertação. Universidade Católica de Santos.		X	Atenção primária à saúde.
15	Amorim, ACCLA. Paradigmas e modelos na formação à atenção primária à saúde no Brasil e em Portugal: estudo comparado. 2019. Tese. Universidade de Brasília.		X	Atenção primária à saúde.

No segundo **recorte temporal, ampliado até 2024**, com o intuito de explorar mais amplamente as publicações que pudessem guardar alguma relação com a temática, respeitando os mesmos critérios de inclusão e exclusão, optamos por realizar busca sem recorte temporal até 2024 com os seguintes descritores: “medicina” e “segurança do paciente” (conforme indica captura de tela – Figura 12).

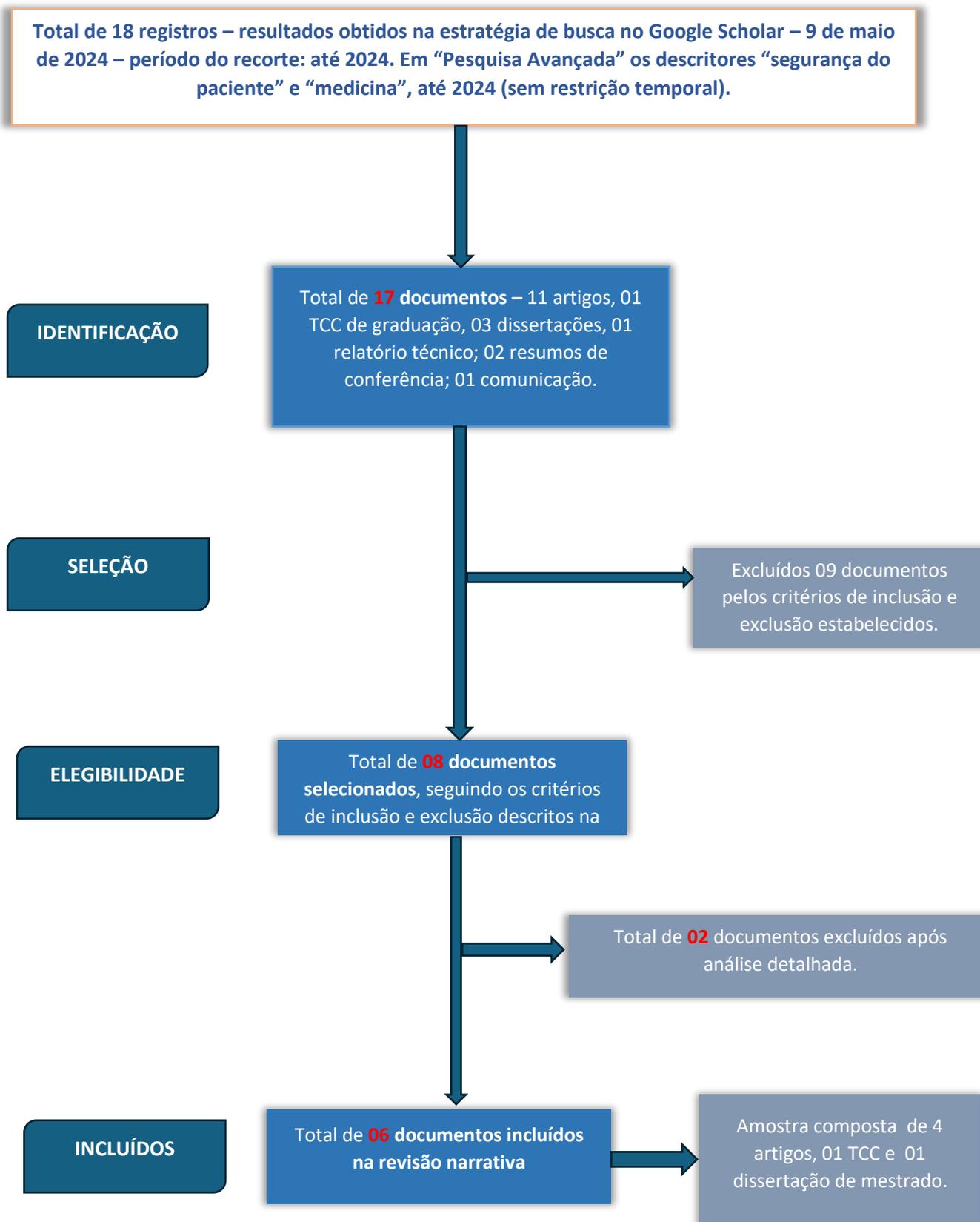
Figura 12 – Captura de tela da busca realizada no dia 09 de maio de 2024, na base Google Scholar, com os descritores, “medicina” e “segurança do paciente”, sem recorte temporal até 2024.



De acordo com o *Flowchart* abaixo (Esquema 2), foram obtidos 17 documentos, destes 08 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão já descritos na nota introdutória da revisão narrativa acima.

Selecionados oito documentos para avaliação mais minuciosa - desses, dois foram excluídos e seis atenderam aos critérios de seleção da pesquisa, sendo quatro artigos, um trabalho de conclusão de graduação em medicina e uma dissertação de mestrado (Quadro 11).

Esquema 2: *Screening* de seleção das publicações que compõem a revisão narrativa da literatura na base Google Scholar, com os descritores, “medicina” e “segurança do paciente”, sem recorte temporal até 2024.



O Quadro 11 apresenta para os 17 artigos selecionados os motivos pelos quais foram incluídos ou excluídos, segundo os critérios.

Quadro 11: *Screening* de seleção detalhada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão das publicações que compõem a revisão narrativa da literatura na base Google Scholar, com os termos associados, “segurança do paciente” e “medicina”, sem recorte temporal até 09 de maio de 2024.

	DOCUMENTO	SIM	NÃO	MOTIVO
1	A Tomazoni, PK Rocha, MB Ribeiro, LS Serapião, S Souza, BF Manzo. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) 38 (1), 2017.		X	Enfermagem.
2	JM Yoshikawa, BEC Sousa, MAS Peterlini, DM Kusahara, MLG Pedreira, AFM Avelar Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. Acta paul. enferm. 26 (1), 2013.		X	Enfermagem.
3	Bohomol, E; Cunha, ICKO. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Einstein (São Paulo) 13 (1), Jan-Mar 2015.	X		ARTIGO - Ensino de Segurança do Paciente no curso de medicina.
4	Guarana, CVPS et al. Avaliação da competência de estudantes de medicina em identificar riscos à segurança do paciente através de simulação. Rev. bras. educ. med. 43 (1 suppl 1), 2019.	X		ARTIGO - Ensino de Segurança do Paciente no curso de medicina
5	A Furtado, JA Amorim, VLL Picanço, AL dos Santos Gorayeb, NSS de Castro, LR Marsola. Abordagem sobre segurança do paciente do projeto pedagógico de um curso de Medicina. Brazilian Journal of Health Review, Vol. 3 No. 5 (2020).	X		ARTIGO - Segurança do Paciente no Projeto Pedagógico do curso de medicina.
6	Paloski, GR; Barlem, JGT; Barlem, ELD; Brum, AN; Tavares, APM; Nicolas, GDO. Segurança do paciente: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca do erro assistencial ao paciente. Cadernos Ibero Americanos de Direito de Enfermagem, v. 10 n. 4 (2021).		X	Enfermagem.
7	Batista, J. et al. Diferenças entre profissionais de enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança do paciente cirúrgico. Enfermería Global, Vol 20, Num 03 (2021).		X	Enfermagem.
8	NRC dos Santos, TSC Camozzato, C de Medeiros Segurança do paciente em serviços de medicina nuclear: uma revisão sistemática. Recima 21 Revista Científica Multidisciplinar. v. 3 n. 12 (2022).		X	Não pesquisa a segurança do paciente na graduação de medicina.
9	Neto, JPB et al. A aplicação do Crew Resource Management (CRM) da aviação na Medicina em prol da segurança do paciente: Uma revisão bibliográfica. Research, Society and Development. Vol 13, Num 01 (2023).		X	Aplicação Segurança do Paciente na prática clínica.
10	R Alves, DF Henriques, GA Saldanha, KV Manhabusque, NA Hissa. Percepção de estudantes de medicina sobre segurança do paciente pediátrico na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Vol 25, Num 01, 2023.		X	Percepção de Estudantes de medicina sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária.
11	CMS Lima, MFO Santos, TEO Santos, DFO Santos, NB Oliveira, TS Ribeiro, ALO Cadena. A importância da biossegurança na abordagem da segurança do paciente entre docentes médicos de uma Faculdade de Medicina no Estado da Paraíba. Revista Brasileira de Gestão Ambiental e Sustentabilidade.		X	Aborda biossegurança na abordagem de segurança do paciente entre docentes médicos

12	Segurança do paciente em serviço de Medicina Nuclear e a necessidade de implantação do Núcleo de Segurança do paciente. Nota Técnica International Joint Conference Radio 2019.		X	Segurança do Paciente em Serviço de Medicina Nuclear.
13	Lima, CMS. Abordagem sobre segurança do paciente entre docentes médicos de uma faculdade de medicina. 2020. 46f. Trabalho de conclusão de curso (graduação em Medicina) – Centro Universitário de João Pessoa, 2020.	X		TCC GRADUAÇÃO DE MEDICINA - Analisa a Segurança do paciente entre docentes médicos do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ.
14	Falcão, FCNM; Andreto, LM. Relatório técnico: análise curricular da abordagem sobre segurança do paciente nos cursos de graduação em medicina e em enfermagem em uma faculdade no Nordeste do Brasil. repositório.fps.edu.br. 2024.		X	Apesar de avaliar medicina em conjunto com enfermagem, devido ao tema, tentamos a leitura do documento, mas, na íntegra não foi acessível. Enviei mensagem solicitando o documento e não obtive resposta.
15	Laurindo, MC. Avaliação do Impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos do 6º ano de medicina. Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2019.	X		DISSERTAÇÃO DE Mestrado – Avalia o impacto da intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos de 6º ano de medicina na USP.
16	Traverzim, MAS. Aplicação de <i>check list</i> ampliado para detecção de incidentes de segurança do paciente em medicina perinatal. 2015. 96f. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão de Sistemas de Saúde) – Universidade Nove de Julho, São Paulo.		X	TCM - Aborda a aplicação de um check list clínico sobre segurança do paciente em UTI Neonatal.
17	Pra, PD et al. O ensino das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, na graduação de medicina através do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2019, São Paulo. Anais eletrônicos... Campinas, Galoá, 2019. Disponível em: < https://proceedings.science/qualihosp-2019/trabalhos/o-ensino-das-metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente-na-graduacao-de-medic?lang=pt-br > Acesso em: 26 Mai. 2024.	X		ARTIGO - Ensino das Metas Internacionais de Segurança do Paciente na graduação de medicina.

7.3 DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

No final de 2019 foram realizadas reuniões presenciais para discussão do conteúdo e da estrutura das *surveys* com a orientação do projeto. Optamos, então, por instrumentos semiestruturados, compostos por perguntas fechadas e abertas, com espaço para comentários.

As questões foram elaboradas com respostas fechadas e abertas para proporcionar um instrumento quantitativo à futura análise em pesquisas sobre o ensino da gestão em saúde e segurança do paciente, mas, que, também, pudesse proporcionar análise qualitativa, uma vez que há nuances e contribuições que podem ampliar a compreensão sobre os temas a serem pesquisados. Esse espaço aberto também permitiria um aprofundamento da investigação, quando aplicado em pesquisas futuras, em busca de um currículo oculto, que possa ser revelado por meio das considerações e/ou opiniões dos respondentes.

A elaboração das perguntas foi embasada nos principais tópicos sobre gestão em saúde e segurança do paciente, como demonstrado no referencial teórico e com base nas competências requeridas pelas últimas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a grade curricular de medicina de 2014. Não foram identificados instrumentos anteriormente propostos que pudessem subsidiar tal elaboração, o que envolveu um trabalho minucioso e com diversos momentos de refinamento do conteúdo e formato.

As respostas foram elaboradas de forma dicotômica (resposta sim ou não) ou em Escala tipo *Likert*, sempre com opção para comentários. Em virtude da pandemia de COVID-19, houve uma pausa no processo de desenvolvimento das *surveys*. Se por um lado, a pandemia, retardou o andamento da etapa de conclusão das *surveys*, por outro, permitiu que a partir desse ponto, se contextualizasse nas *surveys* uma questão específica sobre a importância da gestão em saúde e segurança do paciente frente ao novo cenário de pandemia. Entendemos que aquele contexto atribuiria um novo significado e apreciação para a relevância da gestão em saúde na graduação em medicina.

Os instrumentos de pesquisa para docentes e discentes passaram a ocupar o foco da nossa pesquisa, independentemente de possível aplicação dentro do escopo e do tempo de projeto impactado pelo momento.

Ambas as *surveys* possuem uma introdução na qual o pesquisador(a) se apresenta e explica o objetivo do instrumento, que é investigar, na prática, o ensino da gestão em saúde e segurança do paciente na graduação em medicina. A introdução ainda pontua que

a gestão em saúde é competência requerida pelas Diretrizes Curriculares de 2014. Algumas importantes orientações são dadas ainda na Introdução, a saber:

1. Este questionário não identifica os respondentes, apenas as universidades – e se são públicas ou privadas.
2. Após responder as perguntas não será permitido retornar à pergunta anterior.
3. É de suma importância que as respostas sejam fidedignas em relação à “**realidade da prática do ensino**” da sua Universidade.

Em seguida, o respondente é convidado a ler e consentir a responder a pesquisa:

(Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa XXX. Clique aqui para acessar o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE).

A seguir apresenta-se um esboço de RCLE (disponível no APÊNDICE 01, em formato doc), com base na proposta incluída em material dedicado a questões éticas associadas à elaboração de protocolos de pesquisa envolvendo humanos (Bittencourt & Vasconcelos, 2022), disponível em

<https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/702064?mode=full>

As *surveys* foram divididas em seções com enunciados explicativos sobre cada seção. As versões finais das *surveys* para docentes e discentes estão apresentadas ao final desta seção, com o subitem “Produto”.

7.3.1 DA ESCOLHA DOS ESPECIALISTAS:

Os especialistas foram cuidadosamente escolhidos pensando na sua relevância no cenário nacional e contribuição para o Brasil, em especial nos campos da gestão em saúde e segurança do paciente. A seguir uma breve descrição dessas contribuições, com base no CV Lattes e informações dos próprios especialistas.

Professor João de Lucena

É médico membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente do Conselho Federal de Medicina (CFM) e membro da Comissão de Fiscalização do Conselho Federal de Medicina desde 2014. Coordenador do Programa de Indicadores de Saúde do Comitê de Segurança do Paciente do Conselho Federal de Medicina desde 2015.

É membro da Comissão de Direito Médico e da Saúde da OAB – RJ.

É docente do MBA de Qualidade e Segurança do Paciente do Instituto D’Or de Ensino – São Paulo.

Possui vasta experiência como Avaliador para Acreditação pela metodologia da *Joint Commission International* (JCI).

É consultor para acreditação, qualidade e Segurança do Paciente em estabelecimentos de saúde, com foco no gerenciamento de riscos na estrutura hospitalar, sistemas utilitários, na prevenção de incêndio e formação de brigadista hospitalar. É uma sumidade em Qualidade, Acreditação e Avaliação em Saúde. Uma referência nacional em Prevenção de Incêndio Hospitalar, é o Papa no Brasil.

Na sua trajetória profissional já foi membro do Conselho Consultivo da ANVISA; membro do Comitê de Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde (MS) e membro do Comitê Gestor da Implantação do Sistema Nacional de Controle de Medicamentos MS/ANVISA.

Também foi membro da Câmara de Saúde Suplementar (ANS), Coordenador do Departamento de Saúde Suplementar da Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Consultor da Federação de Hospitais do Rio de Janeiro (FEHERJ).

Professora Vera Neves Marra

É médica formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialista em Segurança do Paciente pela FIOCRUZ-RJ e especialista em Gestão hospitalar pela Fundação Oswaldo Cruz, RJ.

Possui um enorme diferencial por ser especialista em Metodologias de Ensino-aprendizagem na área da Saúde pela PUC-Rio. A Dra. Vera Marra é importantíssima para o cenário do ensino da Segurança do Paciente no Brasil por sua valorosa contribuição como Coordenadora da tradução para o português do Guia Curricular de Segurança do Paciente-Edição multiprofissional da OMS, lançado em 2016.

Atualmente, é membro do Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Rio de Janeiro (CESP-RJ) e membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro atuando como assessora de Ensino e Pesquisa.

Professor Victor Grabois

É médico, mestre em saúde coletiva pela UERJ e doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

Possui formação de Gestão em Saúde na França e vasta experiência de Gestão em Saúde tendo atuado como Diretor geral de hospitais federais de 1994 a 2004.

Atualmente, é docente na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) desde 2005.

É coordenador executivo do ProQualis - Programa Nacional de Segurança do Paciente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O Dr. Victor Grabois também é, até este momento, junho de 2024 (<https://www.sobrasp.org.br/sobrasp-diretoria-atual.php>), Presidente da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP, cuja missão é “Influenciar e integrar pessoas e organizações em prol da qualidade do cuidado e segurança do paciente, promovendo uma abordagem sistêmica de natureza multiprofissional.”

7.4 DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

A validação dos instrumentos foi realizada por meio da avaliação do material pelos especialistas – “*expert review*” – (Olson, 2010), que encaminharam uma avaliação preliminar da proposta inicial, a partir da qual, foram respondidos cada ponto levantado.

7.4.1 PROPOSTA E ANÁLISE INICIAL

Elaboramos um formulário intitulado “Formulário Revisor Especialista”, com espaço para identificação do Revisor especialista. Foi solicitado ao especialista que, para cada *survey* DOCENTE e DISCENTE, fosse sinalizado a seção, número da pergunta e consideração a ser feita, como descrito a seguir:

Por gentileza, descrever a Seção, pergunta e as sugestões ou comentários:

Enumere quantas julgar necessário.

Seção:

Pergunta:

Sugestões/Comentários:

O formulário, na íntegra, é apresentado neste documento, no APÊNDICE 02.

A primeira versão dos documentos foi enviada pelo *google forms*, sendo alterada posteriormente.

De forma geral, as principais solicitações realizadas pelos três especialistas foram:

1. Enunciados mais explicativos, uma vez que o tema ainda é pouco estudado e conhecido pela maioria;
2. Fazer menção à Diretriz Curricular Nacional;
3. Conceituar o NDE – Núcleo Docente Estruturante;
4. Foi unânime entre os especialistas o pedido de separar tópicos de Gestão e de Segurança do Paciente;
5. Explicar sobre a publicação o "Errar é Humano";

Após a análise inicial dos especialistas as seções foram reformuladas e passaram a ser assim distribuídas:

- ***SURVEY DISCENTE*** passou a ter 4 (quatro) seções assim distribuídas:

- Seção 1: Perfil dos Respondentes;
- Seção 2: Perguntas sobre a prática do ensino da Gestão em Saúde. Nesta seção os tópicos são Gestão do SUS e Saúde Suplementar e Gestão da Qualidade em Saúde;
- Seção 3: Considerando Segurança do Paciente como dimensão da Qualidade as perguntas são tópicos de Segurança do Paciente;
- Seção 4: Contextualização do momento da Pandemia e se houve mudança na percepção da importância de Gestão em Saúde e Segurança do Paciente na grade curricular de medicina.

- ***SURVEY DOCENTE***, passou a ter 5 (cinco) seções:

- Seção 1: Perfil dos Respondentes;
- Seção 2: Perguntas sobre a organização do currículo e sobre o Plano Pedagógico Institucional;
- Seção 3: Perguntas sobre a prática do ensino da Gestão em Saúde. Nesta seção os tópicos são Gestão do SUS e Saúde Suplementar e Gestão da Qualidade em Saúde;
- Seção 4: Considerando Segurança do Paciente como dimensão da Qualidade as perguntas são tópicos de Segurança do Paciente;
- Seção 5: Contextualização do momento da Pandemia e se houve mudança na percepção da importância de Gestão em Saúde e Segurança do Paciente no curricular de medicina.

Por se tratar de docentes, este instrumento foi acrescido de uma seção que contempla a Grade curricular e o Plano Pedagógico Institucional.

RETORNO DA PESQUISADORA PARA ESPECIALISTAS APÓS ANÁLISE INICIAL

As providências tomadas pela pesquisadora em retorno a todos as contribuições e apontamentos realizados por cada especialista, para os dois instrumentos, foram organizados em formulários nomeados “Formulário Retorno da Pesquisadora para Revisor Especialista” na versão docente e discente (modelos – APÊNDICE 03).

As planilhas detalhando estas providências seguem:

1. Formulário revisão especialista – *survey* discente – Dr. João Lucena
2. Formulário revisão especialista – *survey* docente – Dr. João Lucena
3. Formulário revisão especialista – considerações duas *surveys* – Dra. Vera Marra
4. Formulário revisão especialista – *survey* discente – Dra Vera Marra
5. Formulário revisão especialista – *survey* docente – Dra Vera Marra
6. Formulário revisão especialista – *survey* discente – Dr. Victor Grabois
7. Formulário revisão especialista – *survey* docente – Dr. Victor Grabois

Nota:

Pela natureza deste trabalho, optou-se por incluir os formulários* com as observações dos especialistas estão incluídos nesta seção, para que as questões que delinearam as mudanças para a elaboração da versão final de cada instrumento fiquem facilmente rastreáveis nesta seção.

**Apenas o cabeçalho foi editado, para maior clareza.*

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM) MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)</p>	
FORMULÁRIO RETORNO DA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA – SURVEY DISCENTE		
DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA		
ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS (MP-EGED/IBqM/UFRJ)		
COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ)		
MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA		
EXPERT REVIWER (REVISOR ESPECIALISTA): JOÃO LUCENA Docente do MBA de Qualidade e Segurança do Paciente do Instituto D’Or de Ensino – São Paulo; Coordenador do Programa de Indicadores de Saúde do Comitê de Segurança do Paciente do Conselho Federal de Medicina (CFM); Vasta experiência como Avaliador para Acreditação pela metodologia da Joint Commission International (JCI).		

Nº DA SEÇÃO	PERGUNTA	ITEM LEVANTADO PELO REVISOR	PROVIDÊNCIA TOMADA PELA PESQUISADORA
SEÇÃO 01	PERGUNTAS 01 A 05	Não há descrição do que seria a disciplina Gestão em Saúde para permitir melhor orientação nas respostas das questões 1 a 5.	Acatado. O conceito de Gestão em Saúde foi colocado no cabeçalho da Seção 01 da <i>survey</i> DISCENTE.
SEÇÃO 02	PERGUNTA 01	Sugiro inserir “Não foi apresentada” como item para resposta da pergunta 6. Caso a resposta da questão 6 seja “Não foi apresentada” a questão 7 não deve ser validada.	Acatado. O item “ Não foi apresentada ” foi acrescentado.
SEÇÃO 03	PERGUNTA 01		Acatado.

		<p>Nas respostas sugiro agrupar itens por áreas temáticas, sem descrições, para reduzir o número de probabilidades de resposta.</p> <p>Exemplos:</p> <p>Segurança do paciente: Núcleo de Segurança do paciente Eventos adversos Metas de segurança e protocolos de segurança do paciente Programa de qualidade e segurança do paciente Ferramentas para análise de eventos adversos Acreditação em saúde SUS Saúde suplementar</p>	Os itens das temáticas “ Gestão no SUS ”, “ Gestão da Qualidade ” e “ Segurança do Paciente ” foram agrupadas.
SEÇÃO 03	PERGUNTA 07	Sugiro inserir como item nas respostas: Não li a publicação.	Acatado. O item “ Não li a publicação ” foi acrescentado às opções de escolha.
SEÇÃO 03	PERGUNTA 12	Sugiro refazer os itens das respostas inserindo: Consigo Não consigo	Acatado. As respostas foram modificadas para: () Consigo () Não consigo

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM) MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)</p>	
<p>FORMULÁRIO RETORNO DA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA – SURVEY DOCENTE</p>		
<p>DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA</p>		
<p>ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS (MP-EGED/IBqM/UFRJ) COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ) MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA</p>		
<p>EXPERT REVIEWER (REVISOR ESPECIALISTA): JOÃO LUCENA Docente do MBA de Qualidade e Segurança do Paciente do Instituto D’Or de Ensino – São Paulo Coordenador do Programa de Indicadores de Saúde do Comitê de Segurança do Paciente do Conselho Federal de Medicina (CFM) Vasta experiência como Avaliador para Acreditação pela metodologia da Joint Commission International (JCI)</p>		

Nº DA SEÇÃO	PERGUNTA	ITEM LEVANTADO PELO REVISOR	PROVIDÊNCIA TOMADA PELA PESQUISADORA
SEÇÃO 01	A PARTIR DA PERGUNTA 05	A partir da questão 5 as demais perguntas buscam analisar o currículo do professor. Como este tema Segurança do Paciente é recente, muitos do que ensinam não possuem a preparação questionada. Apreciaria que avaliassem a profundidade desta avaliação dos docentes. Talvez substituí-las por questões mais genéricas sobre a formação do docente.	Acatado. Para sanar esta provável dificuldade de familiaridade com a temática: <ol style="list-style-type: none"> 1. Na Introdução acrescentamos a Diretriz Curricular Nacional (DCN); 2. Introduzimos o conceito de Núcleo Estruturante Docente; 3. Elaboramos enunciados mais explicativos. 4. Separamos os temas “Gestão em Saúde” e “Segurança do Paciente” em Seções distintas.

			<p>5. Agrupamos os tópicos de “Gestão do SUS”, “Gestão da Qualidade em Saúde” e “Segurança do Paciente”;</p> <p>6. Introduzimos uma seção totalmente dedicada ao currículo médico e plano pedagógico.</p>
--	--	--	--

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM) MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)</p>	
<p>FORMULÁRIO RETORNO DA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA – CONSIDERAÇÕES GERAIS ÀS DUAS SURVEYS</p>		
<p>DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA</p>		
<p>ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS (MP-EGED/IBqM/UFRJ)</p>		
<p>COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ)</p>		
<p>MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA</p>		
<p>EXPERT REVIEWER (REVISOR ESPECIALISTA): VERA LUCIA NEVES MARRA Coordenadora da tradução do Guia Curricular de Segurança do Paciente-Edição multiprofissional da OMS; Membro do Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Rio de Janeiro (CESP-RJ); Membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro; Médica formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Especialista em Segurança do Paciente pela FIOCRUZ-RJ; Especialista em Metodologias de Ensino-aprendizagem na área da Saúde pela PUC-Rio; Especialista em Gestão hospitalar pela Fundação Oswaldo Cruz, RJ.</p>		

ITEM LEVANTADO PELO REVISOR	PROVIDÊNCIA TOMADA PELA PESQUISADORA
<p>Os formulários estão confusos quanto ao entendimento de seção, porque a aleta acima e à esquerda indica seção 2 de 4 ao iniciar a seção 1 e não existe seção 4. Não dá para entender. Não sei se essa formatação é automática do google forms, mas se não for, é melhor corrigir.</p>	<p>Justificativa: esta formatação foi com a finalidade de envio para revisão dos especialistas. O instrumento final será formatado no <i>survey monkey</i>.</p>
<p>Nos dois formulários deveria ter uma pequena introdução acerca do que se entende por “Gestão em saúde”, já que a maioria dos profissionais da educação e sobretudo os alunos, desconhece o seu significado e abrangência. Muitos acham que se limita à ação de instituições como Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Anvisa e similares. É</p>	<p>1. Acatado. A introdução ao conceito de Gestão em Saúde foi acrescentada no enunciado da Seção 1;</p>

necessário esclarecer que Gestão em Saúde é a especialidade que faz com que os processos da instituição de saúde e as atitudes dos seus profissionais evoluam de maneira a alcançar a missão institucional, com redução de custos e aumento da eficácia. Os alunos precisam saber que

poderão exercer cargos de gestores em diferentes níveis em um hospital, desde gestor de processo até diretor geral.

Da mesma forma, deve-se oferecer a definição de Segurança do Paciente, que é uma nova ciência que tem por objetivo reduzir os riscos de danos desnecessários resultantes da assistência à saúde, que tem por objetivo o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, na instituição. É importante citar que, na medida em que o erro é uma condição inerente aos seres humanos, os alunos devem aprender essa matéria, para saberem lidar com os erros, que um dia poderão cometer.

Pelas questões que você colocou em ambos os questionários, entendi que você incluiu Segurança do Paciente como um tópico de Gestão em Saúde. Contudo, Segurança do Paciente é uma disciplina isolada. Muitos de seus tópicos tangenciam outras disciplinas, como Gestão em Saúde, Ética Médica, Microbiologia, Farmacologia e outras matérias tradicionais. No entanto, segundo a OMS, por sua complexidade, idealmente ela deve ser uma disciplina autônoma. Em outras palavras, o Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS admite que alguns tópicos de Segurança do Paciente possam ser integrados a outras matérias, mas não a apenas uma matéria, como parece que é a sua sugestão. Isso porque Gestão em Saúde não dá conta de abordar vários tópicos de Segurança do Paciente, como Estudo dos fatores humanos, Pensamento sistêmico, Gestão de erros, *disclosure* (revelação aberta dos erros), Prevenção e controle de infecções, Úlceras por pressão, Queda do paciente, entre vários outros. Talvez você pudesse colocar como tema principal Gestão em Saúde e Segurança do Paciente.

2. *“Os alunos precisam saber que poderão exercer cargos de gestores em diferentes níveis em um hospital, desde gestor de processo até diretor geral. Da mesma forma, deve-se oferecer a definição de Segurança do Paciente, que é uma nova ciência que tem por objetivo reduzir os riscos de danos desnecessários resultantes da assistência à saúde, que tem por objetivo o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, na instituição. É importante citar que, na medida em que o erro é uma condição inerente aos seres humanos, os alunos devem aprender essa matéria, para saberem lidar com os erros, que um dia poderão cometer.”*

Justificativa: O objetivo do instrumento de pesquisa não é ensinar estes conceitos, mas, sim, levantar o cenário atual da prática do ensino na graduação de medicina.

1. Acatado. Separamos os temas **“Gestão em Saúde”** e **“Segurança do Paciente”** em Seções distintas;
2. Acatado. Agrupamos os tópicos de **“Gestão do SUS”**, **“Gestão da Qualidade em Saúde”** e **“Segurança do Paciente”**.
3. Acatado. Elaboramos **enunciados mais explicativos**;
4. Acatado. Inserimos no instrumento perguntas sobre o **Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS)** na *survey* DOCENTE;
5. Acatado. Incluímos ***disclosure*** (revelação aberta dos erros);
6. Acatado. *“Talvez você pudesse colocar como **tema principal Gestão em Saúde e Segurança do Paciente**”*.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM) MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)	
FORMULÁRIO RETORNO DA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA – SURVEY DISCENTE		
DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA		
ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS (MP-EGED/IBqM/UFRJ)		
COORDENADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ)		
MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA		
EXPERT REVIEWER (REVISOR ESPECIALISTA): VERA LUCIA NEVES MARRA		
<p>Coordenadora da tradução do Guia Curricular de Segurança do Paciente-Edição multiprofissional da OMS; Membro do Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Rio de Janeiro (CESP-RJ); Membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro; Médica formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Especialista em Segurança do Paciente pela FIOCRUZ-RJ; Especialista em Metodologias de Ensino-aprendizagem na área da Saúde pela PUC-Rio; Especialista em Gestão hospitalar pela Fundação Oswaldo Cruz, RJ.</p>		

Nº DA SEÇÃO	PERGUNTA	ITEM LEVANTADO PELO REVISOR	PROVIDÊNCIA TOMADA PELA PESQUISADORA
SEÇÃO 02	PERGUNTAS DE 01 A 05	De acordo com a observação inicial, caso a acate, deveria ter uma outra pergunta sobre Segurança do Paciente. Sugiro: “Segurança do Paciente” foi abordada, durante os primeiros cinco anos da graduação em medicina na sua Instituição . Assim como as demais perguntas de Gestão em Saúde que podem ser repetidas trocando o termo “Gestão em Saúde” por “Segurança do Paciente”.	Acatado. Elaboramos a Seção 3 totalmente dedicada sobre Segurança do Paciente e para melhor compreensão do ensino da Segurança do Paciente na prática , elaboramos 06 perguntas.
SEÇÃO 02	PERGUNTA 07	Acho que a afirmativa “Quanto mais potente é a Atenção Primária na rede de saúde, mais eficaz é o sistema de saúde” ,	Esta pergunta foi retirada do instrumento.

		poderia ser substituída por “Entre os diferentes níveis da assistência à saúde, a Atenção Primária se destaca na consolidação de uma política social, auxiliando a conquista dos direitos universais preconizadas pelo SUS.”	
SEÇÃO 03	PERGUNTA 01	As opções a essa questão incluem tópicos que fazem parte do tema Segurança do Paciente, como Cultura Justa em Saúde, Quase Falha ou <i>Near Miss</i> , Evento adverso, Evento sentinela, Metas Internacionais de Segurança do Paciente e Queijo Suíço de James Reason (sugiro trocar por Teoria do queijo suíço sobre erros de James Reason). Sugiro trocar a pergunta por: “Nesta seção faremos algumas perguntas sobre o ensino das temáticas de Gestão em Saúde e Segurança do Paciente na Universidade” .	Acatado. <ol style="list-style-type: none"> 1. Separamos os temas “Gestão em Saúde” e “Segurança do Paciente” em Seções distintas. 2. Agrupamos os tópicos de “Gestão do SUS”, “Gestão da Qualidade em Saúde” e “Segurança do Paciente”; 3. Elaboramos enunciados mais explicativos.
		Sugiro ainda incluir entre as opções, um tema muito atual: “Cuidado centrado na pessoa” . Esse tema está citado nas DCN de medicina. Recomendo uma leitura cuidadosa sobre as DCN de medicina de 2014.	Acatado. O item “Cuidado centrado na pessoa” foi incluído na Seção 2 pergunta 06.
SEÇÃO 03	PERGUNTAS 02, 04 E 05.	Essas perguntas são redundantes, posto que se encontram contempladas na pergunta 1, que cita vários tópicos para escolher quais foram abordados. Sugiro retirá-los da pergunta	Acatado. A Seção 3 foi totalmente dedicada à Segurança do Paciente com 06 perguntas melhor elaboradas sobre o assunto.
SEÇÃO 03	PERGUNTA 07	Sugestões/Comentários: A formulação da pergunta está incompleta. “7. A publicação “O Errar é humano” de 1999,	Acatado. A pergunta foi reformulada:

		<p>https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system". Sugiro:</p> <p>"O relatório Errar é Humano de 1999 mostrou que os erros cometidos pelos profissionais de saúde devem ser relevados, já que são inerentes à natureza humana". As respostas podem se manter como na escala de Likert (Concordo plenamente, Concordo parcialmente, etc.). É claro que a resposta correta deve ser Discordo totalmente.</p>	<p>Segundo a publicação de James Reason, "O Erro é humano" (1999), existem duas abordagens para o problema da falibilidade humana: a abordagem pessoal e a sistêmica. Organizações altamente confiáveis - aquelas nas quais a taxa de acidentes se encontra num nível inteiramente aceitável - reconhecem que a variabilidade humana é uma força a ser controlada para que seja possível prevenir erros, trabalham intensamente para lidar com essa variabilidade e estão constantemente preocupadas com a possibilidade de falhas. Durante a sua graduação, teve a oportunidade de conhecer e discutir esta publicação:</p> <p>As respostas também foram reformuladas:</p> <p>() A publicação foi apresentada e amplamente discutida durante o curso</p> <p>() A publicação foi apresentada e brevemente discutida durante o curso</p> <p>() A publicação foi citada, mas, não foi discutida</p> <p>() Nunca ouvi falar sobre a publicação durante a graduação</p>
SEÇÃO 03	PERGUNTA 09	<p>Sugiro substituir a pergunta por: "<i>Durante a minha graduação, fui apresentado às Metas Nacionais de Segurança do Paciente</i>". As metas nacionais fazem parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente e são um pouco diferentes das metas internacionais.</p>	<p>Acatado.</p> <p>O texto foi modificado para "<i>Durante a minha graduação, fui apresentado às Metas Nacionais de Segurança do Paciente, baseadas nas Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente</i>".</p>
SEÇÃO 03	PERGUNTA 11	<p>Está repetido "durante a minha graduação". "Durante a minha graduação, aprendi a elaborar uma ficha técnica de indicador de saúde <u>durante a minha graduação</u>".</p>	<p>Justificativa: erro de digitação. Corrigido.</p>

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM) MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)</p>	
FORMULÁRIO RETORNO DA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA – SURVEY DOCENTE		
DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA		
ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS (MP-EGED/IBqM/UFRJ)		
COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ)		
MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA		
EXPERT REVIEWER (REVISOR ESPECIALISTA): VERA LUCIA NEVES MARRA Coordenadora da tradução do Guia Curricular de Segurança do Paciente-Edição multiprofissional da OMS; Membro do Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Rio de Janeiro (CESP-RJ); Membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro; Médica formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Especialista em Segurança do Paciente pela FIOCRUZ-RJ; Especialista em Metodologias de Ensino-aprendizagem na área da Saúde pela PUC-Rio; Especialista em Gestão hospitalar pela Fundação Oswaldo Cruz, RJ.		

Nº DA SEÇÃO	PERGUNTA	ITEM LEVANTADO PELO REVISOR	PROVIDÊNCIA TOMADA PELA PESQUISADORA
NÃO HOUVE CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE A SURVEY DOCENTE PELA ESPECIALISTA. AS CONSIDERAÇÕES SOBRE A SURVEY DOCENTE FORAM CONTEMPLADAS NAS CONSIDERAÇÕES GERAIS ÀS DUAS SURVEYS.			

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM) MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)</p>	
FORMULÁRIO RETORNO DA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA – SURVEY DISCENTE		
DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA		
<p>ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS (MP-EGED/IBqM/UFRJ) COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ) MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA</p>		
<p>EXPERT REVIWER (REVISOR ESPECIALISTA): VICTOR GRABOIS Coordenador Executivo do Programa de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente - Proqualis/Icict/Fiocruz; Presidente da Sociedade Brasileira de Segurança do Paciente (SOBRASP).</p>		

Nº DA SEÇÃO	PERGUNTA	ITEM LEVANTADO PELO REVISOR	PROVIDÊNCIA TOMADA PELA PESQUISADORA
COMENTÁRIO GERAL		Gestão em Saúde na prática está incluindo desde Gestão do SUS; Gestão de Unidades de Saúde; Planejamento Estratégico; Ferramentas da Qualidade, e outros temas.	Acatado. <ol style="list-style-type: none"> 1. Introduzimos o conceito de Núcleo Estruturante Docente; 2. Elaboramos enunciados mais explicativos. 3. Separamos os temas “Gestão em Saúde” e “Segurança do Paciente” em Seções distintas. 4. Agrupamos os tópicos de “Gestão do SUS”, “Gestão da Qualidade em Saúde” e “Segurança do Paciente”;

SEÇÃO 3	01	Excluir “quase falha” e substituir por incidente que não atingiu o paciente.	Acatado. Substituímos por “ incidente que não atingiu o paciente. ”
SEÇÃO 03	07	Pergunta está incompleta impedindo a resposta adequada.	Acatado. Elaboramos a Seção 3 totalmente dedicada sobre Segurança do Paciente e para melhor compreensão do ensino da Segurança do Paciente na prática , elaboramos 06 perguntas.

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM) MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)</p>	
FORMULÁRIO RETORNO DA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA – SURVEY DOCENTE		
DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA		
<p>ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS (MP-EGED/IBqM/UFRJ) COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ) MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA</p>		
<p>EXPERT REVIWER (REVISOR ESPECIALISTA): VICTOR GRABOIS Coordenador Executivo do Programa de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente - Proqualis/Icict/Fiocruz; Presidente da Sociedade Brasileira de Segurança do Paciente (SOBRASP).</p>		

Nº DA SEÇÃO	PERGUNTA	ITEM LEVANTADO PELO REVISOR	PROVIDÊNCIA TOMADA PELA PESQUISADORA
COMENTÁRIO GERAL		Gestão em Saúde na prática está incluindo desde Gestão do SUS; Gestão de Unidades de Saúde; Planejamento Estratégico; Ferramentas da Qualidade, e outros temas.	Acatado. 7. Agrupamos os tópicos de Gestão do SUS, Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente ; 8. Elaboramos enunciados mais explicativos.
SEÇÃO 01	03	A pergunta 3 faz referência a indicar seu cargo na instituição, e estamos falando de instituição de ensino. Eu marquei docente mas ele só está me deixando mudar de seção se eu preencher a função que ocupo na gestão, mas não marquei gestor.	Acatado. 1. Desmembramos esta questão nas opções de Diretor (com a finalidade de saber se o Diretor também se apropria do currículo médico), outros cargos de Gestão, pedagogo e docente. Marque o seu cargo na Instituição: () Diretor () Outros cargos de Gestão

			<p>Por favor, especifique (por exemplo, coordenador, supervisor ou outros): _____</p> <p>() Pedagogo</p> <p>() Docente / disciplina que leciona: _____</p> <p>2. Fizemos uma pergunta específica para investigar se o respondente faz parte do Núcleo Docente Estruturante.</p>
--	--	--	--

Após a primeira revisão minuciosa dos especialistas para desenvolver um instrumento adequado e que, realmente, traduzisse o cenário do ensino da Gestão e Segurança do Paciente, e, de acordo com os apontamentos da revisão por especialistas, de forma geral, realizamos as seguintes modificações:

1. Separamos tópicos de **Gestão** e de **Segurança do Paciente**;
2. Incluímos perguntas sobre a utilização do **Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde**;
3. Incluímos uma pergunta sobre **Gestão da Assistência em Saúde**, abordando tópicos importantes como **Cuidado Centrado no Paciente** e **Experiência do Paciente**;
4. Desenvolvemos enunciados mais explicativos, uma vez que o tema ainda é pouco estudado e conhecido pela maioria;
5. Na introdução fizemos menção à **Diretriz Curricular Nacional (DCN)**;
6. Expliquei do que se trata o **Núcleo Docente Estruturante (NDE)** e as suas funções;
7. Mudamos a abordagem da pergunta sobre a **publicação do "Errar é Humano"**;

Sobre a organização das SEÇÕES:

SURVEY DOCENTE

- Acrescentamos uma seção dedicada à organização do currículo.
- Separamos Gestão em Saúde e Segurança do Paciente em duas seções diferentes

Desta forma, a *survey* passou a ser organizada em 05 (cinco) seções:

Seção 1: perguntas sobre o perfil do respondente;

Seção 2: perguntas sobre a organização do **currículo** sobre Gestão e Segurança do Paciente;

Seção 3: perguntas sobre a prática do ensino sobre Gestão na Universidade;

Seção 4: perguntas sobre a prática do ensino sobre Segurança do Paciente;

Seção 5: perguntas sobre a percepção da importância da temática após o advento da pandemia de COVID-19.

SURVEY DISCENTE

- Separei **Gestão em Saúde e Segurança do Paciente**.

A *survey* passou a ser organizada em 04 (quatro) seções:

Seção 1: perguntas sobre o perfil do respondente;

Seção 2: perguntas sobre a prática do ensino sobre Gestão na Universidade;

Seção 3: perguntas sobre a prática do ensino sobre Segurança do Paciente;

Seção 4: perguntas sobre a percepção da importância da temática após o advento da pandemia de COVID-19.

7.4.2 SEGUNDA ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS (APÊNDICE 3)

Mediante a primeira revisão realizada, enviamos as novas versões das *surveys* – discente e docente, para os especialistas realizarem uma segunda análise. Para tal, elaboramos um modelo de formulário (APÊNDICE 05) que contemplasse as duas *surveys*, a fim de tornar a análise mais fluida, uma vez que, as grandes modificações foram apontadas na primeira revisão.

Em relação à segunda revisão realizada:

- Dr. Victor Grabois enviou aceite sobre as modificações realizadas na primeira revisão sem acrescentar novas modificações.

- Dr. João Lucena e Dra. Vera Marra fizeram novas sugestões. Seguem formulários com os novos apontamentos:



**INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM)
MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E
DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)**



FORMULÁRIO SEGUNDA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA

**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO
DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS (MP-EGED/IBqM/UFRJ)

COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ)

MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA

DESCREVER SURVEY (SE DOCENTE OU DISCENTE)	SEÇÃO	PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES DO ESPECIALISTA
Docente	Seção 1	Nº 6	1. Cursou pós-graduação ou MBA de Gestão em Saúde?
Docente	Seção 1	Nº 7	Cursou pós-graduação ou MBA de Gestão em Saúde?
Docente	Seção 2	Nº 8	para a construção do currículo de ensino da Segurança do Paciente na sua Instituição
Docente	Seção 3	Nº 2	Notificação compulsória de eventos adversos
Discente	Seção 2	Nº 4	Notificação compulsória de eventos adversos

TODAS AS SUGESTÕES FORAM ACATADAS PELA PESQUISADORA



INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM)
MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E
DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)



FORMULÁRIO SEGUNDA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO
DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS (MP-EGED/IBqM/UFRJ)

COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ)

MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA

DESCREVER SURVEY (SE DOCENTE OU DISCENTE)	SEÇÃO	PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES DO ESPECIALISTA
DOCENTE	2	7 e 8	Conhece o Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde? <i>O Título da obra é “Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde. Edição Multiprofissional”. É necessária essa correção, pois existem outros guias curriculares da OMS, como por exemplo, o da graduação de medicina.</i>
DOCENTE	3	1	A última opção tem um erro de português: () Não foi apresentada (<i>Não foram apresentadas</i>). O sujeito do enunciado é “aulas”
DOCENTE	4	Enunciado	Considerando a Segurança como dimensão da avaliação da Qualidade, nesta seção, faremos algumas perguntas sobre a prática do ensino da Segurança do Paciente na sua Universidade: <i>Considerando a Segurança do paciente como uma dimensão da Qualidade, nesta seção, faremos algumas perguntas sobre a prática do ensino da Segurança do Paciente na sua Universidade:</i>

DOCENTE	4	1	A última opção tem um erro de português: () Não foi apresentada (Não foram apresentadas). O sujeito do enunciado é “aulas”
DOCENTE	4	2	Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre Segurança do Paciente são abordados na grade curricular da sua Instituição: (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR). Alguns tópicos merecem pequenas correções: () Fator Humano (<i>Fatores humanos na assistência à saúde</i>) () Programa de Segurança do Paciente (Programa Nacional de Segurança do Paciente) Algumas Sugestões: () Evento sentinela (<i>Usar Evento Sentinela e Never Event</i>). Hoje são considerados quase que sinônimos, mas never event é universal e Evento Sentinela foi cunhado pela JCA. () Análise de Causa Raiz - Melhor usar o termo “ <i>Instrumentos de gerenciamento de risco</i> ”, porque existem muitos tipos.
DOCENTE	4	3	() Não são apresentadas <u>e</u> inseridas nos casos clínicos discutidos em sala de aula Ficou difícil de entender. Melhor usar <u>ou</u> no lugar de <u>e</u> () Não são apresentadas <u>ou</u> inseridas nos casos clínicos
DOCENTE	4	4	É idêntica à pergunta 3. Excluir.
DOCENTE	4	5	A publicação “Errar é humano”, cujo título completo é “ <i>To err is human: Building a Safer Health System</i> ”, não é de autoria de James Reason. Trata-se de um relatório do IOM (The Institute of Medicine). Acho que aqui, você se refere ao famoso artigo de James Reason, publicado no ano 2000 no BJM, “ <i>Human error: models and management</i> ”. Você tem que resolver a que publicação você se refere. Ambas são importantíssimas.
DOCENTE	5	1 e 2	SUGESTÃO: acho que o termo “ <i>a sua opinião mudou</i> ” deve ser reformulado, visto que, dessa forma, fica implícito que o professor

			<p>tinha uma ideia negativa sobre os temas, ou os desconhecia e que a modificou, após a pandemia.</p> <p>É necessário analisar em que ponto essa pergunta interfere na sua pesquisa. Se quiser manter a pergunta, sugiro:</p> <p>1 - Você acha, que a inclusão do tema Gestão em Saúde no ensino da graduação em medicina pode contribuir para o sucesso das práticas em saúde?'</p> <p>2 - Você acha que o ensino de Segurança do Paciente no ensino da graduação em medicina contribui para o sucesso das práticas em saúde?</p>
DISCENTE	2	5	<p>Consigo, ao final da minha graduação, identificar as principais características de funcionamento do SUS e da Saúde Suplementar e a interação entre estes dois setores.</p> <p>Achei extremamente coloquial e sem o ponto de interrogação. Sugiro trocar para:</p> <p><i>“Será possível, ao final da minha graduação, identificar as principais características de funcionamento do SUS e da Saúde Suplementar e a interação entre estes dois setores?”</i></p> <p>() Consigo (SIM)</p> <p>() Não consigo (NÃO)</p> <p>Comentários Opcionais:</p>
DISCENTE	3	1	<p>A última opção tem dois erros de português:</p> <p>() Em nenhum ano da graduação, não foi apresentada.</p> <p>Corrigir para:</p> <p>() Em nenhum ano da graduação foi apresentada.</p>
DISCENTE	3	Enunciado	<p>Considerando a Segurança como dimensão da avaliação da Qualidade, nesta seção, faremos algumas perguntas sobre a organização do currículo e da prática do ensino da Segurança do Paciente na sua Universidade e o seu grau de familiaridade com a temática:</p>

			Considerando a <u>Segurança do paciente</u> como <u>uma dimensão da Qualidade</u> , nesta seção, faremos algumas perguntas sobre a organização do currículo e da prática do ensino da Segurança do Paciente na sua Universidade e o seu grau de familiaridade com a temática:
DISCENTE	3	1	Na última opção há dois erros de português <input type="checkbox"/> Em nenhum ano da graduação, não foi apresentada. <input type="checkbox"/> Em nenhum ano da graduação foi apresentada.
DISCENTE	3	3	Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre Segurança do Paciente são abordados na grade curricular da sua Instituição: (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR). Alguns tópicos merecem pequenas correções: <input type="checkbox"/> Fator Humano (<i>Fatores humanos na assistência à saúde</i>) <input type="checkbox"/> Programa de Segurança do Paciente (Programa Nacional de Segurança do Paciente) Algumas Sugestões: <input type="checkbox"/> Evento sentinela (<i>Usar Evento Sentinela e Never Event</i>). Hoje são considerados quase que sinônimos, mas never event é universal e Evento Sentinela foi cunhado pela JCA. <input type="checkbox"/> Análise de Causa Raiz - Melhor usar o termo “ <i>Instrumentos de gerenciamento de risco</i> ”, porque existem muitos tipos.
DISCENTE	3	4	1. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre Segurança do Paciente foram abordados em sala de aula durante a sua graduação (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR). Alguns tópicos merecem pequenas correções: <input type="checkbox"/> Fator Humano (<i>Fatores humanos na assistência à saúde</i>) <input type="checkbox"/> Programa de Segurança do Paciente (Programa Nacional de Segurança do Paciente) Algumas Sugestões:

			<p>() Evento sentinela (<i>Usar Evento Sentinela e Never Event</i>). Hoje são considerados quase que sinônimos, mas never event é universal e Evento Sentinela foi cunhado pela JCA.</p> <p>() Análise de Causa Raiz - Melhor usar o termo “<i>Instrumentos de gerenciamento de risco</i>”, porque existem muitos tipos.</p>
DISCENTE	3	4	<p>() Não foram apresentadas <u>e</u> inseridas nos casos clínicos discutidos em sala de aula. Ficou difícil de entender. Melhor usar <u>ou</u> no lugar de <u>e</u></p> <p>() Não foram apresentadas <u>ou</u> inseridas nos casos clínicos discutidos em sala de aula.</p>
DISCENTE	3	5	<p>() Não foram apresentadas <u>e</u> inseridas nas atividades práticas. Ficou difícil de entender. Melhor usar <u>ou</u> no lugar de <u>e</u></p> <p>() Não são apresentadas <u>ou</u> inseridas nas atividades práticas</p>
DISCENTE	3	6	<p>A publicação “Errar é humano”, cujo título completo é “<i>To err is human: Building a Safer Health System</i>”, não é de autoria de James Reason. Trata-se de um relatório do IOM (The Institute of Medicine). Acho que aqui, você se refere ao famoso artigo de James Reason, publicado no ano 2000 no BJM, “<i>Human error: models and management</i>”. Você tem que resolver a que publicação você se refere. Ambas são importantíssimas.</p>
DISCENTE	4	1 e 2	<p>SUGESTÃO: acho que o termo “<i>a sua opinião mudou</i>” deve ser reformulado, visto que, dessa forma, fica implícito que o professor tinha uma ideia negativa sobre os temas, ou os desconhecia e que a modificou, após a pandemia.</p> <p>É necessário analisar em que ponto essa pergunta interfere na sua pesquisa. Se quiser manter a pergunta, sugiro</p> <p>1 - Você acha, que a inclusão do tema Gestão em Saúde no ensino da graduação em medicina pode contribuir para o sucesso das práticas em saúde?.</p>

			2 - Você acha que o ensino de Segurança do Paciente no ensino da graduação em medicina contribui para o sucesso das práticas em saúde?
--	--	--	---

AS CORREÇÕES DE PORTUGUÊS QUE CABIAM FORAM REALIZADAS SOB A REVISÃO DE UMA PROFESSORA DE PORTUGUÊS E A PUBLICAÇÃO ADOTADA FOI RELATÓRIO DO *INSTITUTE OF MEDICINE* “*TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM*, (1999)” – O ERRAR É HUMANO, CONSTRUINDO SISTEMAS DE SAÚDE SEGUROS BASEADA NO LIVRO “*HUMAN ERROR* (1990)” DO PSICÓLOGO JAMES REASON.

DOCUMENTO DE ACEITE

Declaro que, como especialista no tema da Segurança do Paciente, aceito as revisões realizadas por Adriana Braga da Graça, a meu pedido, em sua pesquisa, no tocante aos surveys para discentes e para docentes, no âmbito do Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências do Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis (IBqM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Rio de Janeiro, 30 de maio de 2024

Victor Grabois

Documento assinado digitalmente
 VICTOR GRABOIS
Data: 30/05/2024 20:17:30-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 PRODUTO: VERSÃO FINAL *SURVEYS*

A versão final dos instrumentos foi definida a partir da aprovação explícita de cada um dos três membros do painel de especialistas. Essas versões serão disponibilizadas na Plataforma EduCAPES e serão disponibilizados para pesquisas futuras que poderão ser utilizados em mais de um contexto.

Em pesquisas de conclusão de cursos por discentes e docentes, e, também, constituirão como uma importante ferramenta de diagnóstico organizacional para as universidades, no sentido de identificar as lacunas nos conteúdos de gestão na **prática do ensino** podendo adequar o plano pedagógico institucional às temáticas, e, sobretudo a forma como este conteúdo é explorado com os graduandos de forma longitudinal no curso inseridas, por metodologias ativas, em atividades teóricas e práticas.

Os questionários podem ser utilizados por associações médicas de ensino, a exemplo da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) para mapear, por regiões e/ou estados, o ensino da Gestão em saúde, qualidade e segurança do paciente na graduação de medicina com a finalidade de intervenções positivas neste sentido.

Em última análise, os questionários podem ser apropriados como instrumentos pela própria federação, Ministérios da Saúde e Educação, para diagnosticar o ensino da gestão em saúde, qualidade e segurança do paciente no Brasil.

A versão final das *surveys* – discente e docente, seguem:



SURVEY PARA DISCENTES SOBRE O ENSINO NA GRADUAÇÃO MÉDICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)

Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis (IBqM)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre currículo médico. O convite à sua participação se justifica pelo fato de você ser aluno do nono ao décimo segundo períodos da graduação de medicina.

A sua participação é muito importante para nós.

De acordo com a Diretriz Nacional Curricular (DCN) de 2014, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o conhecimento de **Gestão em Saúde** é habilidade e atitude requerida do egresso da graduação de medicina, para o futuro exercício profissional do médico. Neste estudo, pretendemos investigar o ensino da Gestão em Saúde, com foco em **Segurança do Paciente**, na grade curricular das Universidades de medicina. Este questionário faz parte de uma pesquisa do Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências do Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis (IBqM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O questionário retornará diretamente para a pesquisadora.

Orientações:

1. Este questionário não identifica os respondentes, apenas as universidades – e se são públicas ou privadas.
2. Após responder as perguntas não será permitido retornar à pergunta anterior.
3. É de suma importância que as respostas sejam fidedignas em relação à **“realidade da prática do ensino”** da sua Universidade.

(Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF), Faculdade de Medicina, UFRJ. Clique aqui para acessar o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE).

Agradecemos a sua participação.

Seção 1:

Nesta seção, faremos algumas perguntas sobre o perfil do respondente:

1. Instituição em que cursa medicina: _____

Pública

Privada

Ambas

2. Ano previsto que concluirá a graduação de medicina: _____

3. Período que você está, atualmente, cursando na Universidade:

nono período

décimo período

décimo primeiro período

décimo segundo período

Seção 2:

Gestão vem do termo em latim gestione e configura o ato de administrar os gerir recursos, pessoas, processos ou qualquer objeto que possa ser administrado com alguma finalidade: seja em benefício próprio ou de uma entidade. A gestão dos serviços de saúde é complexa envolvendo processos diretos e indiretos à assistência.

Nesta seção, faremos algumas perguntas sobre a organização do currículo e da prática do ensino da Gestão em Saúde na sua Universidade e o seu grau de familiaridade com a temática:

1. **Gestão em saúde** foi abordada durante os primeiros cinco anos da graduação em medicina na sua Instituição.

Sempre, em todos os anos da minha graduação

Às vezes, entre dois a três anos da minha graduação

Não sei

Raramente, em apenas um ano da minha graduação

Não foi apresentada

Comentários Opcionais

2. **Gestão em saúde** é uma disciplina optativa no currículo médico da sua Instituição.

- Sim
 Não
 Não sei

Comentários Opcionais

3. Durante a graduação foram apresentadas aulas sobre **Gestão em Saúde**:

- Em todos os anos da graduação
 Em alguns anos
 Em um dos anos da graduação
 Em nenhum ano da graduação

Comentários Opcionais:

4. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre **Gestão do SUS e da Saúde Suplementar** foram abordados em sala de aula durante a graduação (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

- Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde
 Controle e Participação Social no SUS
 Níveis de Atenção em Saúde
 Organização da Rede de Atenção em Saúde (RAS)

- Interação entre os níveis de Atenção à Saúde
- Regulação do Sistema de Saúde
- Financiamento do SUS
- Saúde Suplementar
- Custos na Saúde Suplementar
- Notificação compulsória

5. Consigo, ao final da minha graduação, identificar as principais características de **funcionamento do SUS e da Saúde Suplementar** e a interação entre estes dois setores.

- Consigo
- Não consigo

Comentários Opcionais:

6. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre **Gestão da Assistência em Saúde** são abordados em sala de aula durante a graduação na sua Instituição (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

- Cuidado Centrado na Pessoa
- Cuidados paliativos
- Experiência do Paciente
- Plano terapêutico individualizado
- Prontuário Transdisciplinar do Paciente
- Integralidade do Cuidado em Saúde
- Atendimento multiprofissional
- Educação em Saúde

7. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre **Gestão Hospitalar e da Qualidade em Saúde** são abordados em sala de aula durante a graduação na sua Instituição (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

<input type="checkbox"/> Missão, Visão e Valores	<input type="checkbox"/> Matriz 5W2H
<input type="checkbox"/> Planejamento Estratégico	<input type="checkbox"/> Programa 5S
<input type="checkbox"/> Programa de Qualidade em Saúde	<input type="checkbox"/> Saúde sem Dano
<input type="checkbox"/> Escritório da Qualidade	<input type="checkbox"/> Engenharia clínica
<input type="checkbox"/> Mapeamento de processos	<input type="checkbox"/> Matriz SWOT
<input type="checkbox"/> Indicadores de Saúde	<input type="checkbox"/> Notificação de eventos adversos
<input type="checkbox"/> Procedimento Operacional Padrão (POP)	<input type="checkbox"/> Análise de causa raiz - Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe)
<input type="checkbox"/> Farmácia clínica e Farmácia hospitalar	<input type="checkbox"/> Sustentabilidade em Saúde
<input type="checkbox"/> Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS)	<input type="checkbox"/> Rede Global Hospitais Verdes e Saudáveis
<input type="checkbox"/> Certificação e Acreditação em Saúde	<input type="checkbox"/> <i>Compliance</i> (sistematização da estrutura organizacional) em Saúde

8. Marque quais comissões, comitês e núcleos hospitalares são apresentados e discutidos na graduação: (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

<input type="checkbox"/> Comissão de Ética Médica	<input type="checkbox"/> Comissão de Ética de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Comissão de Controle das Infecções Relacionadas à Saúde	<input type="checkbox"/> Comissão de Educação Permanente em Saúde
<input type="checkbox"/> Comissão de Revisão de Óbitos	<input type="checkbox"/> Comissão de Revisão de Prontuários
<input type="checkbox"/> Comissão de Cuidados com a Pele e Ostomias	<input type="checkbox"/> Comissão de Padronização de Medicamentos
<input type="checkbox"/> Comissão Materno Infantil	<input type="checkbox"/> Comissão de Avaliação de Documentos Médicos e Estatística
<input type="checkbox"/> Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional	<input type="checkbox"/> Comissão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais
<input type="checkbox"/> Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS)	<input type="checkbox"/> Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIDHOTT)
<input type="checkbox"/> Comissão de Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/> Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar (NAQH)
<input type="checkbox"/> Núcleo de Segurança do Paciente	<input type="checkbox"/> Núcleo de Educação e Pesquisa
<input type="checkbox"/> Núcleo Interno de Regulação	

9. A adoção de **evidências nas tomadas de decisão gerenciais** levará a maior racionalidade das condutas, otimização dos recursos disponíveis e aumento da qualidade do atendimento como um todo. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir foram abordados em sala de aula durante a sua graduação (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

- Conceito de Medicina Baseada em Evidências (MBE)
- Conceito dos Níveis de Evidência Científica
- Conceito de Diretriz clínica (*Guideline*)
- Conceito de Protocolo clínico

Seção 3:

Considerando a Segurança como dimensão da avaliação da Qualidade, nesta seção, faremos algumas perguntas sobre a organização do currículo e da prática do ensino da Segurança do Paciente na sua Universidade e o seu grau de familiaridade com a temática:

1. Durante a graduação foram apresentadas aulas sobre **Segurança do Paciente**:

- Sempre, em todos os anos da minha graduação
- Às vezes, entre dois a três anos da minha graduação
- Não sei
- Raramente, em apenas um ano da minha graduação
- Em nenhum ano da graduação, não foi apresentada.

Comentários Opcionais:

2. **Segurança do Paciente** é uma disciplina optativa no currículo médico da sua Instituição.

- Sim
- Não
- Não sei

Comentários Opcionais

3. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre **Segurança do Paciente** foram abordados em sala de aula durante a sua graduação (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

- Conceito de Segurança do Paciente
- Cultura Justa em Saúde
- Fator Humano
- Incidente que não atingiu o paciente ou *Near Miss*
- Evento adverso
- Evento sentinela
- Metas Nacionais de Segurança do Paciente
- Modelo do queijo suíço sobre causas de acidentes de James Reason
- Análise de causa raiz - Diagrama de Causa e Efeito de Ishikawa (Espinha de Peixe)
- Disclosure* (revelação aberta dos erros)
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Programa de Segurança do Paciente

4. Durante a sua graduação, as **Seis Metas Nacionais, baseadas nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente** foram inseridas nos casos clínicos apresentados em sala de aula:

- Sempre inseridas na discussão dos casos clínicos
- Às vezes, entre duas a cinco ocasiões da minha graduação
- Não sei
- Raramente, em apenas uma ocasião da minha graduação
- Não foram apresentadas e inseridas nos casos clínicos discutidos em sala de aula

Comentários Opcionais:

5. Durante a sua graduação, as **Seis Metas Nacionais de Segurança do Paciente, baseadas nas Metas Internacionais**, foram inseridas nas práticas em campo com o paciente (atividades em hospitais e ambulatório):

- () Sempre, em todas as atividades práticas na minha graduação
- () Às vezes, entre dois a cinco atividades práticas da minha graduação
- () Não sei
- () Raramente, em apenas uma atividade prática da minha graduação
- () Não foram apresentadas e inseridas nas atividades práticas

Comentários Opcionais:

6. Segundo o relatório do *Institute of Medicine "To err is human: building a safer health System, (1999)" – O errar é humano, construindo sistemas de saúde seguros baseada no livro Human error (1990) do psicólogo James Reason*, existem duas abordagens para o problema da falibilidade humana: a abordagem pessoal e a sistêmica. Organizações altamente confiáveis - aquelas nas quais a taxa de acidentes se encontra num nível inteiramente aceitável - reconhecem que a variabilidade humana é uma força a ser controlada para que seja possível prevenir erros, trabalham intensamente para lidar com essa variabilidade e estão constantemente preocupadas com a possibilidade de falhas. Durante a sua graduação, teve a oportunidade de conhecer e discutir esta publicação:

- () A publicação foi apresentada e amplamente discutida durante o curso
- () A publicação foi apresentada e brevemente discutida durante o curso
- () A publicação foi citada, mas, não foi discutida
- () Nunca ouvi falar sobre a publicação durante a graduação

Comentários Opcionais:

Seção 4:

Sobre o atual momento que o mundo vive em relação à Saúde da população, após o advento da Pandemia da COVID-19, você considera que:

1. A sua opinião mudou sobre a importância da **Gestão em Saúde** no ensino da graduação em medicina para o sucesso das práticas em saúde?

() Não

() Sim

() Não sei

Comentários Opcionais:

2. A sua opinião mudou sobre a importância da **Segurança do Paciente** no ensino da graduação em medicina para o sucesso das práticas em saúde?

() Não

() Sim

() Não sei

Comentários Opcionais:



SURVEY PARA DOCENTES SOBRE O ENSINO NA GRADUAÇÃO MÉDICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)

Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis (IBqM)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre currículo médico. O convite à sua participação se justifica pelo fato de você ser integrante do Núcleo Estruturante Docente ou ter participado da construção do currículo da graduação de medicina e/ou atuar no ensino da temática de **Gestão em Saúde** e **Segurança do Paciente** na sua Universidade. A sua participação é muito importante para nós.

De acordo com a Diretriz Nacional Curricular (DCN) de 2014, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o conhecimento de **Gestão em Saúde** é habilidade e atitude requerida do egresso da graduação de medicina, para o futuro exercício profissional do médico. Neste estudo, pretendemos investigar a organização da grade curricular e a **prática do ensino** da Gestão em Saúde e Segurança do Paciente nas Universidades de medicina. Este questionário faz parte de uma pesquisa do Mestrado Profissional em Educação, Gestão e Difusão em Biociências do Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis (IBqM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O questionário retornará diretamente para a pesquisadora.

Orientações:

1. Este questionário não identifica os respondentes, apenas as universidades – e se são públicas ou privadas.
2. Após responder as perguntas não será permitido retornar à pergunta anterior.
3. É de suma importância que as respostas sejam fidedignas em relação à realidade da **“prática do ensino”** da sua Universidade e não apenas ao descrito no plano pedagógico.

(Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF), Faculdade de Medicina, UFRJ. Clique aqui para acessar o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE).

Agradecemos a sua participação.

Seção 1:

Nesta seção, faremos algumas perguntas sobre o perfil do respondente, o que nos ajudará a compreender melhor os padrões de resposta:

1. Instituição em que atua

Pública – desde:

Privada – desde:

Ambas

2. Marque o seu cargo na Instituição:

Diretor

Outros cargos de Gestão

Por favor, especifique (por exemplo, coordenador, supervisor ou outros):

Pedagogo

Docente / disciplina que leciona: _____

3. A **Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES)** em 17 de junho de 2010, normatizou O **Núcleo Estruturante Docente (NDE)** de um curso de graduação que é constituído por um grupo de docentes com atribuições acadêmicas, atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do projeto pedagógico de um curso. A sua Instituição possui NDE?

Sim

Não

Não sei

4. Caso tenha respondido “Sim” na questão anterior, você participa do **Núcleo Estruturante Docente (NDE)**?

Participo atualmente.

() Já participei e não participo mais.

() Nunca participei.

Comentários opcionais:

5. Carga horária total dedicada ao ensino na graduação: _____ horas/semanais

6. Coursou pós-graduação em **Gestão em Saúde**?

() Não

() Sim

7. Coursou pós-graduação em **Segurança do Paciente**?

() Não

() Sim

8. Caso tenha respondido Sim nas questões “6” e “7”, cite até 3 cursos, por favor:

Curso/Programa 1:

() Lato Sensu

() Stricto Sensu

Ano de conclusão:

Instituição:

Curso/Programa 2:

() Lato Sensu

() Stricto Sensu

Ano de conclusão:

Instituição:

Curso/Programa 3:

() Lato Sensu

() *Stricto Sensu*

Ano de conclusão:

Instituição:

9. Experiência profissional com **gestão em saúde**:

() Sim

() Não

10. Caso tenha respondido “**Sim**” na pergunta anterior, indique quantos anos de experiência profissional com **Gestão em Saúde**, por favor:

() Menos de 1 ano

() Entre 1-3 anos

() Entre 4-6 anos

() Entre 6-10 anos

() Mais de 10 anos

Seção 2:

Gestão vem do termo em latim *gestione* e configura o ato de administrar os gerir recursos, pessoas, processos ou qualquer objeto que possa ser administrado com alguma finalidade: seja em benefício próprio ou de uma entidade. A gestão dos serviços de saúde é complexa envolvendo processos diretos e indiretos à assistência. Nesta seção, faremos algumas perguntas sobre a organização do currículo na sua Instituição:

1. Marque qual opção a sua Instituição adota no seu Plano Pedagógico Institucional (PPI):

() Disciplinas (Por ex.: clínica médica, pediatria, cirurgia geral e etc...)

() Módulos transversais de ensino

2. **Gestão em saúde** é uma disciplina optativa no currículo médico da minha Instituição.

() Não

() Sim

() Não sei

Comentários Opcionais:

3. **Segurança do Paciente** é uma disciplina optativa no currículo médico da minha Instituição.

- Não
 Sim
 Não sei

Comentários Opcionais:

4. **Gestão em saúde** é abordada durante os cinco anos da graduação em medicina na sua Instituição.

- Sempre, em todos os anos da graduação
 Às vezes, entre dois a três anos da graduação
 Não sei
 Raramente, em apenas um ano da graduação
 Não é apresentada

Comentários Opcionais

5. Existe um plano preliminar que mostra as avaliações de final de curso para os componentes do currículo de Gestão em Saúde?

() Sim

() Não

6. **Segurança do Paciente** foi abordada durante os primeiros cinco anos da graduação em medicina na sua Instituição.

() Sempre, em todos os anos da minha graduação

() Às vezes, entre dois a três anos da minha graduação

() Não sei

() Raramente, em apenas um ano da minha graduação

() Não foi apresentada

Comentários Opcionais

7. Conhece o Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde?

() Sim

() Não

8. Caso a sua resposta tenha sido afirmativa na questão anterior, o Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde foi utilizado para a construção de um currículo de Segurança do Paciente na sua Instituição:

() Sim

() Não

9. Existe um plano preliminar que mostra as avaliações de final de curso para os componentes do currículo de segurança do paciente?

() Sim

() Não

Seção 3:

Nesta seção, faremos algumas perguntas sobre a prática do ensino da Gestão em Saúde na sua Universidade:

1. Durante a graduação são apresentadas aulas sobre **Gestão em Saúde**:

- () Em todos os anos da graduação.
- () Em alguns anos.
- () Em um dos anos da graduação.
- () Em nenhum ano da graduação.
- () Em apenas uma aula durante a graduação.
- () Não foi apresentada.

Comentários Opcionais:

2. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre **Gestão do SUS e da Saúde Suplementar** são abordados em sala de aula durante a graduação na sua Instituição (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

- () Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde
- () Controle e Participação Social no SUS
- () Níveis de Atenção em Saúde
- () Organização da Rede de Atenção em Saúde (RAS)
- () Interação entre os níveis de Atenção à Saúde
- () Regulação do Sistema de Saúde
- () Financiamento do SUS
- () Saúde Suplementar
- () Custos na Saúde Suplementar
- () Notificação compulsória

3. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre **Gestão da Assistência em Saúde** são abordados em sala de aula durante a graduação na sua Instituição (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

- Cuidado Centrado na Pessoa
- Cuidados Paliativos
- Experiência do Paciente
- Plano terapêutico individualizado
- Prontuário Transdisciplinar do Paciente
- Integralidade do Cuidado em Saúde
- Atendimento multiprofissional
- Educação em Saúde

4. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre **Gestão da Qualidade em Saúde** são abordados em sala de aula durante a graduação na sua Instituição (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

<input type="checkbox"/> Missão, Visão e Valores	<input type="checkbox"/> Matriz 5W2H
<input type="checkbox"/> Planejamento Estratégico	<input type="checkbox"/> Programa 5S
<input type="checkbox"/> Programa de Qualidade em Saúde	<input type="checkbox"/> Saúde sem Dano
<input type="checkbox"/> Escritório da Qualidade	<input type="checkbox"/> Engenharia clínica
<input type="checkbox"/> Mapeamento de processos	<input type="checkbox"/> Matriz SWOT
<input type="checkbox"/> Indicadores de Saúde	<input type="checkbox"/> Notificação de eventos adversos
<input type="checkbox"/> Procedimento Operacional Padrão (POP)	<input type="checkbox"/> Análise de causa raiz - Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe)
<input type="checkbox"/> Farmácia clínica e Farmácia hospitalar	<input type="checkbox"/> Sustentabilidade em Saúde
<input type="checkbox"/> Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS)	<input type="checkbox"/> Rede Global Hospitais Verdes e Saudáveis
<input type="checkbox"/> Certificação e Acreditação em Saúde	<input type="checkbox"/> <i>Compliance</i> (sistematização da estrutura organizacional) em Saúde

5. Marque quais comissões, **comitês e núcleos hospitalares** são apresentados e discutidos na graduação: (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

<input type="checkbox"/> Comissão de Ética Médica	<input type="checkbox"/> Comissão de Ética de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Comissão de Controle das Infecções Relacionadas à Saúde	<input type="checkbox"/> Comissão de Educação Permanente em Saúde
<input type="checkbox"/> Comissão de Revisão de Óbitos	<input type="checkbox"/> Comissão de Revisão de Prontuários
<input type="checkbox"/> Comissão de Cuidados com a Pele e Ostomias	<input type="checkbox"/> Comissão de Padronização de Medicamentos
<input type="checkbox"/> Comissão Materno Infantil	<input type="checkbox"/> Comissão de Avaliação de Documentos Médicos e Estatística
<input type="checkbox"/> Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional	<input type="checkbox"/> Comissão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais
<input type="checkbox"/> Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS)	<input type="checkbox"/> Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIDHOTT)
<input type="checkbox"/> Comissão de Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/> Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar (NAQH)
<input type="checkbox"/> Núcleo de Segurança do Paciente	<input type="checkbox"/> Núcleo de Educação e Pesquisa
<input type="checkbox"/> Núcleo Interno de Regulação	

6. A adoção de **evidências nas tomadas de decisão gerenciais** levará a maior racionalidade das condutas, otimização dos recursos disponíveis e aumento da qualidade do atendimento como um todo. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir são abordados em sala de aula durante a graduação na sua Instituição (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

- Conceito de Medicina Baseada em Evidências (MBE)
- Conceito dos Níveis de Evidência Científica
- Conceito de Diretriz clínica (*Guideline*)
- Conceito de Protocolo clínico

Seção 4:

Considerando a Segurança como dimensão da avaliação da Qualidade, nesta seção, faremos algumas perguntas sobre a prática do ensino da Segurança do Paciente na sua Universidade:

1. Durante a graduação foram apresentadas aulas sobre **Segurança do Paciente:**

- Em todos os anos da graduação

- Em alguns anos
- Em um dos anos da graduação
- Em nenhum ano da graduação
- Não foi apresentada

Comentários Opcionais:

2. Indique que (quais) tópicos dos listados a seguir sobre **Segurança do Paciente** são abordados na grade curricular da sua Instituição: (MARQUE QUANTAS OPÇÕES DESEJAR).

- Conceito de Segurança do Paciente
- Cultura Justa em Saúde
- Fator Humano
- Incidente que não atingiu o paciente ou *Near Miss*
- Evento adverso
- Evento sentinela
- Metas Nacionais de Segurança do Paciente
- Modelo do queijo suíço sobre causas de acidentes de James Reason
- Análise de Causa Raiz
- Disclosure* (revelação aberta dos erros)
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Programa de Segurança do Paciente

3. Durante a graduação, as **Seis Metas Nacionais, baseadas nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente** são inseridas nos casos clínicos apresentados em sala de aula:

- Sempre inseridas na discussão dos casos clínicos
- Às vezes, entre duas a cinco ocasiões da graduação
- Não sei
- Raramente, em apenas uma ocasião da graduação
- Não são apresentadas e inseridas nos casos clínicos discutidos em sala

de aula

Comentários Opcionais:

4. Durante a graduação, as **Seis Metas Nacionais de Segurança do Paciente, baseadas nas Metas Internacionais**, são inseridas nas práticas em campo com o paciente (atividades em hospitais e ambulatório):

- Sempre, em todas as atividades práticas da graduação
- Às vezes, entre dois a cinco atividades práticas da graduação
- Não sei
- Raramente, em apenas uma atividade prática da graduação
- Não foram apresentadas e inseridas nas atividades práticas ambulatoriais e hospitalares

Comentários Opcionais:

5. Segundo o relatório do *Institute of Medicine* "**To err is human: building a safer health System, (1999)**" – O errar é humano, construindo sistemas de saúde seguros baseada no livro *Human error (1990)* do psicólogo James Reason, existem duas abordagens para o problema da falibilidade humana: a abordagem pessoal e a sistêmica. Organizações altamente confiáveis - aquelas nas quais a taxa de acidentes se encontra num nível inteiramente aceitável - reconhecem que a variabilidade humana é uma força a ser controlada para que seja possível prevenir erros, trabalham intensamente para lidar com essa variabilidade e estão constantemente preocupadas com a possibilidade de falhas. Durante a sua graduação, teve a oportunidade de conhecer e discutir esta publicação:

- A publicação é apresentada e amplamente discutida durante o curso

- () A publicação é apresentada e brevemente discutida durante o curso
- () A publicação é citada, mas, não foi discutida
- () A publicação não é citada durante a graduação

Comentários Opcionais:

Seção 5:

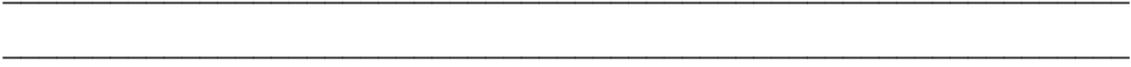
Sobre o atual momento que o mundo vive em relação à Saúde da população, após o advento da Pandemia da COVID-19, você considera que:

1. A sua opinião mudou sobre a importância da **Gestão em Saúde** no ensino da graduação em medicina para o sucesso das práticas em saúde?
 - () Não
 - () Sim
 - () Não sei

Comentários Opcionais:

2. A sua opinião mudou sobre a importância da **Segurança do Paciente** no ensino da graduação em medicina para o sucesso das práticas em saúde?
 - () Não
 - () Sim
 - () Não sei

Comentários Opcionais:



8.2 DISCUSSÃO

A elaboração das *surveys* foi fundamentada nas DCN (2014), no guia curricular de segurança do paciente da OMS (2016) e no referencial teórico já apresentado neste documento. A revisão narrativa foi realizada no sentido de buscar na literatura material que subsidiasse a importância da necessidade desta pesquisa.

Segundo Andrade et al (2018), “as publicações envolvendo a temática gestão em saúde e escolas médicas são escassas.” De fato, na primeira busca realizada foram incluídos apenas 04 documentos (01 relato de experiência e 03 dissertações de mestrado). Na segunda busca, na tentativa de aumentar a possibilidade de encontrar mais artigos, alargamos o recorte temporal e foram incluídos 06 documentos (04 artigos, 01 trabalho de conclusão de curso e 01 dissertação de mestrado) no total de 10 documentos incluídos, sendo que 01 documento não foi acessível.

É incontestável que a situação do atendimento médico no cenário nacional é, também, reflexo, entre outras variáveis que o influenciam, da formação na graduação. Fica claro que, de acordo, com as competências exigidas pelas DCN 2014, é necessário que o médico ganhe o mercado de trabalho com a compreensão e capacitação da gestão em saúde, qualidade e segurança do paciente.

Nos primórdios da ideia desta pesquisa, pensamos apenas no instrumento para o discente, mas, logo entendemos a necessidade de desenvolver os dois instrumentos, porque acreditamos que o tema é desafiador para os próprios docentes e podemos inferir que esta falta de expertise no tema seria um fator limitante para a aplicação das DCN.

Muitos profissionais que passaram a exercer a função docente nos cursos de saúde, trazem consigo uma rica experiência prática, advinda do universo de trabalho, com grande conhecimento técnico, oriundo das especializações, mestrados, doutorados e participações em congressos e eventos científicos. No entanto, nem sempre estes profissionais estão preparados para desenvolver uma abordagem sistematizada dos motivos de erros e eventos dentro do âmbito da assistência à saúde, ou comprometidos com a notificação desses eventos e assim planejar e executar melhorias no seu universo de atuação (Furtado et al, 2020 apud Bogarin et al, 2014). Por esse motivo, na *survey* docente foram acrescentadas perguntas sobre o Núcleo Docente Estruturante, sobre o Guia Curricular de Segurança do Paciente e sobre o currículo médico em segurança do paciente.

Os dois questionários, discente e docente, são complementares na medida em que avaliam todo o contexto do ensino da temática passando pelo preparo do corpo

docente. Lima (2020), avaliando a importância sobre segurança do paciente entre docentes médicos numa faculdade privada de João Pessoa, constatou que 50% dos participantes da pesquisa desconheciam os protocolos de segurança do paciente.

A pedido dos especialistas, os enunciados são explicativos e conceituais, para se evitar respostas aleatórias em função do desconhecimento sobre a temática.

Em artigo publicado na *Brazilian Journal of health Review* (Furtado et al, 2020), cujo objeto de pesquisa foi a análise de um projeto pedagógico de um curso de medicina se verificou que, apesar do currículo ser integrado e inovador sobre os aspectos relacionados aos temas propostos pela OMS, sobre segurança do paciente, não se identificou alguns temas específicos recomendados. O artigo sugere que esta limitação, **pode ser analisada em estudos futuros com questionários específicos aos docentes e gestores do ensino.**

As Instituições de ensino durante a graduação e os hospitais universitários no período de treinamento do internato devem ser os primeiros a implantar os preceitos da Qualidade, Cultura Justa e da Segurança do Paciente, pois a teoria ensina, mas, o exemplo sedimenta. Nesta linha, Laurindo (2019 apud Bogarin et al, 2014), apresenta que “um dificultador aparente e que impacta na contribuição do aprendizado em segurança é que os graduandos passam por experiências práticas em sistemas falhos e não comprometidos com a segurança do paciente, dificultando o momento de construção da aprendizagem, uma vez que os cenários são pouco susceptíveis a mudanças e fazem com que os estudantes se adequem ao sistema que já está posto para se sentirem parte das equipes de cuidado. Dessa forma, é mais fácil para o aluno seguir as rotinas estabelecidas que procurar estratégias e ações para transformar a realidade.”

Michael Apple destaca que o currículo é uma arena de conflitos e disputas, onde diferentes grupos sociais promovem suas visões de mundo e interesses (Apple, 2004).

Imperativo se faz que a graduação médica discuta com o estudante a importância da sua postura no mercado de trabalho baseada na qualidade e segurança. Mais do que isso, a academia precisa formar médicos para serem protagonistas da qualidade e segurança em saúde. Bastos (2018) avaliou o ensino sobre segurança do paciente numa universidade federal, baseado no Guia curricular de segurança do paciente e concluiu que “o ensino em segurança do paciente tem muitas lacunas a serem sanadas e que o tema necessita de maior reflexão e aprofundamento pela academia, com a proposta de elaboração de um roteiro estruturado de competências em Segurança do Paciente, com ajustes ou inclusão das mesmas, avaliando-se a melhor estratégia de abordagem.”

Em estudo que analisou o Projeto Pedagógico de um curso de graduação em medicina para verificar o que se ensina sobre segurança do paciente, Bohomol e Cunha (2015), verificaram que: “se ensina pouco sobre a falibilidade humana ao não serem abordados temas como falhas, violação, busca da perfeição ou cultura da culpa; ainda não se ensinam conceitos desenvolvidos no campo das ciências exatas, como engenharia de fatores humanos (EFH), relação homem-máquina ou redesenho de processos; ensina-se o que é equipe, mas faltam conceitos do que são equipes de sucesso.”

Pelo conjunto das publicações selecionadas, poucas escolas médicas adequaram os seus currículos ao ensino da gestão em saúde e as que o fizeram, foi de forma fragmentada sem aplicá-la de forma transversal e longitudinal no curso.

Bohomol e Cunha (2015, p.12), com base em estudos anteriores, argumentam que “a escola ainda tem uma proposta formativa baseada em uma estrutura tradicional, centrada nas disciplinas e na formação específica.” Porém, como recomendam os mesmos autores, o ensino da segurança do paciente deve ser parte de um eixo transversal de forma que essa exposição proporcione uma visão mais inter/transdisciplinar na formação médica.

As *surveys* foram constituídas de forma a contemplar a competência “gestão em saúde” requerida pela DCN 2014, de forma abrangente. Os especialistas sugeriram que os temas de gestão em saúde e segurança do paciente fossem colocados em seções separadas e, desta forma, os instrumentos apresentam uma seção de identificação, uma seção específica sobre a prática do ensino em gestão e outra para os temas de segurança do paciente. As questões sobre o funcionamento do SUS estão incluídas na seção sobre gestão em saúde. A última seção convida o respondente à reflexão sobre a importância dos temas.

No conjunto dos documentos da nossa revisão narrativa, as escolas que se adequaram às DCN 2014, em relação à competência “gestão em saúde” o fizeram focando na gestão do SUS ou à temática segurança do paciente de forma fragmentada, corroborando a necessidade de se avaliar de forma fidedigna a conformação das instituições de medicina às novas DCN no que concerne à prática do ensino da gestão em saúde de forma holística contemplando qualidade e segurança do paciente no eixo longitudinal do curso. Em recente pesquisa, Damito (2022 – grifo nosso) detectou que em algumas áreas como noções de **gestão e administração em saúde** os egressos do curso de medicina perceberam que há necessidade de um aprimoramento na graduação.

Aparentemente as escolas médicas conseguiram, de acordo com as competências das DCN 2014, adequar o currículo médico acerca dos tópicos em relação ao SUS, mas, não conseguiram avançar no ensino da gestão, Qualidade em saúde e Segurança do paciente. Para Iracilda et al (2020), que avaliou o conhecimento por acadêmicos do oitavo período de medicina durante a disciplina gestão em saúde, a gestão na ementa da disciplina está muito relacionada ao funcionamento do SUS.

Choji (2020) reflete que o “educador tem a função de promover condições de aprendizagem nas quais a construção de saberes ocorra com base nos conhecimentos prévios perante situações-problema reais ou simuladas de atuação profissional, completando, que, apesar da implementação das DCN 2014, embora racional e adequadamente fundamentada há várias décadas nos mais diversos contextos sociais e até mesmo no mundo do trabalho, ainda encontra grande resistência e dificuldade de evolução.”

Existe um longo caminho entre o que se é recomendado e preconizado nas DCN, a leitura das competências requeridas pelos núcleos docentes estruturantes para adaptá-la aos planos pedagógicos institucionais e a execução da prática no ensino da graduação médica. Para Choji (2020 apud Cândido 2019), na visão de diversos coordenadores de escolas médicas, estas estão em processo de adequação às determinações das diretrizes. Desta forma, os instrumentos serão importantes aliados para o diagnóstico desta situação.

Bastos (2018, p. 69) ressalta “a importância de novos estudos, considerando o baixo percentual de publicações brasileiras acerca do tema, buscando avaliar a compreensão dos discentes da área da saúde sobre o ensino em segurança do paciente durante a graduação.”

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES

Este trabalho explorou o tema gestão em saúde e segurança do paciente de forma a trazer uma contribuição objetiva para pesquisas associadas no âmbito da educação médica, por meio de dois *survey instruments* (instrumentos de pesquisa) que permitem abordar questões baseadas nos pressupostos e orientações de documentos de referência no Brasil. A validação por um painel de especialistas, com experiência destacada nos temas conferiu uma validação importante e que respalda o desenho, os tópicos e abordagens nesses instrumentos. Porém, a aplicação de um piloto para validação de respondentes teria sido uma etapa adicional de grande valia para o trabalho, o que não foi

possível, como já descrito anteriormente, dada a intensa reviravolta na pós-graduação no período pandêmico e seus impactos para o planejamento do projeto. Entretanto, e apesar dessa limitação, este trabalho apresenta uma possibilidade de exploração do tema de forma concreta, abrindo espaços para testar o instrumento por pesquisadores da educação e gestão médica, que inclusive poderão aperfeiçoá-los em suas aplicações.

Até a realização deste trabalho de elaboração e de validação dos instrumentos, não foram identificados outros que apresentassem proposta de investigação similar. Os questionários contemplam a gestão em saúde de forma holística, como preconizada pelas DCN 2014, tratando sobre o funcionamento do SUS, gestão pela qualidade e segurança do paciente como dimensão da qualidade em saúde. Nesse sentido, embora a discussão sobre gestão em saúde e segurança do paciente no Brasil tenham ganhado novo fôlego com os desafios postos pela pandemia de COVID-19 – talvez possamos assumir que tenha sido um divisor de águas para o tema – ainda é incipiente a compreensão sobre como se dá a abordagem na graduação em medicina.

Ambos os instrumentos poderão contribuir para ampliar e aprofundar essa compreensão e como perspectivas de trabalhos futuros, uma pesquisa ampla com o apoio da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) seria oportuna. Fizemos algumas tentativas para concretizar uma parceria, mas, novamente, o contexto da pandemia foi uma etapa limitante de todo o processo.

Sobre o instrumento desenhado para docentes, é importante ressaltar um viés que pode se revelar quanto às respostas desses indivíduos sobre a realidade do seu cotidiano em relação ao ensino da gestão, qualidade em saúde e segurança do paciente - na tentativa de demonstrarem produtividade e excelência do seu trabalho para as instituições, mascarando a realidade na prática. Este viés de desabilidade social pode ser contornado, realizando um preparo com os docentes antes da sua aplicação, esclarecendo as reais intenções do instrumento, que não seria medir o trabalho individual de cada um, e, sim, o desempenho global da instituição na prática do ensino da gestão e qualidade em saúde e segurança do paciente, sem caráter avaliativo. De qualquer forma, a pesquisa é de tema sensível e requer um cuidado metodológico com a abordagem do próprio convite que será feito. De acordo com Bispo Junior (2022, p.3), pesquisas sobre temas sensíveis são “um desafio para as ciências sociais em saúde”, com três dimensões:

(1) intrusão, visto que certas questões podem ser percebidas como de natureza privada ou de fórum íntimo; (2) medo de divulgação, referente às preocupações dos entrevistados sobre potenciais riscos e consequências da divulgação das respostas para além do ambiente da pesquisa; e (3) deseabilidade social,

referente à distorção das respostas em relação à norma social, a fim de manter uma autoapresentação socialmente favorável. Uma questão importante desse debate é que o viés de desejabilidade social pode ser intencional ou não-intencional.

10 CONCLUSÃO

É importante compreender o cenário de como as escolas médicas estão executando em sua prática diária o ensino da competência gestão em saúde preconizada pelas DCN 2014, uma vez que, pela revisão narrativa da literatura, os poucos estudos publicados apontam que as universidades ainda estão adaptando os seus planos pedagógicos institucionais. Por um lado, essas transformações no currículo e na prática pedagógica levam tempo. Como descreve Michael Young (2014, p.12), um especialista em currículo e pesquisas associadas, em seu “Teoria do currículo: O que é e porque é importante, “o currículo sempre é: um sistema de relações sociais e de poder com uma história específica [...]”. Young (2014, p.12) destaca que o currículo é sempre “um corpo complexo de conhecimento especializado e está relacionado a saber se... é capaz de prover os alunos de recursos para explicações e para pensar alternativas, qualquer que seja a área de conhecimento e a etapa da escolarização”.

Tal fato reitera a hipótese de que a competência gestão em saúde (nela concebida segurança do paciente) ainda não foi adequadamente assimilada pelos cursos de medicina na matriz curricular da graduação.

Entendemos que o diagnóstico deste cenário, na graduação médica, para a identificação dessas possíveis lacunas poderá contribuir para a elaboração de um planejamento de adequação ao recomendado pelas DCN, de modo que a gestão em saúde e segurança do paciente sejam competências incorporadas de forma longitudinal em todo o curso no cotidiano das aulas teóricas e práticas.

Nesse sentido, estes questionários elaborados e, posteriormente, validados por especialistas da área no contexto nacional, para a pesquisa entre discentes e docentes podem contribuir para pesquisas futuras. Em consonância com as demandas postas pelas DCN e o panorama apresentado pela literatura associada às temáticas, os dois instrumentos oferecem a oportunidade de abordar a gestão em saúde de forma holística, contemplando a organização do SUS e a segurança do paciente como dimensão da qualidade.

11 REFERÊNCIAS

- AMARAL, J. L. et al. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. 232 f. Dissertação. (Doutorado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tese de doutorado. 2007.
- ANDRADE, L. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 161-172, 2018.
- APPLE, M. W. (2004). Ideologia e currículo. São Paulo: Cortez.
- ARAÚJO, A. K. R. et al. 5W1H E 5 PORQUÊS: Aplicação em processo de análise de falha e melhoria de indicadores. 2019. p. 279, 15–24.
- BASTOS, S. M. O. et al. Avaliação do ensino sobre segurança do paciente na graduação médica de uma universidade pública. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Maceió, 2018.
- BARBOZA, N. A. S. et al. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 84966-84985, 2020.
- BERWICK, D. M. Errors today and errors tomorrow. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 25, p. 2570-2572, 2003.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). Ministério da Saúde. Conceito de saúde. [Internet]. Disponível em <<https://bvsmis.saude.gov.br/05-08-dia-nacional-da-saude>>, acesso em 02/06/2024.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 1, p. 70-76, 2000.
- BITTENCOURT, F; VASCONCELOS, S. M. R. **Submissão de Protocolos para Apreciação Ética da Pesquisa Envolvendo Humanos na Plataforma Brasil**, 2024. Disponível em < <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/702064>>, acesso em 24/05/2024.
- BISPO JÚNIOR, J. P. Viés de desabilitação social na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 101, 2022.
- BOGARIN, D. F. et al. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 491-497, 2014.
- BOHOMOL, E.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. **Interface** (Botucatu), 13(1):7-13, 2015.
- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 3, p. 319-331, 2011.

BOYLE, D. et al. Disclosing errors and adverse events in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 34, n. 5, p. 1532-1537, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). Parecer nº 04. Resolução nº 01 de 17 de junho de 2010. Normatiza o Núcleo Estruturante Docente e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6885-resolucao1-2010-conae&Itemid=30192> Acesso em 16/04/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Superior (CES) Nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>> Acesso em 16/04/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES Nº 3, 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view>. Acesso em 16/04/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Superior (CES) Nº 3, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2022. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/pec-g/33371-cne-conselho-nacional-de-educacao/91011-resolucoes-cne-ces-2022>> . Acesso em 04/04/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>>. Acesso em 16/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seis Metas Internacionais de Segurança do paciente. [Internet]. Disponível em <<http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/boletim/bol46/epedit.asp>>, acesso em 12/06/2024.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>> Acesso em 16/04/2020.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

Acesso em 16/04/2020.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 28 nov., ANVISA, 2011. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.>

Acesso em 16/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em 16/04/2020.

BRASIL. "Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" (PMAQ – AB), [Internet], disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq>>, 2011. Acesso em 16/04/2020.

BRAUER, C. M. **Champions of quality in health care: a history of the joint commission on accreditation of healthcare organizations**. Greenwich Publishing Group, 2001.

CÂNDIDO, P. T. S.; BATISTA, N. A. O internato médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um estudo em escolas médicas do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 36-45, 2019.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S.; OLIVEIRA, G. N. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas: Unicamp. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 455-465, 2009.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7ª ed, Brasil, Elsevier, p.30-188, 2004.

CHOJI, C. H. et al. A educação médica no Brasil a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: análise das produções científicas. 2020. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2020.

COSTA JUNIOR, H. **Qualidade e segurança em saúde: os caminhos da melhoria via Acreditação Internacional – relatos e experiências práticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: DOC Content, 2015, 188p.

DAMITO, E. M. T. O impacto da mudança curricular do curso de Medicina da PUC-SP na visão de seus egressos. 2022.

DA SILVA, L. C. **Gestão em Saúde: estrutura, processos e resultados**. Ponta Grossa, AYA Editora, 2023, 101p, 84-90.

DEMING, W. E. Massachusetts Institute of Technology. (MIT) (Center for advanced engineering study). **Quality, productivity, and competitive position**. 1982.

DEMING, W. E. **Out of the Crisis, reissue**. MIT press, 2018.

DICIONÁRIOS PORTO EDITORA. Significado da palavra gestão. [Internet] Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>>, acesso em 16/03/2023.

DICIONÁRIO OXFORD. Significado da palavra gestão. [Internet] Disponível em: <<https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>>, acesso em 16/03/2023.

Diferença entre gestão empresarial e administração. Fundação Getúlio Vargas (FGV). [Internet]. Disponível em: <<https://www.decision.edu.br/blog/geral/blog-voce-sabe-qual-a-diferenca-entre-gestao-empresarial-e-administracao>>. Acesso em 16/03/2023.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring**, v. 1, p. 77-128, 1980.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, n. 24, p. 213-225, 2004.

EDUCAÇÃO médica: desafios das escolas médicas e dos professores na formação do médico hoje. Estadão, São Paulo, 29 de agosto de 2019. Disponível em: <<https://patrocinados.estadao.com.br/medialab/uncategorized/release-geral-educacao-medica-desafios-das-escolas-medicas-e-dos-professores-na-formacao-do-medico-hoje/>> Acesso em 30/05/2020.

ENCICLOPÉDIA DA GESTÃO. Conceitos de gestão. [Internet]. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/gestao/>>, acesso em 06/06/24.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.S.F.; MEIRELLES, B.H.S. Gestão das Práticas de Saúde na Perspectiva do Cuidado Complexo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; 15(3): 483-91, 2006.

FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A.; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 59-78, 2021.

FERNANDES, D. R. Uma visão sobre a análise da Matriz SWOT como ferramenta para elaboração da estratégia. **Revista de Ciências Jurídicas e Empresariais**, v. 13, n. 2, p. 57-68, 2012.

FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada. **Science**, v. 32, n. 810, p. 41-50, 1910.

FIOCRUZ INDEX. As lições que a história da lavagem das mãos ensina. [Internet] Disponível em: <<https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1771-ignaz-semmelweis-as-licoos-que-a-historia-da-lavagem-das-maos-ensina.html>>, acesso em 06/07/2022.

FREIRE, P. O processo de alfabetização política. 1974.

FREITAS, LS.; RIBEIRO, MF.; BARATA, JM. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 28, 2018.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). Diferenças entre administração e gestão. [internet], acessível em <<https://www.decision.edu.br/blog/geral/blog.>> Acesso em 16/04/2020.

FURTADO, T. A. et al. Abordagem sobre segurança do paciente do projeto pedagógico de um curso de Medicina. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 11958-11966, 2020.

GONTIJO, E. D. et al. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. **Revista Brasileira Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 526-39, 2013.

IRACILDA, A. et al. Conhecimento e vivências no sus por acadêmicos de medicina durante a disciplina gestão em saúde: relato de experiência. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 4, p. 386-394, 2020.

ISHIKAWA, K. Guide to Quality Control. Tokyo: Asian Productivity Organization, 1971.

ISHIKAWA, K. *What is Total Control? The Japanese Way*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1985.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. A Estratégia em ação. (Tradução *The Balanced Scorecard* – Tradução autorizada do idioma inglês da edição publicada por Harvard Business School, 1996). 21ª ed. Elsevier, 1997.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. *Focusing Your Organization on Strategy—with the Balanced Scorecard*. Harvard Business Review On Point. 2nd Edition, 2002.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 1999.

LAURINDO, M. C. Avaliação do impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos do 6º ano de medicina. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LAZARE, A. Apology in medical practice: an emerging clinical skill. **Jama**, v. 296, n. 11, p. 1401-1404, 2006.

LIMA, C. M. S. et al. Abordagem sobre segurança do paciente entre docentes médicos de uma faculdade de medicina 2020. 46f. Trabalho de conclusão de curso (graduação em Medicina) – Centro Universitário de João Pessoa, 2020.

LIRA, A.T. N. Reflexões sobre a legislação de educação durante a ditadura militar (1964-1985). *Histórica* (São Paulo. Online), v. 36, p. 1-6, 2009.

MARRA, V. L. N. Metodologias de aprendizagem ativa na graduação médica: uma proposta de ensino-aprendizagem de Segurança do Paciente. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: PUC, 2015.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 508-514, 2006.

MENDES, M. F. O impacto dos sistemas QAS nas PME portuguesas (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Minho, Portugal), 2007. Disponível: <<http://hdl.handle.net/1822/7967>>, acesso em 07/06/2024.

METELSKI, F. K. et al. A segurança do paciente e o erro sob a perspectiva do pensamento complexo: pesquisa documental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33009, 2023.

MOREIRA, M. M. A. C. et al. Ferramentas da qualidade: uma revisão de diagrama de Ishikawa, 5W2H, ciclo PDCA, DMAIC e suas interrelações. **Anais**, 2021.

OLSON, K. An examination of questionnaire evaluation by expert reviewers. **Field Methods**, v. 22, n. 4, p. 295-318, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Plano de ação global para a segurança do paciente 2021–2030. Geneva: 2023. [Internet]. Disponível em: <<https://proqualis.fiocruz.br/artigo/o-plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-global-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-2021-2030-identificando-a%C3%A7%C3%B5es-para-uma>>. Acesso em 12/03/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Guia Curricular de Segurança do Paciente: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: 2016. [Internet]. Disponível em: <<https://proqualis.fiocruz.br/guideline/guia-curricular-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-da-organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-sa%C3%BAde-di%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em 12/03/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Lisboa: 2011. [Internet]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?ua=1>. Acesso em 12/03/2020.

Organização Nacional de Acreditação (ONA). [Internet]. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em 28/07/2022.

PHILIP, P. et al. Patient safety: a global priority. **Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health**, 2004; 82 (12): 892, 2004.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Jul-Set; 20(3), p. 493-302, 2011.

PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE. (PROADESS) Ministério da Saúde. [Internet]. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br>>, acesso em 27/07/2022.

PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PROQUALIS). Fiocruz. [Internet]. Disponível em <<https://proqualis.fiocruz.br>>, acesso em 27/07/2022.

RABELO, R. C. O desenvolvimento histórico da administração e o desenvolvimento do ensino superior. Revista **Arquivo Brasileiro de Educação**, vol.2, n.3. p.54-82, 2014.

REASON, J. **Human error**. United Kingdom Cambridge University Press, 1990.

REDE DE HOSPITAIS VERDES E SAUDÁVEIS. [Internet]. Disponível em <<https://www.hospitaissaudaveis.org/PHS>>, acesso em 03/06/2024.

RODRIGUES, B. F. S. et al. A evolução histórica e os mestres da qualidade. In: **Coletânea Interdisciplinar em Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação-vol. 3**. Blucher Open Access, 2015. p. 200-217.

SAÚDE SEM DANO. [Internet]. Disponível em: <<https://saudesemdano.org>>, acesso em 03/06/2024.

SILVA, T. T. (1999). Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica.

SILVA, M. Â. Desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE SEGURANÇA DO PACIENTE (SOBRASP). [Internet]. Disponível em: <<https://www.sobrasp.org.br>>. Acesso em 19/03/2020.

SOARES, I. N. P.; DE SOUSA, F. S. I. FERRAMENTAS DA QUALIDADE: UMA REVISÃO DE DIAGRAMA DE ISHIKAWA, 5W2H, CICLO PDCA, DMAIC E SUAS INTERREALÇÕES.

SORENSEN, R. et al. Health care professionals' views of implementing a policy of open disclosure of errors. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 13, n. 4, p. 227-232, 2008.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Editora Fiocruz, Vol. 2, 2014.

THE JOINT COMMISSION. [Internet]. Disponível em <http://www.jointcommission.org/sentinel_event_data_general>, acesso em 28/07/2022.

VIANA, A. L. A. et al. Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1791-1798, 2018.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. AMGH Editora, 2013.

WENNERBERG, J. E. J. Variações na assistência em saúde. [Internet]. Disponível em: <https://en.wikipedia.org/wiki/John_Wennerberg>, acesso em 12/06/2024.

WIKIPEDIA. Biografia Archibald Leman Cochrane. [Internet]. Disponível em <[WORLD HEALTH ORGANIZATION \(WHO\). Patient safety. Geneva: 2020. \[Internet\]. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>>. Acesso em 06/06/2024.](https://pt.wikipedia.org/wiki/Archie_Cochrane#:~:text=Archibald%20Leman%20Cochrane%20(1909%2D1988,da%20medicina%20baseada%20em%20evid%C3%A2ncias)>> Acesso em 16/04/2020.</p></div><div data-bbox=)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Gestão e financiamento COVID 19. [Internet]. Disponível em <<https://www.who.int/teams/health-financing/covid-19>>. Acesso em 04/04/2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patients for patient safety: partnerships for safer health care. Geneva: 2013. [Internet]. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/pfps/pfps_brochure_2013.pdf>. Acesso em 30/05/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: 2009. [Internet]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf>. Acesso em 30/05/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The 1st International Conference on Health Promotion. Ottawa: 1986. [Internet]. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>>. Acesso em 30/05/2020.

YOSHIKAWA, J. M. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, p. 21-29, 2013.

YOUNG, M. Teoria do currículo: o que é e por que é importante. **Cadernos de Pesquisa**, v. 44, p. 190-202, 2014.

12 APÊNDICES

APÊNDICE 1: REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Proposta de Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) para a submissão de projeto associado ao *survey instrument* para discentes. O modelo para os docentes pode ser facilmente adaptado. Sonia Vasconcelos & Adriana Braga da Graça – este modelo é totalmente baseado no RCLE incluído no material “Tutorial para pós-graduandos: submissão de protocolos para apreciação ética da pesquisa envolvendo humanos na Plataforma Brasil / Fernanda Bittencourt, Sonia Vasconcelos”. https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/702064/1/Tutorial_%c3%89tica%20na%20pesquisa%20em%20humanos_Bittencourtetal_2022.pdf



REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

(PARTICIPANTES: DISCENTES A PARTIR DO 9º PERÍODO DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA)

Título do Estudo:

Equipe do Projeto:

Pesquisador/a Responsável:

Instituição Responsável pela Realização do Estudo:

Perfil dos participantes convidados: Discentes brasileiros de cursos de graduação em medicina

Prezado (a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “TÍTULO”. O convite à sua participação se justifica pelo fato de você ser um(a) pesquisador(a) com contribuições à pesquisa sobre mudanças climáticas, com papel relevante no processo de entendimento acerca do tema e na construção de consensos científicos. Neste estudo, objetivamos investigar... Sua participação neste estudo é muito importante e a atividade planejada está descrita em “Procedimentos do Estudo”.

Procedimentos do Estudo:

Sua participação envolve responder a uma *survey* [levantamento de informações/dados sobre um tema], apresentada por meio de um formulário online. O preenchimento deve levar cerca de 20 minutos.

Benefícios/Riscos/Responsabilidades:

A participação neste estudo não lhe oferece benefícios imediatos e/ou aparentes. De forma mais ampla, este estudo poderá aprofundar a sua própria compreensão, a nossa e a de outros e/ou da comunidade acadêmica, de forma geral, sobre como questões de gestão em saúde e segurança do paciente vem integrando a formação médica. Quanto aos riscos à sua saúde física, mental ou emocional, associados à sua participação, o pesquisador responsável avalia que são mínimos. Essa avaliação tem base na Resolução **510/16**, que regulamenta no Brasil as especificidades das pesquisas envolvendo humanos, que se utilizam de metodologias em ciências humanas e sociais, de acordo com a qual “a definição e a gradação do risco resultam da apreciação dos seus procedimentos metodológicos e do seu potencial de causar

danos maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana...”. Caso você se sinta de alguma forma prejudicado(a) por sua participação nesta pesquisa, por favor, manifeste-se ao pesquisador responsável, através do número [do/a pesquisador/a responsável] e/ou *e-mail* [do/a pesquisador/a responsável].

Por essa mesma Resolução 510/16, em seu artigo Art. 9, são seus os seguintes direitos:

- I** – ser informado sobre a pesquisa;
- II** – desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
- III** – ter sua privacidade respeitada;
- IV** – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;
- V** – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;
- VI** – ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e
- VII** – o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa”.

Custos/Reembolso:

Você não terá nenhum gasto e não receberá pagamento com a sua participação neste estudo.

Caráter Confidencial dos Registros:

Sua privacidade será assegurada no que tange a coleta e guarda dos dados. Os dados coletados não serão disponibilizados em ambientes compartilhados – apenas acessarão os membros da equipe de pesquisa. Além disso, todo o material produzido será divulgado apenas para fins acadêmicos, relacionados aos objetivos desta pesquisa. Os resultados deste estudo também poderão ser apresentados em reuniões acadêmicas, como congressos e conferências e/ou artigos de pesquisa ou de divulgação científica publicados em revistas acadêmicas ou de divulgação. A identificação dos participantes em pesquisas que se utilizam de metodologias típicas das ciências humanas e sociais (prevista na Resolução 510/16) é opcional. Pela natureza desta pesquisa, com foco em percepções/opiniões para um panorama amplo sobre o problema estudado, não há expectativas ou planejamento para exposição da identidade dos participantes. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão arquivados por pelo menos 5 (cinco) anos.

Divulgação dos Resultados e Acesso:

Todos os participantes desta pesquisa terão o direito de conhecer os resultados finais (ou parciais) do projeto. Nesta pesquisa, esse acesso é planejado após a publicação.

Participação:

Sendo um (a) convidado (a) para este estudo, sua participação é muito importante e voluntária. Dessa forma, a interrupção de sua participação pode ser também voluntária, a qualquer momento que desejar; essa interrupção também pode ser recomendada pelos membros da equipe do projeto, caso alguma conduta antiética seja identificada na condução das atividades. Se isso acontecer, tal fato será comunicado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que aprovou esta pesquisa. O CEP é um órgão de controle social e é responsável pela apreciação ética da pesquisa envolvendo humanos, emitindo pareceres, com a missão principal de proteger os

direitos e a dignidade dos participantes. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você pode contatar o CEP XXX que aprovou o protocolo para esta pesquisa.

Declaração de Consentimento:

Li as informações contidas neste documento e fui orientado a manter uma cópia digital do presente RCLE. Estou de acordo com minha participação neste estudo.

Nome do/a Participante:

Data: ___ / ___ / ____

Assinatura:

Pesquisador/a:

Data: ___ / ___ / ____

Assinatura:

APÊNDICE 2: FORMULÁRIO PRIMEIRA REVISÃO ESPECIALISTA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)
FORMULÁRIO REVISOR ESPECIALISTA
UM LEVANTAMENTO SOBRE O ENSINO DE GESTÃO EM SAÚDE
EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

Nome do revisor:

SURVEY DOCENTE:

Por gentileza, descrever a Seção, pergunta e as sugestões ou comentários:

Enumere quantas julgar necessário.

Seção:

Pergunta:

Sugestões/Comentários:

SURVEY DISCENTE:

Por gentileza, descrever a Seção, pergunta e as sugestões ou comentários:

Enumere quantas julgar necessário.

Seção:

Pergunta:

Sugestões/Comentários:

Desde já agradeço a sua atenção e disponibilidade. Com meus votos de estima e consideração,

Adriana Braga da Graça

APÊNDICE 03: MODELO FORMULÁRIO RETORNO DA PESQUISADORA PARA ESPECIALISTAS – SURVEY DISCENTE

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) INSTITUTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA LEOPOLDO DE MEIS (IBqM)</p> <p>MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E DIFUSÃO EM BIOCÊNCIAS (MP-EGED)</p>	 <p>Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis</p>	
<p align="center">FORMULÁRIO RETORNO DA REVISÃO DO INSTRUMENTO REALIZADA POR ESPECIALISTA – SURVEY DISCENTE</p>			
<p align="center">DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM CURSOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA</p>			
<p>ORIENTADORA: PROFA. DRA. SÔNIA MARIA RAMOS DE VASCONCELOS, (MP-EGED/IBqM/UFRJ)</p>			
<p>COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ R. LAPA E SILVA (UFRJ)</p>			
<p>MESTRANDA: ADRIANA BRAGA DA GRAÇA</p>			
<p>EXPERT REVIEWER (REVISOR ESPECIALISTA):</p>			
<p>SURVEY (DESCREVER SE DOCENTE OU DISCENTE)</p>	<p>Nº DA SEÇÃO</p>	<p>PERGUNTA</p>	<p>APONTAMENTOS DO ESPECIALISTA</p>

13 ANEXOS

ANEXO A: DIRETRIZ CURRICULAR NACIONAL PARA GRADUAÇÃO DE MEDICINA (2001), QUE INSTITUI AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (*)

CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto dos presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que

(*)CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

- Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na

capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

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

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

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos; exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e

VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades

sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO B: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA (2014)

ANEXO C: RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2022 - ALTERA AO ARTIGOS 6º, 12 E 23 DA RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3/2014.

**ANEXO D: RESOLUÇÃO Nº01 INSTITUI NÚCLEO DOCENTE ESTRUTURANTE
- NDE (2010)**

ANEXO E: RDC 36 - IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

ANEXO F: PORTARIA 529 QUE INSTITUI O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE E AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ANEXO G: INDICADORES ESPECÍFICOS DE MONITORAMENTO PARA AS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE PROPOSTOS NO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (BRASIL, 2013)

PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA

- Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado.
- Número de cirurgias em local errado.
- Número de cirurgias em paciente errado.
- Número de procedimentos errados.
- Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco.
- Taxa de adesão à Lista de verificação de cirurgia segura.

PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Indicador obrigatório:

- Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.
- Consumo de sabonete: monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

Indicador recomendável:

- Percentual de adesão: número de ações de higiene das mãos realizadas pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO - UPP

- Percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco para UPP na admissão.
- Percentual de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP.
- Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP.
- Percentual de UPP.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
- Número de quedas com dano.
- Número de quedas sem dano.
- Índice de quedas [(n. de eventos / n. de pacientes-dia) x 1.000]

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
- Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde

PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Taxa de erros na prescrição de medicamentos.

Fonte: Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, MS, 2013)