

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BRUNA DOS SANTOS

SIMULAÇÃO REALÍSTICA: TECNOLOGIA PARA CONSOLIDAÇÃO DE  
COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

CURITIBA

2023



BRUNA DOS SANTOS

SIMULAÇÃO REALÍSTICA: TECNOLOGIA PARA CONSOLIDAÇÃO DE  
COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Coorientadora: Dra. Tatiana Brusamarello

CURITIBA

2023

## FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Bruna dos

Simulação realística [recurso eletrônico]: tecnologia para consolidação de competências profissionais para segurança do paciente / Bruna dos Santos – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Coorientador: Profa. Dra. Tatiana Brusamarello

1. Segurança do paciente. 2. Exercício de simulação. 3. Internato e residência. 4. Corpo clínico hospitalar. 5. Educação continuada. I. Cruz, Elaine Drehmer de Almeida. II. Brusamarello, Tatiana. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.10425

# TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001018045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **BRUNA DOS SANTOS** intitulada: **SIMULAÇÃO REALÍSTICA: TECNOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE**, sob orientação da Profa. Dra. ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Abril de 2023.

Assinatura Eletrônica

27/04/2023 09:01:47.0

ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

02/05/2023 08:53:53.0

ROSANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)

Assinatura Eletrônica

26/04/2023 10:42:34.0

LETICIA PONTES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

07/05/2023 18:19:31.0

MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

25/05/2023 08:53:23.0

TATIANA BRUSAMARELLO

Coordenador(a) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HOSPITAL DE CLÍNICAS)



Av. Prof. Lothário Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 279043

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 279043

Aos meus pais, Josmar e Lourdes, por estarem sempre presentes, apoiando e me incentivando.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que sempre guiou meu caminho, minhas escolhas, e por todas as oportunidades a mim oferecidas.

Aos meus pais, meus exemplos. Ao meu irmão, Otávio, a Ana e Bernardo, por todo incentivo, amor, confiança e compreensão.

Ao Eduardo, meu namorado, pela paciência, pelo companheirismo, apoio em momentos importantes.

Aos meus amigos e amigas, em especial a Antônia e Marisa, pela amizade e que me incentivaram a sempre acreditar.

À minha orientadora, Profa. Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz, por todas as oportunidades, pelos ensinamentos, pela dedicação e atenção comigo durante o processo de formação.

À professora Dra. Tatiana Brusamarello, pelos ensinamentos, pelas oportunidades e pela confiança.

Ao PPGENF, pela oportunidade de concluir mais uma etapa da minha formação.

Aos membros avaliadores da banca, pela disponibilidade em avaliar esta dissertação.

As minhas colegas de trabalho da CRIHVALE, por me acolherem e me ajudarem nos momentos de necessidade.

*“Mar calmo não faz bom marinheiros.”*

Max Fercondini

## RESUMO

Segurança do paciente é tema transversal na assistência e no ensino em saúde. Esta pesquisa metodológica enfoca a simulação como metodologia educacional, realizada entre abril e dezembro de 2022, com objetivo de estruturar, validar, aplicar e analisar tecnologia educativa, com vistas a consolidar competências em segurança do paciente para profissionais de enfermagem e medicina em formação nos programas de residência em saúde. O percurso metodológico ocorreu em duas fases. A primeira fase compilou competências para a formação em saúde e a segurança do paciente (etapa 1). Este material foi utilizado em reunião de grupo focal com líderes e chefias de serviços associados à qualidade e educação para subsidiar a identificação de fragilidades em segurança do paciente (etapa 2). A segunda fase correspondeu ao cenário de simulação, composta por oito etapas. A partir das fragilidades, definiram-se os objetivos de aprendizagem (etapa 1) que guiaram a elaboração de compilado teórico-prático nos subtemas educacionais (etapa 2), o qual foi discutido em *workshop* com os residentes (etapa 3). O cenário foi elaborado a partir de texto narrativo, concebido em ambiente assistencial hipotético, desenvolvido em ambiente simulado (etapa 4); esse foi avaliado pelos componentes do grupo focal (etapa 5). Após treinamento e orientações, ocorreram a simulação e observação crítica da cena pelos participantes (etapas 6 e 7). A oitava etapa correspondeu ao *debriefing*, com análise do desenvolvimento dos subtemas educacionais; e análise da simulação como recurso para o desenvolvimento e a consolidação de competências em segurança do paciente. Empregou-se a técnica de análise de conteúdo dos depoimentos transcritos; as fases foram registradas descritivamente; os resultados quantitativos foram analisados a partir de números absolutos e relativos. Para a validação do cenário foram utilizados os resultados do *ranking* médio e de confiabilidade. As fases e etapas sistematizadas foram compiladas em formato de Guia. As lacunas vinculadas às competências e que perfizeram os subtemas educacionais foram relativas à comunicação, adesão aos protocolos de segurança, continuidade do cuidado e trabalho em equipe. Foram objetivos educacionais: desenvolver a comunicação entre a equipe interprofissional; entender a importância dos protocolos e da inserção do paciente no processo de cuidar; desenvolver e consolidar competências profissionais relativas à segurança do paciente. Síntese da literatura subsidiou a contextualização das lacunas, guiando a compreensão e aproximação entre a teoria e a prática, a partir da discussão de casos, revisando e agregando conhecimentos. O cenário simulado foi elaborado e validado de acordo com os objetivos educacionais, observando-se os indicadores estabelecidos; a cena se desenvolveu concomitantemente à observação, propiciando análise crítica dos participantes da pesquisa. A tecnologia de modelagem educacional foi avaliada positivamente quanto às contribuições para o aprendizado e a consolidação de competências; concorreu para simular o cotidiano assistencial e fomentar a reflexão acerca de ações preventivas ao risco para o paciente. A estratégia educacional contribuiu para vigorizar competências em segurança do paciente entre profissionais em formação, cujo método para desenvolvimento e avaliação, compilado na forma de Guia, permite a replicação do percurso metodológico, com vistas à promoção da segurança do paciente.

Palavras-chave: simulação; segurança do Paciente; internato e residência; corpo clínico hospitalar; educação permanente.

## ABSTRACT

Patient safety is a cross-cutting theme in health care and education. This methodological research focuses on simulation as an educational methodology, carried out between April and December 2022, with the objective of structuring, validating, applying and analyzing educational technology, with a view to consolidating competences in patient safety for nursing and medical professionals in training in the programs residency in health. The methodological course took place in two phases. The first phase compiled competences for training in health and patient safety (step 1). This material was used in a focus group meeting with leaders and heads of services associated with quality and education to support the identification of weaknesses in patient safety (stage 2). The second phase corresponded to the simulation scenario, consisting of eight stages. Based on weaknesses, learning objectives were defined (stage 1) that guided the elaboration of a theoretical-practical compilation on educational subthemes (stage 2), which was discussed in a workshop with residents (stage 3). The scenario was elaborated from a narrative text, conceived in a hypothetical care environment, developed in a simulated environment (step 4); this was evaluated by the components of the focus group (step 5). After training and guidance, the participants simulated and critically observed the scene (steps 6 and 7). The eighth stage corresponded to the debriefing, with analysis of the development of educational subtopics; and simulation analysis as a resource for the development and consolidation of patient safety skills. The technique of content analysis of the transcribed testimonies was used; phases were descriptively recorded; the quantitative results were analyzed from absolute and relative numbers. For the validation of the scenario, the results of the average ranking and reliability were used. The systematized phases and steps were compiled in a Guide format. The gaps linked to competences and that made up the educational subtopics were related to communication, adherence to safety protocols, continuity of care and teamwork. The educational objectives were: to develop communication between the interprofessional team; understand the importance of protocols and the insertion of the patient in the care process; develop and consolidate professional skills related to patient safety. Literature synthesis subsidized the contextualization of the gaps, guiding the understanding and approximation between theory and practice, from the discussion of cases, revising and adding knowledge. The simulated scenario was elaborated and validated according to the educational objectives, observing the established indicators; the scene developed concurrently with the observation, providing a critical analysis of the research participants. Educational modeling technology was evaluated positively in terms of contributions to learning and skills consolidation; contributed to simulate daily care and encourage reflection on preventive actions to risk for the patient. The educational strategy contributed to strengthening patient safety skills among professionals in training, whose method for development and evaluation, compiled in the form of a Guide, allows the replication of the methodological path, with a view to promoting patient safety.

Keywords: simulation; patient safety; boarding school and residence; hospital clinical staff; permanent education.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	EXPLICAÇÃO DAS TRÊS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA SEGUNDO THOMAS DURAND EM L'ALCHIMIE DE LA COMPÉTENCE.....	17
FIGURA 2 -	ESTRUTURA PARA AÇÃO: A MATRIZ 7X5 - OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. PLANO DE AÇÃO GLOBAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE 2021-2030: PARA ELIMINAR DANOS EVITÁVEIS NOS CUIDADOS DE SAÚDE. GENEBRA: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; 2021. <sup>1</sup> .....	26
FIGURA 3 -	APRESENTAÇÃO DAS MODALIDADES DA SIMULAÇÃO EM ENFERMAGEM E SUAS RESPECTIVAS CLASSIFICAÇÕES. MODALIDADES E CLASSIFICAÇÕES DA SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA. ....	28
FIGURA 4 -	FLUXOGRAMA PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2023.....	35
FIGURA 5 -	FÓRMULA PARA O CÁLCULO DE CONCORDÂNCIA DE RESPOSTAS, POR MEIO DO <i>RANKING</i> MÉDIO.....	43
FIGURA 6 -	FÓRMULA PARA O CÁLCULO DE CONFIABILIDADE DE RESPOSTAS, POR MEIO DO $\alpha$ DE CRONBACH....	44
FIGURA 7 -	NUVEM DE PALAVRAS ELABORADA A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE A SIMULAÇÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	72

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - UNIDADES DE SIGNIFICÂNCIA PARA ELABORAÇÃO DO ROTEIRO TEÓRICO-PRÁTICO DA ATIVIDADE SIMULADA. CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO TEÓRICO-PRÁTICO PARA SIMULAÇÃO CLÍNICA.....	30
QUADRO 2 - ESTRUTURA DOS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE - PRIMEIRA EDIÇÃO (2008) <i>VERSUS</i> SEGUNDA EDIÇÃO (2020).....	33
QUADRO 3 - COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS E DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	36
QUADRO 4 - ROTEIRO DE FABRI ET AL. 2017 <i>VERSUS</i> ROTEIRO ADAPTADO PARA A PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	73

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	CONVIDADOS <i>VERSUS</i> PARTICIPANTES DA PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	37
TABELA 2 -	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÊMICA DOS PARTICIPANTES DO GRUPO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	48
TABELA 3 -	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÊMICA DOS PARTICIPANTES DO GRUPO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	48
TABELA 4 -	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÊMICA DOS PARTICIPANTES DOS GRUPO 1 E 2 DA SIMULAÇÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	49
TABELA 5 -	RESIDENTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA PARTICIPANTES NO <i>WORKSHOP</i> . CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	55
TABELA 6 -	ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO CENÁRIO DE SIMULAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	56
TABELA 7 -	RESPOSTAS PARA CÁLCULO DO ALFA DE CRONBACH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	57
TABELA 8 -	AVALIAÇÃO DO <i>RANKING</i> MÉDIO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	58
TABELA 9 -	SUBTEMAS EDUCACIONAIS ABORDADOS EM CADA CENA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	60
TABELA 10 -	DESCRIÇÃO DAS CENAS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	60
TABELA 11 -	INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CENA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	61
TABELA 12 -	AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

$\alpha$	<i>Alfa</i>
CHC	Complexo Hospitalar das Clínicas
CPSI	<i>Canadian Patient Safety Institute</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
OMS	Organização Mundial da Saúde
RM	<i>Ranking Médio</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1	JUSTIFICATIVA.....	19
1.2	OBJETIVOS .....	21
1.2.1	Geral.....	21
1.2.2	Específicos .....	21
<b>2</b>	<b>REVISÃO TEÓRICA .....</b>	<b>22</b>
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	22
2.2	SIMULAÇÃO CLÍNICA E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	27
2.3	COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E COMPETÊNCIAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE .....	31
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
3.1	TIPO DE PESQUISA E LOCAL .....	34
3.2	PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA E PARTICIPANTES.....	34
3.3	ELABORAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA EDUCACIONAL.....	37
3.3.1	Fase 1 – Lacunas em segurança do paciente e subtemas educacionais...37	
3.3.1.1	Etapa 1 – Competências profissionais e em segurança do paciente e objetivos e estratégicos .....	38
3.3.1.2	Etapa 2 – Grupo focal.....	38
3.3.2	Fase 2 – Estruturação, validação e avaliação do cenário educacional.....	39
3.3.2.1	Etapa 1 – Objetivo da aprendizagem.....	39
3.3.2.2	Etapa 2 – Fundamentação teórica.....	40
3.3.2.3	Etapa 3 – Conhecimento dos profissionais em formação .....	40
3.3.2.4	Etapa 4 – Elaboração do cenário de simulação .....	41
3.3.2.5	Etapa 5 – Avaliação, ajustes e validação do cenário de simulação.....	42
3.3.2.6	Etapa 6 – Treinamento dos atores e orientação aos observadores.....	44
3.3.2.7	Etapa 7 – Desenvolvimento da simulação e observação crítica .....	44
3.3.2.8	Etapa 8 – <i>Debriefing</i> .....	45
3.4	REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS .....	46
3.4.1	Registro e análise crítica das fases .....	46

3.4.2	Proposição de estratégia educacional para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente	46
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	47
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>48</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	48
4.2	FASE 1 – IDENTIFICAÇÃO DAS LACUNAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE E DEFINIÇÃO DE SUBTEMAS EDUCACIONAL	50
4.2.1	Competências profissionais e em segurança do paciente e objetivos estratégicos	50
4.2.2	Grupo focal: comunicação como fragilidade para segurança do paciente	51
4.3	FASE 2 – ESTRUTURAÇÃO DO CENÁRIO DE SIMULAÇÃO	53
4.3.1	Objetivos da aprendizagem	54
4.3.2	Fundamentação teórica	54
4.3.3	Conhecimento do aprendiz	55
4.3.4	Avaliação, ajustes e validação do cenário de simulação	56
4.3.5	Cenário de simulação	59
4.3.6	Treinamento dos atores e orientação aos observadores	60
4.3.7	Desenvolvimento da cena e observação crítica	61
4.3.8	<i>Debriefing</i>	61
4.3.8.1	<i>Debriefing</i> da simulação	61
4.3.8.1.1	Comunicação efetiva como desafio a ser alcançado	62
4.3.8.1.2	Competências profissionais relativas à segurança do paciente	65
4.3.8.2	<i>Debriefing</i> da aprendizagem	67
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>73</b>
5.1	CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DO CENÁRIO	73
5.2	SIMULAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE	76
5.3	A SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA	80
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>82</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - LÍDERES</b>	<b>93</b>

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – APRENDIZES .....	96
APÊNDICE 3 – APRESENTAÇÃO AO GRUPO FOCAL .....	99
APÊNDICE 4 – MATERIAL DE APOIO AO GRUPO FOCAL .....	103
APÊNDICE 5 – MATERIAL DE APOIO PARA <i>WORKSHOP</i> .....	107
APÊNDICE 6 – CASOS PARA <i>WORKSHOP</i> .....	112
APÊNDICE 7 – <i>CHECKLIST</i> PARA MONTAGEM DO CENÁRIO .....	115
APÊNDICE 8 – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO CENÁRIO .....	116
APÊNDICE 9 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO CENÁRIO.....	117
APÊNDICE 10 – ROTEIRO DA SIMULAÇÃO .....	118
APÊNDICE 11 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CENA .....	123
APÊNDICE 12 – ROTEIRO PARA O <i>DEBRIEFING</i> .....	127
APÊNDICE 13 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO, PÓS-SIMULAÇÃO .....	128
APÊNDICE 14 – GUIA PARA MODELAGEM DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL .....	129
ANEXO 1 – PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA .....	175

## 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados para promoção e recuperação da saúde compõem o acervo cultural da humanidade e a busca pelo aprimoramento contribuiu para o estabelecimento dos hospitais e a profissionalização da assistência. Por outro lado, os riscos associados, em especial aos serviços hospitalares, foram e continuam a ser progressivamente evidenciados e enfrentados. Neste sentido, várias são as estratégias empregadas para promoção do cuidado de qualidade, cuja qualificação profissional para segurança assistencial é foco deste estudo.

Contemporaneamente, o relatório *To err is human: building a safer health system* (errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) consiste em marco histórico no combate ao risco assistencial. Este documento foi publicado em 2000 pelo *Institute of Medicine*, da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, e denunciou a ocorrência de elevado número de mortes causadas por erros médicos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

Um ano depois dessa divulgação, foi publicado, no Reino Unido, o relatório *An organization with a memory* (uma organização com memória), com denúncia semelhante (DONALDSON, 2002). Ambos os documentos alertaram o mundo para um problema antigo, mas que ganhou notoriedade no contexto da qualidade assistencial na atualidade: a segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Em face das evidências acerca do risco à saúde, decorrente do cuidado profissional, em outubro de 2004, foi lançada importante iniciativa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): a Aliança Mundial de Segurança do Paciente, com objetivo de promover a segurança, diminuir os riscos e prevenir eventos adversos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004), demandando e incentivando a criação de políticas públicas em âmbito mundial. No Brasil, com intuito de garantir a qualidade da assistência prestada, foram publicadas resoluções e portarias que certificam a promoção de ações de segurança no território nacional (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Em continuidade às políticas de incentivo à segurança assistencial, a Organização Mundial de Saúde, recentemente, publicou as metas para 2021-2030. Este conjunto possui sete objetivos, cada um composto por cinco estratégias, cuja finalidade é reduzir danos evitáveis. Neste contexto, e em acordo com o presente

estudo, o quinto objetivo tem relação direta com a educação dos profissionais de saúde. Esta visa ofertar cuidado seguro, a partir do desenvolvimento de estratégias que favoreçam a educação e assegurem competências profissionais fundamentais à assistência segura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Anteriormente à meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde e relativa à educação, o Comitê Consultivo de Educação e Desenvolvimento Profissional, do *Canadian Patient Safety Institute*, havia identificado fragilidades na educação em saúde, com foco na segurança do paciente. Estudo que culminou no desenvolvimento de uma estrutura de competências, publicada em 2009 e atualizada em 2020 (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2008; 2020). Esta apresenta roteiro, visando incluir o tema segurança do paciente no currículo e na formação dos profissionais, e destaca como importantes desafios o déficit na formação profissional e o distanciamento entre ensino e prática, em diferentes cursos da área da saúde (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2020).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2013, apresenta como um dos objetivos específicos a incorporação da segurança do paciente na formação profissional, no nível técnico, superior e na pós-graduação (BRASIL, 2013).

Inserir o ensino em segurança do paciente na formação profissional beneficia o desenvolvimento do currículo, a qualificação do serviço e o aprimoramento de competências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Segundo Fleury e Fleury (2001, p. 188), competência é definida como:

Um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.

Logo, entende-se como competência a capacidade do indivíduo para mobilizar, percorrer e aplicar, de forma interligada, o conhecimento, a habilidade e a atitude. Deste modo, competência se traduz em saber como, saber o que é, saber por que fazer (DURAND, 1998), como representado na Figura 1.

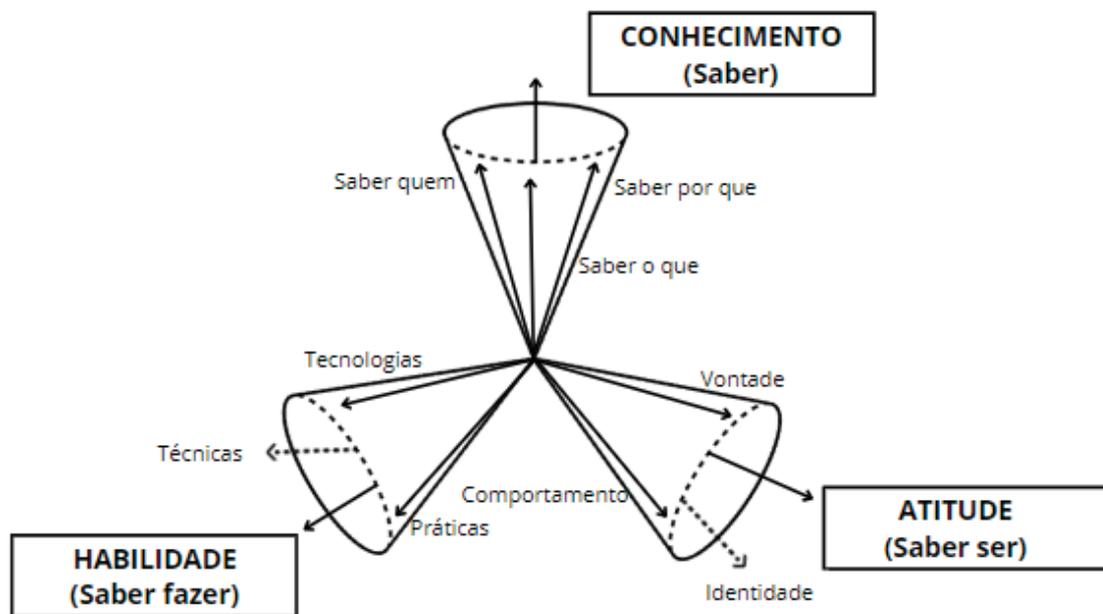
Para Chiavenato (2022, p. 42), habilidade é saber fazer e significa:

(...) utilizar e aplicar o conhecimento, seja para resolver problemas ou situações ou criar e inovar. Em outras palavras, habilidade é a transformação do conhecimento em resultado.

Santos (2001, p.27) avança no conceito e apresenta outras características para a competência:

Competência não é apenas conhecimento e habilidades para a realização do trabalho (saber fazer), mas também atitudes, valores e características pessoais vinculados ao bom desempenho no trabalho (querer fazer).

FIGURA 1 – EXPLICAÇÃO DAS TRÊS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA SEGUNDO THOMAS DURAND EM L'ALCHIMIE DE LA COMPÉTENCE.



FONTE: Durand (2000, p. 281), traduzido pela autora (2023).

A formação profissional em saúde visa, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, o desenvolvimento de competências e habilidades na formação dos discentes (BRASIL, 2001). Em consonância à profissionalização em saúde, o Guia Curricular de Segurança do Paciente, da OMS, orienta a inclusão de tópicos de aprendizagem na grade curricular, de forma gradual ou integral. A inclusão objetiva a oportunizar o desenvolvimento de competências relacionadas à segurança e qualificação do futuro profissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Com este foco, a estrutura de competências do *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) tem o intuito de integrar, atualizar e acelerar a inclusão do tema aos currículos das instituições de ensino (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2020).

Evidencia-se, portanto, que a segurança do paciente está integrada à formação e à assistência prestada por profissionais da saúde, sendo indispensável, obrigatória e ininterrupta durante a prestação do cuidado. Deste modo, o aprendizado deve se iniciar durante a formação acadêmica e tornar-se contínuo no exercício profissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), incluindo o desenvolvimento de competências e habilidades, assim como o conhecimento de novos conceitos e ações de prevenção de agravos decorrentes do cuidado em saúde.

Assim, consideram-se fundamentais à formação, a contemporaneidade, o valor atribuído à qualidade, a segurança nas atividades profissionais e o reconhecimento do risco assistencial, uma vez que crescentes danos causados por cuidado indevido são alarmantes, há emergência na qualificação dos estudantes e dos profissionais, com intuito de garantir a segurança dos processos de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Importante estratégia para atingir este almejado objetivo é a integração entre teoria e prática, por meio de ferramentas que auxiliam o desenvolvimento e a capacitação profissional (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2020). Portanto, vem ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de medicina e enfermagem, as quais ressaltam e sugerem a utilização de ambientes simulados (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2014).

Simulação significa imitar, fingir, fazer crer, apresentar ou reproduzir (QUILICI et. al, 2012). Como estratégia de ensino e aprendizagem, esta consiste em uma técnica que replica situações da prática em saúde de maneira fidedigna, em ambiente semelhante ao real (GABA, 2004). A aplicação da simulação, como metodologia de ensino, possibilita o desenvolvimento de habilidades, conceitos e conhecimento, facilitando a aprendizagem e potencializando a qualidade do ensino na educação superior e na prática profissional (SILVA et al., 2020).

Ao ser considerado um método eficaz e oportuno na construção do conhecimento, a simulação estimula o interesse do indivíduo pelo estudo, possibilitando praticar o aprendizado em ambiente seguro. A técnica concede a oportunidade de discutir sobre a conduta tomada na prática simulada, e repeti-la em ambiente protegido (ROHRS et al., 2017). Tanto no curso de enfermagem, como no de medicina, a simulação foi utilizada como recurso metodológico em situações distintas, para o desenvolvimento de habilidades do cotidiano profissional e, em

ambos os cenários, foi comprovada a eficácia (BELLAGUARDA et al., 2020; FIGUEIROA; PONTES; BELIAN, 2020).

Porém, o uso da simulação não se restringe ao ambiente acadêmico ou formativo, sendo aplicável na prática de profissionais, com vistas ao desenvolvimento de habilidades e competências, assim como para preencher lacunas no conhecimento adquirido na formação, corrigir e atualizar conceitos. Ao se considerar o ambiente assistencial em saúde e a execução de ações multiprofissionais, que sofrem interferência entre si, a simulação também oportuniza o desenvolvimento de competências interprofissionais em segurança do paciente. Esta consiste no aprendizado conjunto entre duas ou mais profissões, possibilitando colaboração e melhorias nos resultados em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Segundo Paulo Freire (2017, p.47), “saber não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.” A utilização da simulação como tecnologia educacional permite a aplicação e replicação desse cenário para profissionais de enfermagem e medicina em formação nos programas de residência em saúde e a profissionais experientes, no aprendizado de novas práticas e/ou consolidações das já existentes. Desta forma, Freire (2007, p. 20) entende que “toda prática educativa tem como objetivo ir além de onde se está”.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Estratégias para o desenvolvimento de competências, direcionadas à prestação de assistência segura e de qualidade são necessárias no processo de formação e capacitação profissional e continuamente na prática em saúde. Aplicar estratégia de educação com uso de simulação, a partir da identificação de fragilidades, permite análise e discussão crítica, de forma individual e coletiva, e potencialmente contribui para segurança do paciente.

Considera-se a segurança do paciente como tema transversal e que, reconhecidamente, necessita ser desenvolvido nas profissões de saúde frente ao cuidado multiprofissional. A abordagem curricular específica e direcionada à segurança do paciente, relativamente recente, e sua importância para qualificação do cuidado, juntamente às diretrizes e políticas internacionais para o

desenvolvimento, são pilares que justificam a exaustiva exploração deste tema na pesquisa.

Desse modo, a construção do conhecimento relacionado à segurança do paciente possibilita o desenvolvimento de ações que minimizem erros na assistência à saúde. Desta forma, a utilização de um cenário, com atores, roteiro estruturado contendo texto narrativo, oportuniza o profissional a participar e observar, em ambiente seguro, a simulação do cotidiano com condições intencionais indutoras do aprendizado. Situações que, eventualmente, passam despercebidas na dinâmica profissional ou acadêmica, mas que impactam diretamente no cuidado prestado e no aprendizado.

Inserir o profissional iniciante como responsável pela análise de uma cena trivial, em ambiente assistencial simulado e com roteiro de avaliação que direcione para aspectos brevemente contemplados na formação, contribui para o desenvolvimento de competências, a reflexão e o aprimoramento da prática. Deste modo, a estruturação de um cenário adaptável para aplicação de metodologia de ensino com simulação potencialmente oportuniza o desenvolvimento cognitivo e prático do aprendiz. Assim como a reflexão crítica e construtiva sobre a prática profissional, individual e interprofissional, tornando-o protagonista do próprio aprendizado, exemplo e multiplicador do cuidado seguro.

Consideraram-se, no cenário desta pesquisa, os profissionais em formação dos programas de residência em enfermagem e medicina. Pois, embora esses tenham finalizado a graduação, ainda não possuem experiência prática consolidada, estando em período de aprendizagem formal, teórica e prática. Deste modo, o período da residência constitui oportunidade para o aprimoramento das práticas assistenciais, aliada à continuidade do desenvolvimento de habilidades e competências, especialmente direcionadas à determinada especialidade em saúde. Neste contexto, incluem-se na pesquisa subtemas da segurança do paciente, identificados pelos líderes hospitalares.

Nesta perspectiva, a questão norteadora da pesquisa foi: quais aspectos utilizar para desenvolver uma tecnologia educacional para consolidação de competências em segurança do paciente para profissionais de enfermagem e medicina em formação nos programas de residência em saúde?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Geral

Desenvolver uma modelagem tecnológica educacional adaptável para consolidação de competências em segurança do paciente para profissionais de enfermagem e medicina em formação nos programas de residência em saúde.

### 1.2.2 Específicos

Identificar lacunas relacionadas às competências profissionais em segurança do paciente;

Elaborar e estruturar um cenário simulado, com base nas lacunas identificadas, para consolidação de competências profissionais em segurança do paciente;

Avaliar e validar o cenário simulado;

Aplicar e testar a tecnologia educacional para consolidação de competências profissionais em segurança do paciente;

Descrever a aplicação da tecnologia educacional;

Produzir um guia para aplicação da tecnologia educacional.

## 2 REVISÃO TEÓRICA

### 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é definida pela OMS como “a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um nível mínimo aceitável” (BRASIL, 2013c). São estabelecidos, como mínimo aceitável, o contexto para a prestação do cuidado, o recurso, o conhecimento e o risco de realizar, ou não, e o tratamento (BRASIL, 2014a). Este tema central constitui desafio global, e visível é a crescente preocupação das organizações com estratégias para melhoria da qualidade do serviço prestado (SILVA et al., 2016). Portanto, a segurança do paciente consiste em um dos componentes que define a qualidade assistencial.

Elaboradas pela OMS, em conjunto com a *Joint Commission International* (JCI), as metas internacionais para a segurança do paciente ressaltaram as áreas que necessitam de maior atenção. São estas a correta identificação dos pacientes; a comunicação efetiva; a segurança de medicamentos de alta vigilância; as cirurgias seguras; a redução do risco de infecções, quedas e lesões por pressão (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2017).

A identificação correta do paciente, que é a primeira meta, tem como objetivo garantir que a assistência seja prestada com segurança ao indivíduo para a qual se destina. Para realizar a identificação do paciente, recomenda-se a utilização de dois identificadores, nome completo, número do prontuário, data de nascimento, ou nome completo e nome da mãe. Padronizou-se o uso de pulseira branca que, de acordo com o protocolo institucional, pode ser colocado em membro superior ou inferior, conforme idade ou disponibilidade de local para uso. Contudo, tem-se a necessidade de envolver o paciente/familiar/acompanhante/cuidador no processo do cuidado e, desta forma, confirmar os dados padronizados antes de realizar a assistência (BRASIL, 2013d).

Com a finalidade de garantir comunicação eficaz, tem-se, na segunda meta, alguns fatores, como dialeto e regionalidade que podem interferir negativamente na comunicação entre emissor e receptor da informação. A utilização da técnica de *read back* é uma maneira de garantir a assertividade no processo e consiste em confirmar a informação antes de realizar a ação (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2017).

A promoção de práticas seguras, para utilização e administração de medicamentos em geral e de alta vigilância, é a finalidade da terceira meta. Há inúmeros medicamentos comerciais que possuem aparência e nome semelhantes, sendo relevante que estabelecimentos de saúde criem estratégias para minimizar a ocorrência de erros (BRASIL, 2013e).

A quarta meta, cirurgia segura, visa segurança durante a realização de procedimentos. Uma estratégia utilizada é a aplicação de lista de verificação, que serve de guia de certificação, confirmando e revisando as etapas e informações relacionadas ao procedimento (BRASIL, 2013f), garantindo assertividade nas etapas fundamentais à segurança cirúrgica.

A redução dos riscos de infecção associada a cuidados de saúde é a quinta meta, e tem o propósito de controlar e reduzir infecções. A exemplo, fácil acesso aos produtos para higienização das mãos auxilia para que essa prática aconteça nos cinco momentos elementares, de forma simples e fácil (BRASIL, 2013g), adoção de precauções e isolamento.

A sexta meta, reduzir os riscos de danos aos pacientes resultantes de queda e lesão por pressão, tem a finalidade de minimizar os riscos e identificar os pacientes com fatores predisponentes, por meio de triagem inicial e contínua, considerando as características de saúde individual e as condições do ambiente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2017).

No Brasil, tem-se 2013 como o marco para o estabelecimento de protocolos de segurança nacionais, com intuito de reduzir a ocorrência de eventos adversos e incidentes, promovendo a qualidade do cuidado prestado (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b), em consonância com as metas internacionais.

A implantação de programas e atividades que viabilizem o cuidado seguro tem incentivado os profissionais e, principalmente, o enfermeiro, a fortalecer a segurança durante a prática profissional, visando atingir as metas. Contudo, a ocorrência de danos relacionados à assistência prestada é comum no âmbito da saúde, porém, em unidades hospitalares, a ameaça é maior, devido à complexidade da assistência prestada (PANATTIERI et al., 2019).

Segundo o MS do Brasil, evento adverso é o incidente que resulta em dano ao paciente, manifestando-se como um dano; “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou

psicológico” (BRASIL, 2013h, p.1). A participação dos profissionais de saúde é imprescindível na identificação e notificação desses, porém o déficit de conhecimento e o receio de punições, aliados à baixa aceitação de medidas básicas, são fatores complicantes (SILVA et al., 2016). Focar na aprendizagem e no lugar da punição, incentiva a prevenção e redução de incidentes ou eventos (ATANÁZIO et al., 2019).

Ao planejar a assistência em saúde, considera-se o fato de ser prestada por sujeito suscetível a cometer erros; evidencia-se a relevância de organizar o serviço, criando barreiras para impedir a ocorrência de erros (BRASIL, 2014b). Neste sentido, o Programa Nacional de Segurança do Paciente foi desenvolvido com a finalidade de incentivar ações para promoção de ações preventivas, envolvendo o paciente no tratamento, difundindo o conhecimento sobre o tema e apoiando implantação de Núcleos de Segurança (BRASIL, 2013). Essas são instâncias para garantia das normas, assegurando boas práticas de saúde, gestão de risco e aperfeiçoamento dos recursos, por meio de tecnologias e divulgação da cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2013h).

O conjunto de ações que viabiliza o engajamento em promover a segurança, compreendendo que o intuito é melhorar a assistência prestada e aprender com as falhas, define a cultura de segurança do paciente. Assim, entende-se que a ocorrência de erros é inerente ao processo, no entanto, o comprometimento dos gestores e um sistema de notificação de incidentes favorecem a identificação e compreensão dos fatos, para planejar ações preventivas e corretivas (SOARES et al., 2019).

De forma associativa e com vistas a avançar neste enfrentamento, os objetivos estratégicos elencados pela OMS para 2021-2031 orientam as atividades a serem desenvolvidas para alcançar a mesma finalidade em diferentes instituições, agregando aos padrões já desenvolvidos anteriormente, capacitando e não limitando-o. Esses objetivos estratégicos, a seguir listados, servem de norteadores das ações:

- 1 – Promover políticas para eliminar danos evitáveis no cuidado em saúde, tendo por princípio zero dano ao paciente. Embora seja uma meta ousada, representa intolerância frente aos dados, pois são inaceitáveis.

- 2 – Desenvolver organizações e sistemas de saúde que certifiquem a qualidade do cuidado, perfazendo qualidades e diretrizes para atingir alta

confiabilidade. Neste aspecto, considera-se necessário aprimorar a cultura de segurança do paciente, visando engajar os profissionais.

3 – Assegurar os processos de cuidado, frente ao expressivo número de procedimentos realizados diariamente nas instituições de saúde, e com diferentes níveis de complexidade.

4 – Envolver a família e o paciente no cuidado prestado, tornando-os protagonistas no processo.

5 – Estimular, qualificar, proteger e educar os profissionais de saúde, colaborando no desenvolvimento de um ambiente e na prestação de cuidados seguros.

6 – Informar, pesquisar e gerenciar os riscos, com vistas a assegurar melhorias.

7 – Cooperar com diferentes parceiros, visando melhoria da qualidade e segurança do cuidado prestado.

Os governos, as instalações, os serviços e as secretarias de saúde devem estar envolvidos ativamente na implementação e no desenvolvimento do plano de melhorias. Sabe-se da diversidade entre todos os países do mundo e, diante disso, o plano foi desenvolvido para que as estratégias traçadas possam ser implantadas em diferentes contextos assistenciais, colocando a segurança do paciente como um assunto para discussão e conhecimento global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O quinto objetivo estratégico estabelecido pela OMS está alinhado à qualificação e capacitação do profissional em vários aspectos, incluindo habilidades não técnicas, como a comunicação e a escuta realizada para e com o paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Considera-se que experimentar e questionar oportuniza entendimento amplo no processo de aprendizagem de cada indivíduo, mesmo que ocorra de forma distinta para cada pessoa. Espaços ricos em possibilidades que facilitam a prática constante e favorecem a aprendizagem profunda (MORAN; BACICH, 2018) acerca de distintos temas.

Conhecer as lacunas da assistência prestada dentro da instituição colabora para identificação dos riscos e permite a prevenção de incidentes. Para tanto, capacitar o profissional que presta o cuidado contribui para o conhecimento e a qualidade assistencial (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018). Desta forma, a qualidade do cuidado prestado requer competência e conhecimento, aproveitando

as novas tecnologias para o desenvolvimento dos estudantes e profissional da saúde (MARTINS et al., 2012). Pois, acredita-se que treinamento e educação frequente geram refinamento da prática. Pois, estas impactam na transformação da cultura, na evolução da gestão de risco, na qualidade assistencial e nos profissionais, que sofrem modificações que se refletem de forma positiva na segurança do paciente (GABA, 2004).

As 35 ações propostas estão divididas entre os sete objetivos acima, formando uma matriz de 7x5 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021), representados na Figura 2 e descritos a seguir.

FIGURA 2 - ESTRUTURA PARA AÇÃO: A MATRIZ 7X5 - OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. PLANO DE AÇÃO GLOBAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE 2021-2030: PARA ELIMINAR DANOS EVITÁVEIS NOS CUIDADOS DE SAÚDE. GENEBRA: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; 2021.<sup>1</sup>

1		Políticas para eliminar danos evitáveis nos cuidados de saúde	1.1 Estrutura para política de segurança do paciente, estratégia e implementação	1.2 Mobilização e alocação de recurso	1.3 Medidas legislativas de proteção	1.4 Padrões de segurança, regulamento e credenciamento	1.5 Dia Mundial de Segurança do Paciente e os Desafios Globais de Segurança do Paciente
2		Organizações de alta confiabilidade	2.1 Cultura de transparência, abertura e de não culpabilização	2.2 Boa governança para o sistema de saúde	2.3 Capacidade de liderança para funções clínicas e gerenciais	2.4 Resiliência/ Superação do Sistema de Saúde quanto ao fatores humanos	2.5 Segurança do paciente em emergências e situações/locais de adversidade extrema
3		Segurança dos processos clínicos	3.1 Segurança de procedimentos clínicos sujeitos a risco	3.2 Desafio global de segurança do paciente: Medicação sem dano	3.3 Controle e prevenção de infecção e resistência antimicrobiana	3.4 Segurança de dispositivos médicos, medicamentos, sangue e vacinas	3.5 Segurança do paciente na atenção primária e nas transições pelos níveis de atenção à saúde
4		Envolvimento do paciente e da família	4.1 Desenvolvimento de políticas e programas em conjunto com o paciente	4.2 Aprendizagem a partir da experiência do paciente para melhoria da segurança	4.3 Defensores do paciente e campeões de segurança do paciente	4.4 Divulgação do incidente de segurança do paciente para vítimas	4.5 Informação e educação para pacientes e familiares
5		Formação, habilidades e segurança dos profissionais de saúde	5.1 Segurança do paciente no treinamento e educação profissional	5.2 Centros de excelência para educação e treinamento em segurança do paciente	5.3 Competências de segurança do paciente como requisitos regulamentares	5.4 Ligando paciente segurança com sistema de avaliação de trabalhadores de saúde	5.5 Ambiente de trabalho seguro para profissionais de saúde
6		Informação, pesquisa e gestão de risco	6.1 Relatórios de incidentes de segurança do paciente e sistemas de aprendizagem	6.2 Sistemas de informação para segurança do paciente	6.3 Sistemas de vigilância para segurança do paciente	6.4 Programas de pesquisa sobre segurança do paciente	6.5 Tecnologia digital para segurança do paciente
7		Sinergia, parceria e solidariedade	7.1 Envolvimento das partes interessadas	7.2 Entendimento conjunto e compromisso compartilhado	7.3 Redes de segurança do paciente e colaboração	7.4 Iniciativas multissetoriais e cruzamento geográfico para segurança do paciente	7.5 Alinhamento com programas técnicos e iniciativas

FONTE: World Health Organization (2021).

LEGENDA: <sup>1</sup>Livre tradução.

## 2.2 SIMULAÇÃO CLÍNICA E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Segundo Pazin Filho e Scarpelini (2007), a simulação é uma estratégia para educação, com a reprodução total ou parcial de uma situação, atividade ou ação em modelo artificial, considerada uma metodologia de ensino que oportuniza o desenvolvimento e a atuação do indivíduo, em ambiente com acontecimentos semelhantes à realidade (INACSL, 2016).

Para Gaba (2004), a simulação pode ser aplicada em diferentes contextos assistenciais, e é categorizada em 11 dimensões. Estas refletem a aplicação por meio da classificação, de forma pontual ou gradativa sem intervalos, ou seja, dentro de uma mesma dimensão, pode-se abordar apenas um ou vários aspectos:

Dimensão 1- Finalidade e objetivos da simulação.

Dimensão 2- Quantidade de participantes na simulação.

Dimensão 3- Nível de experiência dos participantes da simulação.

Dimensão 4- Especialidade da saúde em que a simulação é aplicada.

Dimensão 5- Disciplina de cuidados de saúde das pessoas que participam da simulação.

Dimensão 6- Conhecimentos, habilidades, atitudes ou comportamentos abordados na simulação.

Dimensão 7- Idade do paciente a ser simulado.

Dimensão 8- Tecnologia aplicada ou necessária para a simulação.

Dimensão 9- Local de participação da simulação.

Dimensão 10- Tipo de participação na simulação (direta ou indireta).

Dimensão 11- Método de *feedback* utilizado na simulação.

Cada dimensão apresenta combinações exclusivas, devido a isso, algumas destas podem se repetir ou ser consideradas pouco importantes. A simulação não substitui a prática, ainda que considerada a assistência ao paciente uma atividade de alto risco, a simulação possibilita que atividades consideradas complexas, incomuns e perigosas sejam realizadas em ambiente adequado (GABA, 2004).

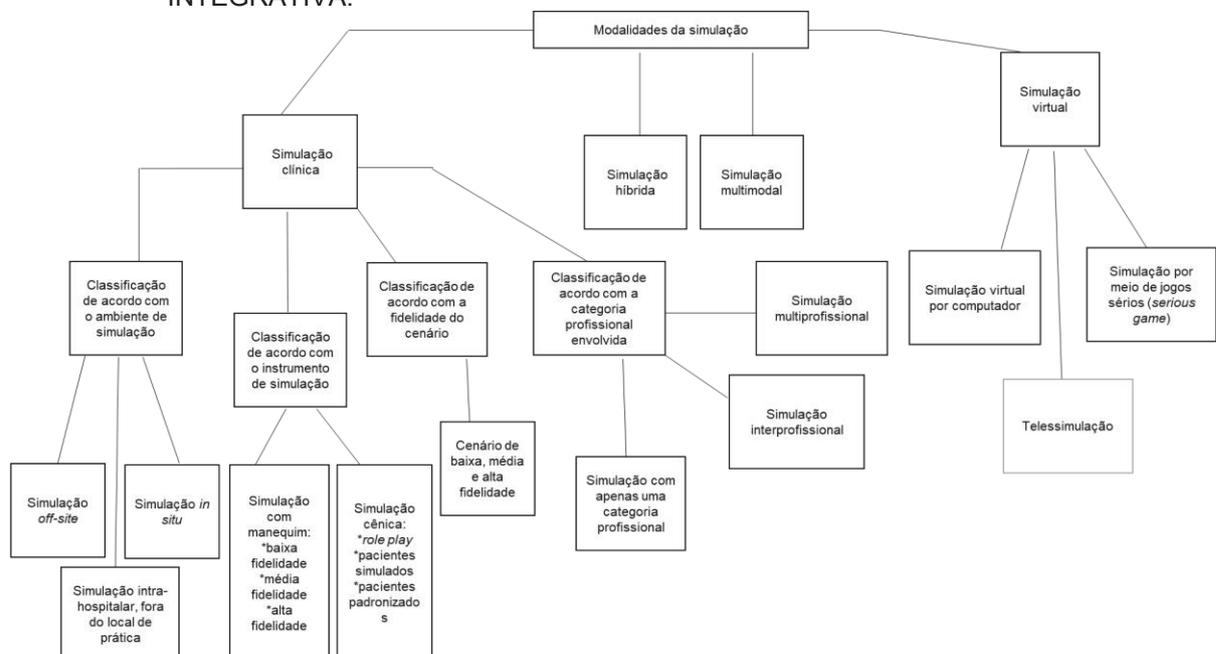
Contudo, a experiência baseada em simulação permite o aperfeiçoamento de conhecimentos, habilidades e/ou atitudes, em diferentes espaços estruturados, com temas diversos, os quais contribuem para o ensino, a prática e a pesquisa. Deste modo, a simulação pode ser empregada de acordo com a necessidade

evidenciada (INACSL, 2016), preparando ou qualificando o aprendiz para a prática profissional.

Nesse sentido, o cenário estabelece o contexto para aplicação da simulação, podendo variar em tempo, complexidade (INACSL, 2016) e objetivo de aprendizagem. Existem diferentes contextos em saúde, em que a simulação pode ser aplicada, permitindo que o indivíduo seja guiado, durante o aprendizado, de forma participativa (GABA, 2004).

Segundo *Jeffries* (2016), a simulação pode ser realizada de diversas formas, como virtualmente, com a utilização de computadores, e por meio da dramatização, com o uso de pacientes humanos, pacientes padronizados ou manequins. Esta consiste em simulação clínica e oportuniza a integração da teoria e prática, em ambiente que simula a realidade, oferecendo a repetição, o *feedback*, a avaliação e a reflexão (BLAND; TOPPING; WOOD, 2011) do conteúdo e da simulação como instrumento de aprendizado. Pereira e colaboradores (2021) também classificam a simulação em modalidade clínica e virtual, como apresentadas na Figura 3.

FIGURA 3 – APRESENTAÇÃO DAS MODALIDADES DA SIMULAÇÃO EM ENFERMAGEM E SUAS RESPECTIVAS CLASSIFICAÇÕES. MODALIDADES E CLASSIFICAÇÕES DA SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA.



FONTE: Pereira et al. (2021).

Para garantir a efetividade da simulação, é necessário que os objetivos estejam alinhados, o que define o recurso a ser utilizado, simuladores ou *Roll Play*

(MARTINS et al., 2012). Os simuladores ou manequins assemelham-se, parcial ou totalmente, a um indivíduo (COREN-SP, 2020), podendo ser classificados entre baixa, média e alta fidelidade (MARTINS et al., 2012). Estes devem ser utilizados baseando-se no que se deseja alcançar e nas especificidades intrínsecas de cada cenário, uma vez que se determina a classificação do simulador, de acordo com a complexidade a ser abordada. O *Roll Play* ocorre quando atores interpretam uma situação cotidiana (MARTINS et al., 2012) e é considerada modalidade de simulação clínica (PEREIRA et al., 2021).

Segundo Martins e colaboradores (2012), o cenário possibilita a vivência de uma situação e o aprimoramento de conhecimento, habilidade e atitudes específicas. Assim, os cenários de simulação em saúde devem conter etapas para aplicação, e essas devem estar interligadas e inter-relacionadas (KANEKO; LOPES, 2019). Ao ser concebida como ferramenta que colabora para retenção do conhecimento, a simulação deve ser planejada com ponderação e todas as etapas devem acontecer tendo como base um referencial teórico adequado (DOMINGUES et al., 2021). Neste sentido, a Teoria da Simulação de *Jeffries* orienta a utilização da simulação como metodologia de ensino para desenvolver a enfermagem para a prática (JEFFRIES, 2016).

Conforme Ortega e colaboradores (2022), a simulação foi aplicada a residentes de medicina para avaliar o treinamento em terapia intensiva, e constatou-se que apenas metade das atuações apresentaram o resultado esperado. Porém, a simulação se mostrou válida, confiável e viável como estratégia para avaliação de competências.

Fabri e colaboradores (2017) elaboraram roteiro teórico-prático dividido em três unidades de significância, com componentes dos cenários: prévio, preparo e componentes finais; e cada unidade de significância foi composta por subunidades de significância e contextuais das entrevistas.

No roteiro teórico-prático, os pesquisadores esclarecem objetivos definidos e apontam desfechos previstos, colaborando para o desenvolvimento de uma atividade de ensino e aprendizagem simulada de forma estimulante, inovadora e que favoreça o processo de educação (FABRI et al., 2017). Desta forma, o roteiro orienta elaboração, construção e aplicação do cenário de simulação, descrevendo, de forma detalhada, os componentes e esclarecendo o que e como funciona cada elemento, conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1 – UNIDADES DE SIGNIFICÂNCIA PARA ELABORAÇÃO DO ROTEIRO TEÓRICO-PRÁTICO DA ATIVIDADE SIMULADA. CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO TEÓRICO-PRÁTICO PARA SIMULAÇÃO CLÍNICA.

<b>Unidades de significância dos componentes prévios ao cenário de simulação</b>
Conhecimento prévio do aprendiz
Objetivo da aprendizagem
Fundamentação teórica
Preparo do cenário
Desenvolvimento do cenário
<i>Debriefing</i>
Avaliação

FONTE: Fabri et al. (2017).

Ao empregar a simulação como metodologia de ensino a estudantes de enfermagem, possibilitam-se o processo da aprendizagem e a promoção da autoconfiança (NASCIMENTO; MAGRO, 2018).

Em pesquisa realizada com residentes médicos sobre manejo de vias aéreas, não se observaram resultados relevantes em relação à técnica, no entanto, os participantes relataram apresentar maior habilidade prática e conhecimento teórico (LILOT et al., 2019).

Segundo Quilici et al. (2012, p.14):

O profissional que, em seu processo formativo, conta com a metodologia de simulação potencializa a fidedignidade, a seguridade e a excelência de sua atuação, apresentando-se no mercado como um profissional mais bem preparado e capacitado para sua função.

A aproximação entre alunos de diferentes profissões durante a formação contribui para que esses aprendam uns com os outros, valorizando e respeitando o trabalho exercido pela outra classe profissional, antes mesmo de ingressar a grupos profissionais específicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), impactando, de forma direta, na qualidade da assistência prestada ao paciente, ampliando e contribuindo com todo o sistema (QUILICI et al., 2012).

De acordo com pesquisadores, inserir a simulação durante a formação profissional da residência favoreceu o desenvolvimento e as habilidades técnicas no campo da cardiologia, resultando no desenvolvimento da aprendizagem e das competências relacionadas à temática abordada (LEE et al., 2022).

Nesse sentido, também a educação interprofissional possibilita a articulação entre dois ou mais cursos da área da saúde, em que esses aprendem em grupo, de

maneira mútua, com objetivo de qualificar a assistência ao usuário e a saúde em prol de um coletivo (BRASIL, 2018). Para Flato e Guimarães (2011), o ambiente simulado contribui para construção de cuidado seguro e melhoria da assistência prestada pela equipe de trabalho. Ao se considerar a educação interprofissional em saúde, é importante observar que muitas competências profissionais para a segurança do paciente são comuns. Deste modo, ao se empregar a simulação clínica como instrumento para o aprendizado, é importante conhecer e reuni-las no cenário de simulação.

### 2.3 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E COMPETÊNCIAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE

A Lei No. 10.172, de 9 de janeiro de 2001, aprovou o Plano Nacional de Educação e possui, dentre os objetivos, elevar o nível de escolaridade da população e melhorar a qualidade de ensino. As Diretrizes Curriculares Nacionais devem garantir a “[...] flexibilidade e diversidade nos programas de estudos oferecidos pelas diferentes instituições de educação superior” (BRASIL, 2001b, p.2).

As Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecem orientações para as instituições superiores, no intuito de nortear a grade curricular dos cursos de graduação para formação profissional dos discentes de saúde. Neste contexto, as competências e habilidades gerais ou comuns entre os cursos são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente, devendo essas atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase para o Sistema Único de Saúde e são fundamentais para o desenvolvimento profissional e pessoal do indivíduo, de forma contínua durante a formação (BRASIL, 2001a).

Por outro lado, mas de modo complementar à formação, o Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS (2011) determina conceitos e temas a serem inseridos na grade curricular. Neste, são delineados 11 tópicos que podem ser incorporados aos currículos, conforme demanda institucional, sendo eles:

Conceito de segurança do paciente.

Importância do emprego de fatores humanos para segurança do paciente.

Compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente.

Atuação eficaz em equipe.

Aprendizado com erros.

Compreensão e gerenciamento do risco clínico.

Uso de métodos de melhoria da qualidade do cuidado.

Envolvimento de pacientes e cuidadores.

Prevenção e controle de infecções.

Segurança do paciente e procedimentos invasivos.

Melhoria na segurança no uso de medicação.

Os tópicos orientam a formação profissional e os currículos educacionais, com habilidades, comportamentos e conhecimento essenciais para formação, inseridos como atividades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Frente à identificação de importante pesquisa nos currículos dos cursos de graduação em saúde, o CPSI identificou fragilidades no ensino sobre o tema segurança do paciente, com abordagem superficial ou ausente.

Nesse sentido, importante iniciativa foi a criação de uma estrutura de competências de segurança, a qual determina conceitos e temas a serem inseridos na grade curricular. Assim, foram descritas, pelo CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (2008), as competências, e organizadas em seis domínios. No entanto, com intuito de manter a estrutura e os domínios atualizados e significativos para os docentes e as instituições de ensino, a estrutura de competências em segurança do paciente foi atualizada (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2020), cujas versões estão apresentadas no Quadro 2.

Inseridos nos domínios, estão os tópicos de aprendizagem com as atividades listadas e categorizadas, de acordo com o nível de responsabilidades; e inclusas as atividades, de acordo com habilidade, comportamento e conhecimento (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2008).

O Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS - Edição Multiprofissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) - adota os domínios estabelecidos pelo CPSI, e tem como objetivo desenvolver, dentro da área da saúde, a segurança do paciente na formação profissional, expondo os conteúdos a serem abordados e instruindo como ensinar e avaliar os tópicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

QUADRO 2 – ESTRUTURA DOS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE. PRIMEIRA EDIÇÃO (2008) *VERSUS* SEGUNDA EDIÇÃO (2020).

DOMÍNIOS	2008	2020
1	Contribuir para a cultura de segurança do paciente	Cultura de segurança do paciente
2	Trabalhar em equipe pela segurança do paciente	Trabalho em equipe
3	Comunicar-se de forma eficaz para a segurança do paciente	Comunicação
4	Gerenciar os riscos de segurança	Segurança, risco e melhoria da qualidade
5	Otimizar fatores humanos e ambientais	Otimizar fatores humanos e do sistema
6	Reconhecer, responder e revelar eventos adversos	Reconhecer, responder e divulgar incidentes de segurança do paciente

Fonte: Canadian Patient Safety Institute (2008; 2020).

Educar os profissionais sobre segurança do paciente permite que esses pratiquem assistência segura e de qualidade (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2020). Ao analisar a educação sobre segurança do paciente e o controle de infecção no curso de enfermagem, observou-se que o tema é escassamente abordado pelos docentes e encontrado de forma superficial no currículo, ainda que seguindo o proposto pelo guia curricular (BOEIRA et al., 2019). No currículo do curso de medicina, a abordagem sobre o tema foi considerada inadequada, evidenciando-se a necessidade de inserir, efetivamente, a temática na formação acadêmica (ALSHAHRI et al., 2021). Esses resultados de pesquisa mostram que muito trabalho deve ser feito, muito além da simples inclusão curricular.

Notou-se em outro estudo que a introdução do tema no currículo das universidades ocorreu não como tópico específico, mas de forma agregada às demais atividades. Esta estratégia possibilitou ao aluno do curso de enfermagem o contato com o tema desde o primeiro período da graduação. No entanto, não se observou consenso sobre o que é abordado e a metodologia utilizada em cada período. Ao apoiar-se no Guia da OMS, observou-se que nem todos os conteúdos elencados são abordados durante a formação (BOHOMOL, 2019).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA E LOCAL

Trata-se de estudo metodológico, cujo objetivo geral foi estruturar, validar, aplicar e analisar tecnologia educacional, com vistas a consolidar competências em segurança do paciente para profissionais de enfermagem e medicina em formação nos programas de residência em saúde. A pesquisa metodológica contribui para o desenvolvimento, a validação e a avaliação de ferramentas ou estratégia metodológicas (POLIT; BECK, 2019). A análise qualitativa dos dados ocorreu de acordo com a análise de conteúdo de Minayo (2012).

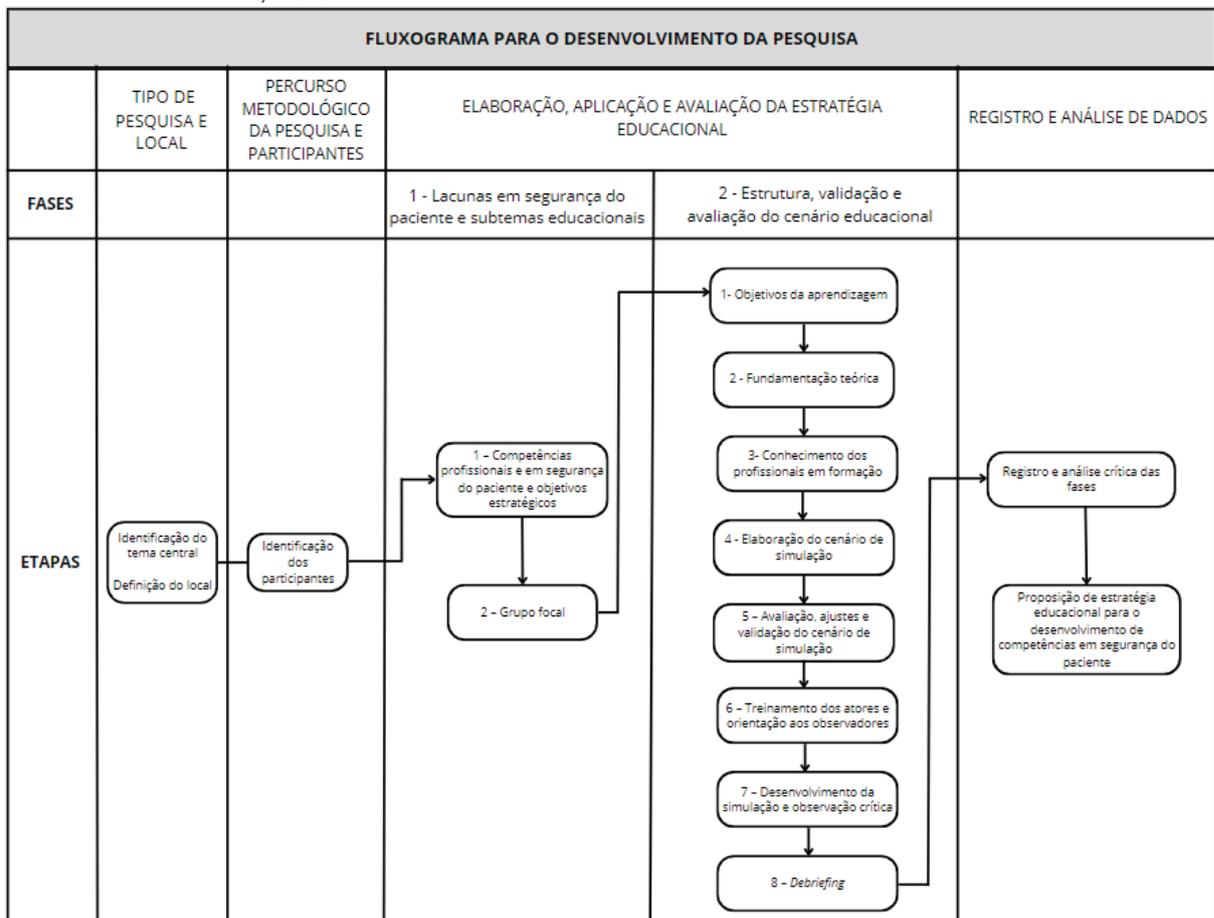
A pesquisa foi realizada no Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR/Ebserh), caracterizado como hospital de ensino que atende a pacientes pelo Sistema Único de Saúde de Curitiba, da região metropolitana da capital paranaense, e à demanda de outros estados. Esta instituição é considerada um hospital terciário e faz parte da rede Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) que gerencia hospitais públicos federais. Ademais, oferece estrutura tecnológica para atendimento de casos de alta complexidade (EBSERH, 2021).

O CHC-UFPR/Ebserh é campo de prática clínica para cursos da área da saúde nos diferentes níveis de formação, incluindo programas de Residência Médica e Multiprofissional. Os programas de residência constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização, e tem como princípio a intensa atividade prática clínica e o treinamento em serviço, representando o mínimo de 80% da carga horária do profissional em formação. O Programa de Residência Multiprofissional tem 10 anos de constituição e oferta vagas para as áreas de Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Serviço Social, Farmácia, Farmácia bioquímica e Terapia Ocupacional. O programa de Residência Médica iniciou no CHC no ano de 1955 e, atualmente, é composto por 53 especialidades (EBSERH, 2021).

#### 3.2 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA E PARTICIPANTES

O percurso metodológico está apresentado em quatro estágios, compostos por etapas e fases. Para melhor compreensão do passo a passo, faz-se necessário explicar que os estágios representam o percurso metodológico da pesquisa, as etapas correspondem aos propósitos, e as fases, às estratégias empregadas para atingir o objetivo geral (FIGURA 4). O planejamento do percurso foi estabelecido em cronograma ajustável, de acordo com a dinâmica de elaboração e desenvolvimento do estudo.

FIGURA 4 - FLUXOGRAMA PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.



FONTE: A autora (2023).

Previamente ao desenvolvimento da estratégia educacional, definiu-se como tema central 'Segurança do paciente', e como participantes, os profissionais enfermeiros e médicos em formação nos programas de residência em saúde do CHC-UFPR/Ebserh para testar e avaliar a estratégia elaborada. Foram participantes adjacentes líderes e/ou chefia dos serviços associados à educação e qualidade da

assistência, para identificação dos subtemas a serem abordados na estratégia educacional.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão dos participantes adjacentes do estudo: ser ocupante de cargos de liderança e/ou chefia de serviços associados à educação e/ou à qualidade, indicados pela gestão. Esses corresponderam aos participantes que compuseram o Grupo 1. Não se estabeleceram critérios de exclusão.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão dos participantes do estudo: ser enfermeiro ou médico, regularmente matriculado no primeiro ou segundo ano de residência em enfermagem ou de medicina em clínica médica, com idade igual ou superior a 18 anos. Esses corresponderam aos participantes que compuseram o Grupo 2. Os componentes de ambos os grupos foram selecionados a partir da técnica de amostragem por conveniência, que é a elegibilidade de participantes disponíveis (POLIT; BECK, 2019). A participação dos componentes dos grupos ocorreu em fases e etapas distintas da pesquisa, conforme apresentado no Quadro 3. Não se aplicaram critérios de exclusão de participantes.

QUADRO 3 - COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS E DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

<b>Participantes</b>	<b>Fases e Etapas de participação</b>
Grupo 1- liderança e/ou chefia de serviços associados à educação e qualidade	Fase 1 - Etapa 2 Fase 2 - Etapa 5, 6, 7 e 8
Grupo 2- profissionais enfermeiros e médicos em formação nos programas de residência em saúde	Fase 2 - Etapas 3, 6,7 e 8

FONTE: A autora (2023).

Em posse do endereço eletrônico dos profissionais do Grupo 1, fornecido pela gestão correspondente, foi enviada carta-convite para a participação na fase 1, etapa 2. Previamente às demais etapas de participação, foi enviado respectivo convite via endereço eletrônico.

Para o convite à composição do Grupo 2, após contato prévio com a Comissão dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, foi remetida a carta-convite direcionada aos residentes de enfermagem dos Programas de Saúde da Criança e Adolescente, Saúde da Mulher, Cardiologia, Urgência e Emergência, Oncologia e Hematologia e de medicina em Clínica Médica. O envio se deu via aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para

smartphones, pela referida Comissão. Nas etapas subsequentes, o convite foi enviado pela pesquisadora, exclusivamente aos enfermeiros e médicos em formação que participaram da fase 2, etapa 3 da pesquisa.

Do grupo 1, convidaram-se seis líderes e/ou chefia dos serviços associados à educação e à qualidade. Participaram cinco líderes e/ou chefia da fase 1, etapa 2; na fase 2, etapa 5, participaram quatro líderes e/ou chefia, e na fase 2, etapas 6, 7 e 8, participaram dois líderes e/ou chefia.

Do grupo 2, convidaram-se 103 profissionais enfermeiros e médicos em formação nos programas de residência de primeiro e segundo ano. Participaram 15 profissionais na fase 2, etapa 3, e 12, na fase 2, etapas 6, 7 e 8 (TABELA 1).

TABELA 1 - CONVIDADOS *VERSUS* PARTICIPANTES DA PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Etapas do estudo / Composição dos grupos		Grupo 1	Grupo 2
<b>Convidados para participar da pesquisa</b>		6	103
<b>Participantes da Fase 1</b>	Etapa 2	5	-
	Etapa 3	-	15
<b>Participantes da Fase 2</b>	Etapa 5	5	-
	Etapas 6, 7 e 8	2	12

FONTE: A autora (2023).

Os participantes de ambos os grupos responderam ao instrumento para caracterização socioeconômica, profissional e acadêmica (APÊNDICE 8), leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES 1 e 2).

Na discussão dos resultados, nos dados apresentados pelo Grupo 1, os participantes foram identificados como Líder, e, no Grupo 2, como Aprendiz, e numerados de acordo com a ordem cronológica de participação.

### 3.3 ELABORAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA EDUCACIONAL

#### 3.3.1 Fase 1 – Lacunas em segurança do paciente e subtemas educacionais

Esta fase contemplou a identificação das competências profissionais e em segurança do paciente e os correspondentes objetivos estratégicos; seguida da

contextualização com a realidade do CHC-UFPR/Ebserh para estabelecer os subtemas educacionais a serem abordados na fase 2.

#### 3.3.1.1 Etapa 1 – Competências profissionais e em segurança do paciente e objetivos estratégicos

As competências gerais para formação profissional foram reunidas a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem e Medicina (BRASIL, 2001a). As competências para segurança do paciente foram elencadas de acordo com as propostas do Instituto Canadense de Segurança do Paciente (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2008; 2020); e os objetivos estratégicos corresponderam aos apresentados nas metas da OMS para o período 2021-2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Esse compilado de conteúdo formou o material de apoio elaborado pela pesquisadora, o qual foi utilizado para fomentar a discussão na fase 1, etapa 2 (grupo focal).

#### 3.3.1.2 Etapa 2 – Grupo focal

Grupo focal é conceituado como discussão, na qual o pesquisador esteja ativamente atento e encoraje as interações entre os participantes do grupo (BARBOUR; KITZINGER, 1999).

O objetivo do grupo focal nesta pesquisa foi a contextualização do tema central 'Segurança do paciente' no cenário assistencial do CHC-UFPR/Ebserh, a relação deste com o processo formativo de médicos e enfermeiros aprendizes, e identificação das principais lacunas a esses relacionados. O registro do encontro e participações ocorreu por gravação, com anuência e formalização dos participantes. As principais lacunas em segurança do paciente identificadas correspondem aos subtemas de aprendizagem definidos para estruturação do cenário de simulação direcionadas aos profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina a ser desenvolvida.

O grupo focal ocorreu presencialmente em data e hora determinado, conforme convite enviado previamente via endereço eletrônico aos integrantes do Grupo 1, liderança e/ou chefia de serviços associados à educação e à qualidade. O

encontro teve duração de, aproximadamente, 50 minutos, sendo coordenado e conduzido pela pesquisadora.

Participaram cinco entre os seis líderes convidados, representando os setores Vigilância em Saúde, Setor de Gestão do Ensino, Gerenciamento de Atividades de Extensão, Coordenação do Eixo Profissional de Enfermagem e Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional. A coordenadora da residência de medicina; que iria participar online, não conseguiu conexão, com isso firmou-se o compromisso de envio do relatório do grupo focal para posterior ciência e participação.

Após autoapresentação dos participantes da reunião, o material compilado (APÊNDICE 4) na etapa 1 desta fase, foi entregue aos participantes do grupo focal. Com isso, realizou-se breve apresentação (APÊNDICE 3) dos objetivos da pesquisa, fases, etapas e aspectos éticos, e, sequencialmente, utilizou-se da pergunta norteadora: qual tema relacionado à segurança do paciente deve ser priorizado no cenário de simulação, considerando as competências dos aprendizes?

### 3.3.2 Fase 2 – Estruturação, validação e avaliação do cenário educacional.

Para estruturação do cenário, utilizou-se como norteador o roteiro de simulação técnico-prático de Fabri e colaboradores (2017), o qual foi adaptado para esta pesquisa, sendo assim, compreendendo oito etapas, a seguir, listadas e descritas.

- Etapa 1 – Objetivos da aprendizagem;
- Etapa 2 – Fundamentação teórica;
- Etapa 3 – Conhecimento do profissional em formação;
- Etapa 4 – Elaboração do cenário de simulação;
- Etapa 5 – Avaliação, ajustes e validação do cenário de simulação;
- Etapa 6 – Treinamento dos atores e orientação aos observadores;
- Etapa 7 – Desenvolvimento da simulação e observação;
- Etapa 8 – *Debriefing*.

#### 3.3.2.1 Etapa 1 – Objetivo da aprendizagem

A partir dos subtemas de aprendizagem, estabelecidos pelo grupo focal, definiram-se os objetivos da aprendizagem.

### 3.3.2.2 Etapa 2 – Fundamentação teórica

A fundamentação teórica teve por objetivo subsidiar a contextualização do tema central e subtemas de aprendizagem, previamente ao desenvolvimento do cenário (FABRI et al., 2017).

A construção ocorreu a partir da definição dos objetivos da aprendizagem. Prepararam-se um conteúdo teórico e dois casos que simulavam a prática profissional e incluíam os subtemas de aprendizagem. O compilado teve o intuito de aproximar a teoria e a prática, em especial, a abordagem de conceitos e as lacunas na qualidade assistencial. O conteúdo teórico e os estudos de caso resultaram em material de apoio aos profissionais em formação (Grupo 2), na etapa 3 da pesquisa.

### 3.3.2.3 Etapa 3 – Conhecimento dos profissionais em formação

Para operacionalização desta etapa, estruturou e se desenvolveu *workshop* com a participação do Grupo 2. Este teve o intuito de garantir que os participantes tivessem contato com os subtemas educacionais, definidos no grupo focal, objetivando compreensão e memorização, revisando e agregando novos conhecimentos (FABRI et al., 2017).

O *workshop* ocorreu em data e horário estabelecidos previamente, sendo enviado convite via endereço eletrônico. Com objetivo de atender à disponibilidade de tempo dos participantes, programaram-se dois encontros, com duração aproximada de uma hora, conduzido pelas pesquisadoras, para o desenvolvimento sequencial das seguintes atividades:

- Apresentação da pesquisa e da dinâmica do *workshop*, aos participantes;
- Leitura individual do material teórico de apoio;
- Roda de conversa estimulada para contextualização do conteúdo teórico à prática acadêmica e profissional;
- Leitura e discussão, em duplas, dos estudos de caso;

- Roda de conversa estimulada para contextualização do conteúdo teórico com os estudos de caso, fatores de risco e preventivos à segurança do paciente, e relação com a prática acadêmica e profissional;

Os registros dos encontros se deram em gravações de áudio, com anuência e formalização pelos participantes.

#### 3.3.2.4 Etapa 4 – Elaboração do cenário de simulação

Previamente, elegeu-se o Centro de Simulação do Curso de Medicina da UFPR, anexo ao CHC-UFPR/Ebserh, para o desenvolvimento da simulação. Para o desenvolvimento do cenário para esta pesquisa, consideraram-se os subtemas e os objetivos de aprendizagem estabelecidos. Este foi composto por texto narrativo acerca de um contexto assistencial hipotético. Inclui o ambiente assistencial, o paciente, os profissionais de saúde e respectivos procedimentos assistenciais prestados, no local previamente definido. O conteúdo contemplou, intencionalmente, os seguintes preceitos:

- Lacunas em segurança do paciente identificadas na reunião de grupo focal;
- Subtemas educacionais;
- Objetivos do aprendizado;
- Inclusão de pontos críticos, adequados e inadequados, em relação aos preceitos de segurança do paciente e objetivos do aprendizado;
- Proximidade com as contextualizações decorrentes do grupo focal e *workshops* acerca do tema central, subtemas educacionais;
- Similaridade com o ambiente assistencial, rotinas e protocolos do campo de pesquisa;
- Factibilidade da cena ser desenvolvida no período de até 10 minutos;
- Disponibilidade de equipamentos, materiais e ambiente físico para o desenvolvimento da cena, entendida como a representação do cenário de simulação pelos atores, no ambiente físico previamente definido.

Para execução do cenário de simulação, desenvolveram-se, previamente, ações adaptadas das propostas por Fabri e colaboradores (2017):

- Estabelecimento da complexidade do cenário (contexto, finalidade e resultados esperados);

- Listagem dos pontos críticos do cenário em relação à segurança do paciente;
- Definição do número e da caracterização dos atores para o desenvolvimento da cena, papel a ser desempenhado, estratégia de captação e plano de orientação;
- Orientação aos atores para o desenvolvimento da cena em relação às ações, falas (entonação) e expressão corporal;
- Definição do número e da caracterização dos observadores, e plano de orientação;
- Orientação aos observadores quanto às atribuições;
- Elaboração dos instrumentos de apoio (*checklist* dos materiais e equipamentos utilizados para o desenvolvimento da cena, roteiro estruturado da cena, formulário para identificação dos atores e observadores, roteiro para observação e avaliação da cena);
- Definição dos recursos físicos (materiais e equipamentos, ambientação para o desenvolvimento da cena).

### 3.3.2.5 Etapa 5 – Avaliação, ajustes e validação do cenário de simulação

Com vistas à melhor adequação possível do cenário de simulação aos subtemas e aos objetivos de aprendizagem, foram enviados o texto narrativo e o instrumento de avaliação do cenário aos participantes do Grupo 1, via endereço eletrônico, em formato de formulário na plataforma *Google Forms*® (APÊNDICES 8 E 9). Solicitou-se devolução em até 15 dias.

Esse material foi novamente entregue aos participantes por ocasião da avaliação do cenário *in loco*. Em dia definido e horário, de acordo com a disponibilidade dos avaliadores, o local de desenvolvimento da cena foi apresentado, com disponibilização de tempo para esclarecimentos quanto ao texto narrativo e ao desenvolvimento da simulação, em relação às lacunas identificadas pelo grupo focal.

Os itens do instrumento de avaliação do cenário têm escore de julgamento em escala: (1) “Discordo Totalmente”, (2) “Discordo”, (3) “Indiferente”, (4) “Concordo” e (5) “Concordo Totalmente”. Os resultados foram analisados quantitativamente, por meio da soma das frequências das respostas, multiplicada pelo respectivo escore, e

divididos pela soma das frequências de cada resposta, utilizando-se da média ponderada das frequências (FIGURA 5). E, para mensurar o grau de concordância dos participantes sobre as respostas apresentadas, adotou-se o *ranking* médio avaliado em uma escala de 5, em que se considera valores <3 menor concordância, =3 indiferentes, neutro ou sem opinião e, >3 maior concordância (OLIVEIRA, 2005).

FIGURA 5 - FÓRMULA PARA O CÁLCULO DE CONCORDÂNCIA DE RESPOSTAS, POR MEIO DO RANKING MÉDIO.

<p>Média Ponderada (<b>MP</b>) = <math>\sum (fi \cdot Vi)</math></p> <p>Ranking Médio (<b>RM</b>) = <math>MP / (NS)</math></p> <p><b>fi</b> = frequência observada de cada resposta para cada item</p> <p><b>Vi</b> = valor de cada resposta</p> <p><b>NS</b> = nº de sujeitos</p> <p>F = frequência de cada resposta</p> <p>p = fator de ponderação (1; 2; 3; 4, ou 5)</p>
---

FONTE: Oliveira (2005).

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi empregado nesta pesquisa com a finalidade de avaliar se o conteúdo abordado no cenário, pois atende ao construto pretendido (POLIT; BECK, 2019). Para o cálculo, realizou-se a somatória de cada item do instrumento que apresentou as respostas “4” e “5” (concordo e concordo totalmente), a soma foi dividida pelo número total de respostas, sendo definido como válido, se resultado igual ou superior a 0,80 (GRANT; DAVIS, 1997).

A confiabilidade dos resultados foi avaliada por meio do teste alfa de Cronbach ( $\alpha$  de Cronbach), que corresponde à correlação entre as respostas frente às opções escalonadas, por meio da escala de *Likert*. A confiabilidade foi medida (FIGURA 6) e os resultados analisados em escala, com correspondência: > 0,90 – excelente; 0,81 a 0,90 – bom; 0,71 a 0,80 – aceitável; 0,61 a 0,70 – questionável; 0,51 a 0,60 – pobre e de 0,41 a 0,50 – inaceitável. A meta estabelecida foi confiabilidade mínima de 0,80, representando satisfatória consistência interna (LANDIS; KOCH, 1977).

FIGURA 6 - FÓRMULA PARA O CÁLCULO DE CONFIABILIDADE DE RESPOSTAS, POR MEIO DO A DE CRONBACH.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_{\text{total}}^2} \right) \quad s^2 = \frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n}$$

FONTE: Cronbach (1951).

Considerou-se o cenário válido quando, após avaliação do Grupo 1, o cenário atingiu a meta estabelecida no RM, IVC e alfa de Cronbach.

### 3.3.2.6 Etapa 6 – Treinamento dos atores e orientação aos observadores

O treinamento dos atores e a orientação aos observadores ocorreu no dia do desenvolvimento da simulação, prévio ao início, em ambientes separados. Assim, no dia do desenvolvimento da simulação, solicitaram-se, entre os participantes do Grupo 2, quatro voluntários para atuarem como atores.

O treinamento dos atores ocorreu na sala do desenvolvimento da simulação. Disponibilizou-lhes o roteiro da simulação, sendo definido o papel de cada ator, e instruiu-lhes que cada um destacasse no texto as cenas de participação e respectivas falas. Os atores, inicialmente, realizaram a leitura individual do roteiro da simulação, descrição do caso e texto narrativo, seguido de esclarecimentos. Na sequência, as cenas foram revisadas, concomitantemente à demonstração para o posicionamento físico dos atores no ambiente, falas e entonação de voz. Ao final, disponibilizou-se tempo para o esclarecimento de dúvidas.

A orientação aos observadores acerca da simulação ocorreu em sala anexa. A esses foi entregue um formulário de identificação e avaliação da simulação (APÊNDICE 11). Após a leitura individual do instrumento, disponibilizou-se tempo para preenchimento e esclarecimento de dúvidas.

### 3.3.2.7 Etapa 7 – Desenvolvimento da simulação e observação crítica

O desenvolvimento da simulação ocorreu no mesmo dia do treinamento dos atores e orientação aos observadores, e *debriefing*, contou com a atuação de quatro atores participantes do Grupo 2. A observação crítica da simulação ocorreu concomitantemente ao desenvolvimento, e foi realizada pelos profissionais em treinamento, líderes e/ou chefias e acompanhada pelas pesquisadoras.

Ao término, os participantes foram reunidos em sala anexa, nesse momento, foram entregues aos atores o formulário de identificação e o instrumento de observação da simulação, que já havia sido disponibilizado aos observadores. Nesse momento, os atores e observadores realizaram o preenchimento do instrumento de observação da simulação e do formulário de identificação, se necessário.

#### 3.3.2.8 Etapa 8 – *Debriefing*

Esta etapa ocorreu em sala anexa ao ambiente simulado, com a presença dos participantes do desenvolvimento da simulação, no mesmo dia, e, sequencialmente, as etapas 6 e 7 tiveram duração de, aproximadamente, 60 minutos. O *debriefing* ocorreu em formato de roda de conversa, conduzida pelas pesquisadoras, com estímulo à discussão do processo vivenciado pelos participantes, nas diferentes etapas da pesquisa, tendo como foco a promoção da segurança do paciente e a utilização da simulação como estratégia educacional. O decorrer deste processo foi gravado com autorização dos participantes, transcritos os depoimentos para posterior análise.

O *debriefing* foi composto de dois momentos: análise da observação da simulação em relação aos subtemas educacionais; e análise da simulação, como recurso educacional para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente.

O objetivo do primeiro momento foi aproximar os preceitos teóricos da assistência segura às competências profissionais, e identificar potencialidades e lacunas da simulação, com vistas a sedimentar o conhecimento e atingir os objetivos de aprendizagem estabelecidos. A discussão sobre a observação da simulação foi norteada pelo instrumento de avaliação e as pesquisadoras estimularam a reflexão acerca das competências profissionais e similaridades das cenas com a prática assistencial no hospital, assim como com a prática assistencial em ambiente seguro.

No segundo momento, com intuito de analisar a estratégia como recurso educacional, os participantes foram convidados a resumir em uma palavra o que a simulação representou para eles, e a preencher um segundo instrumento de avaliação da simulação como estratégia educacional (APÊNDICE 13).

### 3.4 REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

#### 3.4.1 Registro e análise crítica das fases

O registro dos resultados do grupo focal, *workshops* e *debriefing* se deram descritivamente, a partir da transcrição dos áudios, da tabulação e análise dos resultados dos instrumentos de avaliação. As falas dos participantes foram reproduzidas, identificadas com líder e aprendiz, em ordem cronológica; os recortes foram utilizados na análise crítica dos resultados. Etapa que teve como base a técnica de análise de conteúdo que, segundo Minayo (2012), contribui para obter respostas e confirmar, ou não, as hipóteses estabelecidas previamente. Partindo-se do tema central deste estudo, utilizaram-se dos recortes de depoimentos, direcionando-os às unidades de contexto que corresponderam às circunstâncias relacionadas ao tema central e às lacunas em segurança do paciente.

Os resultados quantitativos relativos ao número e características dos participantes e das avaliações foram registrados em planilha do programa *Microsoft Excel@* e analisados a partir de números absolutos e relativos. Para avaliação do cenário, utilizaram-se dos resultados do *ranking* médio e de confiabilidade, de acordo com os parâmetros mínimos previamente estabelecidos.

#### 3.4.2 Proposição de estratégia educacional para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente

As fases e etapas que compuseram o desenvolvimento da pesquisa foram organizadas em formato de guia. Este compilado visou sintetizar as ações desenvolvidas, de modo a tornar a tecnologia de modelagem educacional replicável e adaptável para diferentes ambientes assistenciais e gerenciais em saúde (APÊNDICE 14).

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CHC-UFPR/Ebserh, conforme nº 53250221.6.0000.0096 (ANEXO 1).

A realização desta pesquisa respeitou os preceitos éticos, de acordo com a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Teve-se cuidado para que o tema principal e subtemas abordados fossem sensíveis para a instituição, levantando e discutindo as fragilidades observadas.

Os participantes desta pesquisa foram organizados em dois grupos: o Grupo 1, que correspondeu aos participantes adjacentes, e o Grupo 2 que abrangeu o público-alvo. A participação foi voluntária e consentida, formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCICES 2 e 3), de acordo com o grupo de atuação.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Incluíram-se 20 participantes na pesquisa, cinco componentes do Grupo 1, com líderes e chefias dos serviços de segurança e qualidade, e 15 do Grupo 2, profissionais em treinamento no programa de residência em saúde. Os resultados estão apresentados de acordo com as fases e etapas percorridas para o desenvolvimento da pesquisa.

Durante o desenvolvimento, na última fase, três líderes e dois residentes não compareceram por incompatibilidade de agenda. A Tabela 2 apresenta a caracterização dos participantes do Grupo 1.

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÊMICA DOS PARTICIPANTES DO GRUPO 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Variáveis sociodemográfica	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	3	60
Masculino	2	40
<b>Idade em anos</b>		
30 - 40	2	40
41 - 50	2	40
51 - 60	1	20
<b>Graduação</b>		
Enfermagem	4	80
Psicologia	1	20
<b>Pós-Graduação</b>		
Doutor	3	60
Mestre	1	20
Especialista	1	20

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 3 apresenta a caracterização do Grupo 2, na fase 2, etapa 3 (*workshop*).

TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÊMICA DOS PARTICIPANTES DO GRUPO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Variáveis sociodemográfica	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	12	80
Masculino	3	20
<b>Idade em anos</b>		
18 - 30	11	73,33
31 - 50	1	6,66

(continua)

TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÊMICA DOS PARTICIPANTES DO GRUPO 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Não informado	3	(conclusão) 20
<b>Graduação</b>		
Enfermagem	13	86,66
Medicina	2	13,33
<b>Ano da residência</b>		
Primeiro ano	5	33,33
Segundo ano	7	46,66
Não informado	3	20

FONTE: A autora (2023).

O Tabela 4 apresenta a caracterização dos participantes dos Grupos 1 e 2, que participaram da fase 2, etapas 6, 7 e 8 (simulação).

TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÊMICA DOS PARTICIPANTES DOS GRUPO 1 E 2 DA SIMULAÇÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Variáveis sociodemográfica	N	%
<b>Participantes</b>		
Líderes e coordenadores	2	14,29
Residentes de enfermagem	12	85,71
Residentes de medicina	-	-
<b>Formação</b>		
Enfermagem	13	92,86
Psicologia	1	7,14
<b>Tempo de formação em anos</b>		
< 1	2	14,29
1	2	14,29
1 ano e 9 meses	1	7,14
2	6	42,86
> 2	1	7,14
15	1	7,14
30	1	7,14
<b>Contato com o tema</b>		
Não	-	-
Sim	14	100
<b>Participou de outras simulações</b>		
Não	2	14,29
Sim	12	85,71
<b>Quantas?</b>		
Não participou de simulações	2	14,2

TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÊMICA DOS PARTICIPANTES DOS GRUPO 1 E 2 DA SIMULAÇÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

		(conclusão)
1 a 2 simulações	9	64,2
>2 simulações	2	14,2
Não informado	1	7,14

FONTE: A autora (2023).

## 4.2 FASE 1 – IDENTIFICAÇÃO DAS LACUNAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE E DEFINIÇÃO DE SUBTEMAS EDUCACIONAL

### 4.2.1 Competências profissionais e em segurança do paciente e objetivos estratégicos

O material de apoio foi elaborado contendo compilado de informações relacionadas ao tema principal, segurança do paciente. As competências profissionais apresentadas no material foram retiradas das DCN dos cursos de enfermagem e medicina, sendo priorizadas as comuns a ambos: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, educação permanente, administração e gerenciamento.

As competências relacionadas à segurança do paciente foram associadas aos tópicos necessários a serem inclusos nos currículos que favorecem o desenvolvimento durante a formação de conhecimento, habilidade e atitudes. E as competências profissionais estabelecidas pelo CPSI (2020) foram organizadas em domínios. As metas para 2021-2030, com sete objetivos estratégicos, foram elencadas a partir das vulnerabilidades a serem trabalhadas.

Com isso, o compilado das competências profissionais presentes nas DCN dos cursos de enfermagem e medicina, os tópicos orientadores que favorecem as competências relacionadas à segurança do paciente, associados as metas 2021-2010 (APÊNDICE 4) foi usado na reunião de grupo focal. Este reúne as competências gerais, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de enfermagem e medicina, as competências para segurança do paciente propostas pelo Instituto Canadense de Segurança do Paciente, e as metas da Organização Mundial da Saúde 2021-2030.

#### 4.2.2 Grupo focal: comunicação como fragilidade para segurança do paciente

O grupo focal foi realizado com os participantes do Grupo1, para o qual foi apresentado e estimulada a discussão sobre o tema, com base no material disponibilizado fisicamente e apresentado verbalmente. No decorrer da atividade, os integrantes do grupo foram identificando as principais fragilidades sobre o tema segurança do paciente a ser enfrentada, por meio da estratégia educacional.

Por fim, o consenso do Grupo 1 foi que o tema comunicação deveria ser abordado no desenvolvimento da estratégia educacional da simulação, pois permeia outros subtemas, como continuidade do cuidado, cumprimento de normas e protocolos, cuidado interprofissional, trabalho em equipe e envolvimento do paciente no tratamento.

De acordo com os participantes, o tema segurança do paciente é transversal e está presente na atuação de todos os profissionais da área da saúde, independente do cenário de atuação e do perfil de atendimento. Destacaram, ainda, que existem lacunas de conhecimento sobre esta temática na instituição, bem como entendimento da importância desta transversalidade.

Mas, eu acho que assim, falta um conhecimento, nos profissionais, em que a segurança do paciente é transversal. Ela acontece em todos os momentos e com todos os pacientes (Líder 4).

(a segurança do paciente) É transversal e especialidade de todos (Líder 1).

Isso eu acho que no cenário, vocês poderiam abordar essa transversalidade de dizer que em tudo a segurança do paciente está, em tudo e em todo momento (Líder 4).

A adesão às normas e aos protocolos, relacionando-as a um dos meios de comunicação escrita, os participantes relataram fragilidade nos registros dos cuidados realizados, bem como a identificação dos dispositivos. Estas informações garantem a continuidade do cuidado, além da segurança de que os dispositivos estão sendo usados de acordo com os protocolos e as normativas institucionais. A não adesão a estes documentos pode impactar, de forma desfavorável, na assistência prestada pelo profissional.

(...) falta de registros para tudo, então falta de identificação de datas, a nível de dispositivos, que daí entra o médico e o enfermeiro, nenhum dispositivo no hospital, por exemplo, é datado praticamente assim sabe, então, claro não é nenhum, mas, quase nenhum! (Líder 5).

(...) como cada um da equipe se relaciona com as normativas e as regras da instituição? Porque a gente vê assim: “ah não, a regra é essa, mas eu vou fazer desse jeitinho assim, quem sabe também dá certo”... como cada integrante da equipe se relaciona com a normativa, com o protocolo, com a lei? Com aquilo que é? Por que ele precisa seguir? Quanto mais ele seguir a normativa, o protocolo, melhor ele vai executar o procedimento dele! Isso não está restrito a enfermeiros, isso está restrito ao enfermeiro, ao médico, ao fisioterapeuta, ao psicólogo (Líder 1).

O trabalho em equipe, a importância de entender que trabalhar de forma integrada é benéfico para o paciente, como o depoimento:

É quando a gente trabalha com saúde mental, isso fica bem evidente, quando, toda vez que a gente se senta em equipe para construir um projeto terapêutico singular. Você tem que ter uma ideia do todo para você construir um projeto terapêutico. Eu acho que essa dimensão que você está falando é importante, todo mundo tem que ter uma noção do todo. Não é só fazer o que o meu médico, fazer o que o sistema ali sanguíneo funcione bem. Preciso ter uma ideia do todo (Líder 1).

A continuidade do cuidado foi citada por um dos participantes que referiu que a comunicação entre profissional e paciente poderia contribuir de forma significativa no cuidado realizado, porém muitos profissionais podem não estar preparados para isso. Ademais, destacaram ainda fragilidades na comunicação interprofissional que interfere diretamente na continuidade do cuidado. O cuidado integral exige trabalho em equipe, em que cada profissional precisa ter um olhar sobre o todo e, para que isso aconteça, a comunicação precisa ser efetiva.

(...) se conseguisse inserir outra vertente do que a gente está falando, comunicação, a interdisciplinaridade, o envolvimento do paciente. Do quanto a gente não está preparado para envolvê-lo no seu cuidado. Então, assim, poderia ser de fato a última barreira se ele fosse esclarecido de muitas coisas e, aí, sim, nos ajudar, mas ele, muitas vezes, nem sabe. (Líder 4)

Acho que os profissionais estão tão especializados que eles focam somente na especialidade deles. Só que não conseguem enxergar o quanto, não enxergar de maneira completa influência e impacta da segurança do paciente (...)a gente que precisa trabalhar o geral, o todo, o amplo, isso não é valorizado. Só que isso impacta. Isso é uma dificuldade nossa, minha ao menos, é uma dificuldade. De conseguir mostrar para essas pessoas, porque, para mim, é muito claro, mas percebo que para eles isso não é claro. (Líder 5).

Comunicação é 90% dos problemas das nossas vidas em qualquer lugar, é em casa, no trabalho, então, quando você tem uma equipe Interprofissional, acho que a comunicação cabe totalmente (Líder 3).

Dentre as principais fragilidades relacionadas ao tema de segurança do paciente na instituição, a comunicação destacou-se. Pois, segundo os participantes, mesmo não sendo algo palpável, a comunicação apresenta importante impacto na assistência prestada ao paciente, pois permeia todas as atividades dos profissionais. O líder 4 referiu inclusive que falhas de comunicação verbal ou escrita podem gerar incidentes que poderão comprometer a segurança do paciente. No entanto, apesar de ser de extrema relevância, a líder 2 ressaltou ser uma tarefa desafiadora, pois todos reconheceram a importância do tema, mas existiam muitas dificuldades para a prática efetiva.

Tem que ser trabalhado, quando a gente faz a análise de causa raiz, você tem inúmeros incidentes de diferentes tipos, mas se você investiga a fundo, você vê que é alguma fragilidade na comunicação aconteceu. Seja na transição do cuidado entre uma equipe para outra, entre uma unidade e outra, ou da própria equipe mais na passagem de plantão. Enfim, então, seja ela verbal, seja ela escrita, ela é frágil! (Líder 4).

Também, a gente vai verificar essas falhas (de comunicação) na passagem de plantão, sempre, se pegar esse problema de comunicação aparece na passagem de plantão, dos turnos da manhã para tarde, especialmente da tarde para noite, especialmente da madrugada para manhã (Líder 1).

Eu acho que comunicação é um “*ge-up*” é bem importante assim. E esse ano a gente tentou trabalhar mais a comunicação, e de tudo que a gente conseguiu colocar, não sei se foi uma ou duas palestras relacionadas à comunicação. A gente praticamente não tem pessoas que trabalhem com isso, e todo mundo reconhece a importância. Mas, ainda é uma fragilidade muito grande. Era o grupo maior, de discussão, foi o grupo que teve menos produto, porque todo mundo falava: “é importante, é importante, é importante”, mas por onde a gente começa, e o que é importante de fato. E, como vamos trabalhar isso dentro das instituições. Realmente, eu acho que é desafiador (Líder 2).

#### 4.3 FASE 2 – ESTRUTURAÇÃO DO CENÁRIO DE SIMULAÇÃO

Nesta categoria, apresentam-se os resultados da realização da etapa 2 do estudo, que compreende os objetivos da aprendizagem, a fundamentação teórica, o conhecimento do aprendiz, o cenário de simulação, a avaliação, os ajustes do cenário de simulação, o treinamento dos atores e orientação, o desenvolvimento da cena, observação crítica e o *debriefing*.

#### 4.3.1 Objetivos da aprendizagem

A partir das lacunas e fragilidades em segurança do paciente identificadas no grupo focal, e de acordo com a realidade dos residentes de enfermagem e medicina da instituição, os seguintes objetivos da aprendizagem foram definidos para o desenvolvimento da estratégia educacional:

- Desenvolver a comunicação entre a equipe interprofissional;
- Entender a importância dos protocolos e da inserção do paciente no processo de cuidar;
- Desenvolver competências profissionais relativas à segurança do paciente.

Os objetivos da aprendizagem conduziram a elaboração do material de apoio aos profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina e do cenário de simulação.

#### 4.3.2 Fundamentação teórica

O conteúdo teórico elaborado pelas pesquisadoras intencionalmente sintetizou as diretrizes nacionais e internacionais em segurança do paciente, conceitos, competências profissionais e objetivos estratégicos (APÊNDICE 5). Este material apresenta conteúdos relacionados ao tema central da pesquisa e, após, direciona o aprendiz às competências elencadas pela CPSI elaboradas em 2009 e atualizada em 2020, demonstrando que fragilidades evidenciadas anteriormente ainda necessitam de atenção, e destacando a importância desta. O material de apoio serve de base para que os profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina direcionem o olhar para as fragilidades elencadas pelo grupo focal.

Adicionalmente, elaboraram elaborados dois casos (APÊNDICE 6), simulados teoricamente a prática profissional, os estudos de casos apresentados elucidam situações triviais, como erro de medicação, notificação de eventos adversos e reconhecimento desses para favorecer os profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina relacionar com a prática e refletir ao relacioná-las com o material de apoio.

Ambos os materiais foram produzidos ancorados nos objetivos da aprendizagem, abordando as fragilidades e lacunas identificadas no grupo focal.

Estes subsidiam o desenvolvimento do conhecimento do aprendiz, no *workshop* realizado posteriormente.

#### 4.3.3 Conhecimento do aprendiz

Nos dois *workshops* ofertados, participaram 15 profissionais, sendo 13 no primeiro encontro, e dois, no segundo encontro (TABELA 5).

TABELA 5 - RESIDENTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA PARTICIPANTES NO *WORKSHOP*. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Variáveis do público-alvo	N	%
<b>Convidados</b>		
Enfermagem	26	25,2
Medicina	77	74,8
Total	103	100
<b>Participantes</b>		
Enfermagem	13	86,7
Medicina	02	13,3
Total	15	100

FONTE: A autora (2023).

Com apoio do conteúdo teórico, o *workshop* foi desenvolvido de modo interativo, buscando a sensibilização sobre o tema entre os participantes. Discutiram-se fragilidades e lacunas identificadas pelo grupo focal. Os temas identificados no grupo focal e abordados no *workshop* foram: comunicação, normas e rotinas da instituição, continuidade do cuidado e trabalho em equipe.

Identificou-se que o tema apresentado no material de apoio é algo trivial, mas um desafio, pois requer mudança de comportamento e conhecimento dos profissionais de saúde. A comunicação, assim como a segurança do paciente, permeia todos as áreas da saúde e, inclusive, as relações dentro e fora do hospital, é necessário compreender o impacto e relacioná-la entre outras áreas.

Os protocolos servem como norteadores nas condutas realizadas pelos profissionais, no entanto, muitas vezes, ocorre a não adesão por diferentes motivos. A rotatividade de profissionais de saúde dentro da instituição, a diversidade de literaturas e a velocidade de atualização destas apresentam-se como fator complicante para adesão a diferentes maneiras e condutas para realizar a assistência.

Os relatos de incidentes, eventos adversos e *near miss* e relacionados às experiências vivenciadas na prática acadêmica e profissional foram contextualizados em grupo, oportunizaram a abordagem dos subtemas educacionais e contribuíram para elaboração do cenário.

#### 4.3.4 Avaliação, ajustes e validação do cenário de simulação

A avaliação do cenário foi realizada pelo Grupo 1 (líderes e/ou chefias). A avaliação do cenário *in loco* foi realizada por quatro entre os cinco participantes, em dia definido e horário, de acordo com a disponibilidade dos avaliadores. Na ocasião, fez-se recapitulação das lacunas em segurança do paciente identificadas pelo grupo focal, e dos objetivos do aprendizado. Além da apresentação do ambiente de simulação e explanação de como a cena seria desenvolvida, esclareceram-se dúvidas referentes ao cenário, caso e texto narrativo.

Ao considerar o posterior envio do instrumento de avaliação pelos participantes, solicitou-se aos participantes que realizassem considerações e sugestões adicionais para ajustes e adequações. Inicialmente, somente um formulário preenchido foi enviado, após busca ativa e nova solicitação de colaboração, os outros quatro participantes avaliaram o cenário.

O IVC mostrou-se satisfatório em relação a construção do cenário, conforme resultados apresentados na Tabela 6, com as variáveis de análise e IVC satisfatório. Os itens foram avaliados com equivalência e os itens que obtiveram soma das respostas 5 e atingiram IVC: 1,00 foram considerados satisfatórios. Os itens de 1 a 6 alcançaram pontuação máxima, o item 7 atingiu a meta de confiabilidade média definida de 0,80 e soma das respostas de 4.

TABELA 6 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO CENÁRIO DE SIMULAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

(Continua)

Variáveis	Indiferente (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)	Soma de respostas 4 e 5	IVC <sup>(1)</sup>
1 - O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à comunicação?	-	3	2	5	1,00

TABELA 6 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO CENÁRIO DE SIMULAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023. (Conclusão)

2 - O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à adesão às normas e protocolos institucionais?	-	3	2	5	1,00
3 - O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas ao envolvimento do paciente durante a prestação do cuidado?	-	3	2	5	1,00
4 - O desenvolvimento do cenário propicia percepção de lacunas relacionadas à transversalidade do tema segurança do paciente?	-	3	2	5	1,00
5 - O cenário de simulação se aproxima da prática assistencial e educacional do aprendiz (residentes de enfermagem e medicina)?	-	4	1	5	1,00
6 - A cena estimula o aprendiz (residentes de enfermagem e medicina) a refletir sobre a prática profissional?	-	4	1	5	1,00
7 - A elaboração do caso contribui para atingir o objetivo proposto?	1	3	1	4	0,80

FONTE: A autora (2023).

\*LEGENDA: 1 IVC- Índice de Validade de Conteúdo.

O coeficiente  $\alpha$  de Cronbach foi analisado a partir das sete variáveis apresentadas no instrumento de avaliação disponibilizados. Com isso, as respostas de 1 a 4 apresentaram variância de 0,3; as respostas de 5 e 6, variância de 0,2; e a resposta 7 apresentou variância de 0,5. Desta maneira, o coeficiente atingiu  $\alpha=0,95$ , o que demonstrou que o resultando em consistência e confiabilidade interna dos dados são quase perfeitas (TABELA 7).

TABELA 7 - RESPOSTAS PARA CÁLCULO DO ALFA DE CRONBACH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023. (Continua)

Respostas	Variâncias
1	0.3
2	0.3
3	0.3

TABELA 7 - RESPOSTAS PARA CÁLCULO DO ALFA DE CRONBACH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

	(Conclusão)
4	0.3
5	0.2
6	0.2
7	0.5
Escore Total	11,50

FONTE: A autora (2023).

Na variável de 1 a 4, o RM foi de 4,4; no 5 e 6 foi de 4,2; e a variável 7 apresentou o RM de 4,0, conforme demonstrado no Tabela 8.

TABELA 8 - AVALIAÇÃO DO RANKING MÉDIO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

(continua)

Variáveis	Indiferente (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (4)	Soma de respostas 4 e 5	RM*
1 - O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à comunicação?	-	3	2	5	4,4
2 - O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à adesão às normas e protocolos institucionais?	-	3	2	5	4,4
3 - O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas ao envolvimento do paciente durante a prestação do cuidado?	-	3	2	5	4,4
4 - O desenvolvimento do cenário propicia a percepção de lacunas relacionadas à transversalidade do tema segurança do paciente?	-	3	2	5	4,4
5 - O cenário de simulação se aproxima da prática assistencial e educacional do aprendiz (residentes de enfermagem e medicina)?	-	4	1	5	4,2
6 - A cena estimula o aprendiz (residentes de enfermagem e medicina) a refletir sobre a prática profissional?	-	4	1	5	4,2

TABELA 8 - AVALIAÇÃO DO *RANKING* MÉDIO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

	(conclusão)				
7 - A elaboração do caso contribui para atingir o objetivo proposto?	1	3	1	4	4,0

FONTE: A autora (2023).

\*LEGENDA: 1 RM- *RANKING* MÉDIO.

Realizou-se apenas uma rodada de avaliação, visto que foi atingido IVC, RM e  $\alpha$  de Cronbach, de acordo com a meta mínima estabelecida, considerando válido o roteiro apresentado.

As sugestões dos avaliadores incorporadas no texto narrativo relativos às alterações foram: inclusão de nomes fictícios aos personagens; divisão das cenas em folhas separadas para os atores; informação do tempo de duração da simulação e do *debriefing*; informação de como os profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina seriam organizados no desenvolvimento da cena.

Apresentaram-se as sugestões que não foram incorporadas ao texto, por não atenderem ao objetivo do desenvolvimento do trabalho, com justificativa aos avaliadores. O líder 5 citou como sugestão utilizar pacientes homônimos. O líder 3 sugeriu evidenciar o risco da troca de medicação; aplicar a simulação roteiro de Fabri e colaboradores (2017) e segui-lo na íntegra, dando oportunidade aos profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina para participação de forma ativa, durante o desenvolvimento, tomando decisões e realizando ações baseadas em evidências científicas.

#### 4.3.5 Cenário de simulação

O cenário foi montado no Centro de Simulação da instituição da pesquisa, uma das salas foi organizada em formato similar a uma enfermaria de clínica médica adulto, contendo posto de enfermagem, corredor e quarto com dois leitos. Previamente, utilizou-se de checklist (APÊNDICE 7) para verificação dos itens necessários ao desenvolvimento da cena.

As fragilidades e lacunas identificadas pelo grupo focal e durante o *workshop* nortearam a elaboração dos casos, o texto narrativo e a organização do ambiente. Com isso, o texto narrativo da simulação foi dividido em quatro cenas, com intuito de

organizar e facilitar a compreensão e o desenvolvimento da simulação; cada uma aborda parcial ou integralmente os subtemas educacionais (TABELA 9).

TABELA 9 - SUBTEMAS EDUCACIONAIS ABORDADOS EM CADA CENA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

CENAS	SUBTEMAS ABORDADOS
1 e 2	Comunicação Transversalidade do tema Segurança do Paciente Continuidade do cuidado e o trabalho em equipe Adesão às normas e aos protocolos da unidade
3 e 4	Comunicação Transversalidade do tema Segurança do Paciente Continuidade do cuidado e o trabalho em equipe Adesão às normas e aos protocolos da unidade Envolvimento do paciente

FONTE: A autora (2023).

O texto narrativo (APÊNDICE 10) contou com atuação de quatro atores, sendo dois enfermeiros, um médico e um paciente, além de um boneco simulador, representando o segundo paciente da enfermaria. A fim de facilitar aos atores, para identificação das falas, adotaram-se alguns nomes fictícios, como apresentado na Tabela 10.

TABELA 10 - DESCRIÇÃO DAS CENAS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Cena 1	Maria (enfermeira 1) e Joana (enfermeira 2) iniciam a passagem de plantão no posto de enfermagem. O médico (José) inicia a leitura do prontuário da paciente 1 (Elaine).
Cena 2	As enfermeiras se dirigem ao quarto 101 e finalizam a transferência do cuidado. O médico permanece lendo o prontuário da paciente 1.
Cena 3	A enfermeira 1 deixa a cena. A enfermeira 2 permanece no posto de enfermagem ao telefone. O médico se dirige ao quarto 101 e se comunica com a paciente 1. O médico retorna ao posto de enfermagem e, sem sucesso, tenta se comunicar com a enfermeira 2. O médico sai da cena.
Cena 4	A campainha do quarto 101 toca, a enfermeira 2 se dirige ao quarto e se comunica com a paciente 1.

FONTE: A autora (2023).

#### 4.3.6 Treinamento dos atores e orientação aos observadores

Entre os 12 residentes de enfermagem e medicina presentes no Centro de Simulação, na data e no horário definidos previamente, quatro se voluntariaram para desenvolver a cena. Os 10 observadores, aprendizes líderes e chefias foram previamente orientados na sala anexa acerca da dinâmica da simulação,

posteriormente, dirigiram e permaneceram no mesmo ambiente de desenvolvimento da cena.

#### 4.3.7 Desenvolvimento da cena e observação crítica

Entre os cinco participantes do Grupo 1, dois (40%) estavam presentes e participaram como observadores, entre os 15 residentes que participaram do *workshop*, 12 compareceram à simulação, sendo a totalidade de enfermagem; nenhum residente de medicina compareceu.

Durante a simulação, prevaleceram participantes com formação em enfermagem (92,86%) e atuantes por dois anos na profissão (42,86%). A totalidade teve contato com o tema segurança do paciente, com participação em uma ou mais experiências (78,58%). Todos os profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina tiveram contato com o tema no decorrer da formação (TABELA 4).

#### 4.3.8 Debriefing

Posteriormente à realização da cena, iniciou-se o *debriefing* coletivo, conduzido pelas pesquisadoras em formato de roda de conversa, com atores e observadores, com duração de 40 minutos (APÊNDICE 12); e organizado em dois momentos: análise da observação da simulação em relação aos subtemas educacionais; e análise da simulação como recurso educacional para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente.

##### 4.3.8.1 Debriefing da simulação

Os resultados da observação da simulação e a respectiva avaliação estão apresentados na Tabela 11.

TABELA 11 - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CENA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

(Continua)

Variáveis	Inadequado		Quase adequado		Adequado	
	N	%	N	%	N	%

TABELA 11 - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CENA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.  
(Conclusão)

Comunicação verbal	Linguagem	1	7,1	4	28,6	9	64,3
	Tom de voz	1	7,1	1	7,1	12	85,8
Normas e protocolos	Observação de normas e protocolos institucionais	5	35,7	8	57,2	1	7,1
Continuidade do cuidado e trabalho em equipe	Comunicação interprofissional	7	50,0	6	42,9	1	7,1
Envolvimento do paciente no cuidado	Comunicação com o paciente	3	21,4	8	57,2	3	21,4
Segurança do paciente	Higienização das mãos	7	50,0	6	42,9	1	7,1
	Identificação do paciente	2	14,3	7	50,0	5	35,7
	Percepção de potenciais riscos	8	57,14	5	35,71	1	7,14

FONTE: A autora (2023).

Durante o *debriefing*, os participantes tiveram a oportunidade de explicar a experiência e avaliar o desenvolvimento da simulação. Para melhor apresentação, os resultados estão apresentados em duas categorias temáticas: comunicação efetiva como desafio a ser alcançado e competências profissionais relativas à segurança do paciente.

#### 4.3.8.1.1 Comunicação efetiva como desafio a ser alcançado

Os participantes identificaram informalidade na comunicação do médico, inadequação no tom de voz entre as enfermeiras e adequada, quando essas se dirigiram ao paciente. Segundo os participantes, foi possível perceber que predominou na comunicação a identificação do paciente. A falta de comunicação interprofissional ocorreu em diversos momentos da cena, resultando em descontinuidade do cuidado ao paciente.

Falhas na comunicação, identificação, ano de nascimento, passagem de plantão incompleta, voltando ao assunto posteriormente a passagem. (Aprendiz 3).

Nenhum dos atores foi adequado em 100% das ações, se realizou alguma ação, falhou em outra. Houve tentativa de comunicação por parte do médico, porém o enfermeiro não estava disponível o que causou falha no processo. (Líder 1).

Quanto à continuidade do cuidado e trabalho em equipe, observaram-se falhas na comunicação interprofissional, como destaque:

Médico não avisou da alta, pois o enfermeiro estava no celular (Aprendiz 13).

Não houve comunicação médico com a enfermagem (Aprendiz 12).

Durante a cena do ambiente simulado, os participantes destacaram as fragilidades na comunicação com o paciente; como inadequações quanto às informações acerca da alta, orientações sobre sinais e sintomas de pós-operatório e principalmente a não valorização das queixas do paciente. Destacando, assim, falha em relação à escuta ativa sobre a queixa da paciente, como apresentado nas falas a seguir:

Paciente não sabia que a hematúria era normal após a cirurgia (Aprendiz 13).

Equipe de enfermagem não avisou queixas do paciente (Aprendiz 12).

A paciente havia informado que estava com dor no acesso venoso e não foi retirado (Líder 1).

Outro tópico que tem é, a paciente estava queixando de dor, mesmo assim, continuou o acesso (Aprendiz 10).

Porém, os participantes também destacaram que em breves momentos, houve assertividade da comunicação entre os profissionais e paciente. Por exemplo, quando ocorreu a confirmação da identidade da paciente, previamente ao cuidado a ser realizado, bem como quando a enfermeira escutava a paciente em relação à alergia.

Quando (a enfermeira) pediu para confirmar o nome (Aprendiz 11).

Da alergia também, quando (o enfermeiro) fala da alergia (Líder 1).

Percebeu-se apropriada comunicação entre médico e paciente, quando da comunicação da alta hospitalar. No entanto, a escuta ativa esteve prejudicada, uma vez que a alta ocorreu ainda que a paciente tenha relatado hematúria, segundo os

observadores. Ruídos de comunicação foram observados, envolvendo a equipe e a paciente foram destacados:

(...) o médico deu alta para essa paciente que estava com hematúria (Aprendiz 11).

A enfermeira foi lá, conversou com a paciente e a paciente falou que estava de alta (Aprendiz 2).

A família que nem está no hospital, liga contando as coisas, que vergonha, meu Deus! (Líder 2).

Os participantes relataram que os protocolos de segurança do paciente não foram cumpridos em totalidade durante a cena. Pontuaram alguns exemplos, como pacientes com nomes parecidos estarem no mesmo quarto, da ausência da lavagem das mãos entre o cuidado a pacientes diferentes e cumprimento das boas práticas relacionadas ao cuidado à manutenção do acesso venoso periférico, entre outras.

Pacientes com nomes parecidos no mesmo quarto, sem identificação de jejum (Aprendiz 13).

Eu achei que as pacientes no mesmo quarto com nomes parecidos, a gente tenta evitar (...) (Aprendiz 9).

Paciente não foi identificada corretamente, médico não higienizou as mãos após contato com a paciente, médico não se comunica adequadamente com a equipe de enfermagem (Aprendiz 12).

Observei que houve quebra de várias normas e protocolos, principalmente da SCIH (Aprendiz 4).

Essas lacunas, segundo os observadores, resultam em riscos. O tema foi discutido a partir de três lacunas: higienização das mãos, identificação do paciente e percepção de potenciais riscos.

A higienização das mãos foi considerada adequada apenas no momento do contato com a paciente pelo médico, nos demais, a higienização foi considerada parcialmente adequada, quando o médico entra na enfermagem e se direciona ao leito, e inadequada, na atitude da enfermeira 2:

(...) na verdade, o médico higienizou só, antes dela, mas, ainda assim, faltaram alguns momentos. Os cinco momentos da higienização das mãos (Aprendiz 10).

E a enfermeira não higienizou, ela estava no celular conversando, ela entrou no quarto para falar com ela, foi verificar o acesso e não higienizou mais (Líder 2).

Outros aspectos quanto aos protocolos institucionais foram apontados:

(...) a paciente estava queixando de dor no membro e, mesmo assim, continuou o acesso, continuou correndo medicamento, então, vai contra alguns protocolos da SCIH, tanto da higienização, tanto dessa questão de acesso (Aprendiz 10).

Falta de boas práticas em relação ao acesso venoso (Aprendiz 4).

#### 4.3.8.1.2 Competências profissionais relativas à segurança do paciente

Destaca-se que o trabalho em equipe e a continuidade do cuidado foram observados na cena relativa à passagem de plantão entre enfermeiras e entre médico e enfermeiro. Os observadores apontaram que essa ocorreu com a identificação correta do paciente e sinalização da alergia. Porém, esses destacaram que a transferência do cuidado ocorreu de forma fragmentada:

No momento da passagem de plantão, entre as enfermeiras, ficou certinho quem era a paciente, o nome, nome da mãe, data de nascimento. Mas, daí, o médico perguntou de uma Eliane. Poderia ser qualquer uma delas, e (a enfermeira) falou a ela está bem, e a paciente estava cheia de queixas (Aprendiz 1).

Também, quando (a enfermeira) falou que a paciente era alérgica, mas não falou qual medicação. Só falou: “ela é alérgica”, e não tinha identificação também (Aprendiz 6).

As enfermeiras também quando falaram: “ah, esta paciente vai para “tomo”...” (Aprendiz 5).

Quanto à comunicação interprofissional, os observadores apontaram inadequado fluxo da informação, informações incompletas e divergentes. Verificaram-se, também, impaciência e ausência de respostas:

Pelo fato de a enfermeira estar falando no telefone, o médico não comunicou a enfermeira que a paciente estava de alta e, aí, posteriormente, o enfermeiro foi lá, conversou com a paciente e a paciente falou que estava de alta, e é o que acontece muitas vezes! Então, teve essa falha ali que o médico não esperou, não comunicou verbalmente para enfermeira que o paciente estava de alta (Aprendiz 2).

A utilização de recursos para realizar a passagem de plantão foi apontada como essencial, tendo os participantes contraposto a cena com a prática assistencial:

Na UTI, a gente tem, às vezes, cinco, sete, 10 pacientes para se passar o plantão! A gente se utiliza dessa ferramenta, muitas vezes, a gente tem formulários impressos, onde a gente anota as principais intercorrências, as principais mudanças do paciente, exames, essas coisas e também é um instrumento de comunicação. A gente acaba anotando ali e utilizando isso no momento da passagem de plantão. Eu acho que o papel também faz parte disso, quando ele é bem utilizado (Líder 2).

O comportamento dos profissionais e da instituição resultam em valores e padrões que definem e contribuem para a cultura de segurança do paciente. Assim, a adesão às rotinas e normas institucionais favorecem o cuidado e promovem a cultura de segurança do paciente. A identificação correta foi observada durante toda a evolução do cenário, porém, com falhas na comunicação interprofissional.

(o médico) perguntou de uma Eliane, Elayne, perguntou de uma paciente, as duas têm o mesmo nome, só que uma era Maria (...) (Aprendiz 11).

Ela estava (identificada), mas não teve conferência! (Líder 2).

Não teve conferência também, talvez se tivesse conferido, eu tinha prestado atenção (Aprendiz 9).

Reconheceram-se potenciais riscos durante a evolução das cenas, como falhas na comunicação entre profissional e paciente, na comunicação interprofissional, na segurança do paciente e em relação às normas e aos protocolos. Esses foram reconhecidos como riscos que podem gerar consequências danosas ao paciente.

Identificou-se o uso do celular como uma situação que ocorre no cotidiano e que interfere na comunicação e realização do cuidado, e demonstra que o indivíduo não está presente.

Acho que mostra para outra pessoa que é a atenção da gente está dividida. Você não está ali 100% naquele momento dando atenção. Você entra no quarto do paciente, mexendo no celular e pergunta para ele alguma coisa, ele tipo responde e o que, e pronto? Nem você está prestando atenção no que ele está falando nem ele vai falar exatamente o que deveria ter falado, porque está vendo que você também não está prestando atenção (Líder 2).

#### 4.3.8.2 *Debriefing* da aprendizagem

No segundo momento do *debriefing*, discutiu-se a simulação como estratégia educativa. Os participantes ressaltaram que as simulações interprofissionais permitem o desenvolvimento do aprendizado sobre a comunicação entre a equipe, uma vez que, em algumas instituições, essa relação não é abordada durante a graduação, e isso impacta na prática do profissional, como apresentado:

(...) na nossa graduação, a gente aprende muito a comunicação, e fala muito sobre como abordar a equipe técnica. Que a gente vai ser gestor de uma equipe, vai coordenar de uma equipe, mas esquecem de falar para gente dos outros profissionais. Que é a equipe multiprofissional: a equipe médica, “fisio”, “psico”, nutricionista, então, é esquecido um pouco disso na graduação e, agora, a gente está aprendendo bastante, a ter esses profissionais na equipe (Aprendiz 12).

Os atores simularam a comunicação interprofissional, entre médico e enfermeiro, e isso despertou nos observadores vivências interprofissionais anteriores, fazendo-nos refletir sobre a evolução da comunicação entre a equipe multiprofissional. Os participantes destacaram e contextualizaram a baixa adesão dos residentes de medicina nesta pesquisa.

Acho que isso foi muito válido, entre todos assim, porque no começo, a gente chegou bem, sem se comunicar e, no final, todos saíamos aprendendo como é essa comunicação, tanto da medicina com a enfermagem, quanto o pessoal da “psico”, da “fisio”. Acho que foi bem produtivo, eu acho que quando eles têm essa oportunidade, ainda durante a faculdade, até por eles vem fazer o estágio prático nessa parte prática no hospital, eles conseguem desenvolver melhor essa questão de comunicação, acho que é muito válido isso (Aprendiz 9).

Eu acho que é porque não cai tanto para eles, A culpa! Vamos dizer que se alguma coisa dá errado, porque a enfermagem é sempre a única ali na frente, então, eu acho que para ele... principalmente, a parte da comunicação, sempre a culpa vai cair na enfermagem (Aprendiz 10).

Se tivesse feito a simulação com alunos da medicina, teria uma adesão melhor. A gente sabe o quanto é difícil sair da prática para esperar aqui. É, tem muita resistência dos setores para a gente estar aqui, então. A gente entende pelo lado dos residentes da medicina (Aprendiz 11).

A contextualização da ausência incluiu a atribuição de pouco interesse no tema:

Eu acho assim, que quando são protocolos, protocolo de segurança, protocolo de parada, as pessoas tendem a pensar assim, mas de novo, de novo, vão falar sobre isso. Às vezes, pode ser que eles (residentes de medicina) querem novas tecnologias e não se interessam às vezes, pelo que é básico. Porque a gente deve ficar sempre atento, sempre fazendo, sempre reforçando (Aprendiz 10).

A segurança do paciente é intrínseca à assistência em todas as profissões da saúde e, conseqüentemente, isso repercute no paciente a longo prazo.

O que identifiquei é que, às vezes, a gente esquece de que pode ter uma repercussão muito grande para frente. A gente acaba cuidando mais, só tem alguns profissionais que acabam não se atentando. Quando você pensa que é uma coisa pequena que você pode fazer aqui, é rápida, que vai poder salvar a vida do paciente. Eu acho que o futuro fica mais palpável. Para a pessoa começar a se cuidar (Aprendiz 9).

Ao relacionar a prática com o cenário simulado, os participantes destacaram a importância das normas e dos protocolos na rotina assistencial, e que ações realizadas em observância a esses contribuem para minimizar a ocorrência de erros.

Já foram vistos erros dos estagiários no cenário de prática que poderiam levar a um problema sério, como, por exemplo, não identificar a medicação, um prepara e o outro vai fazer nem sabe o que está fazendo (Aprendiz 8).

Mas, é como você falou assim, são detalhes. De quem não lavou a mão para inserir um cateter, no caso da pediatria, vai na criança lá, não higienizou as mãos para chegar à criança, manipula o cateter, está lá uma infecção em uma criança hospitalizada durante um tempo, que o pessoal tem resistência protocolos “– ah, de novo falar de segurança do paciente, de novo fala disso”. Só que daí a gente vê que tem muita falha nos pequenos detalhes (Aprendiz 9).

Presenciar ações rotineiras em um ambiente seguro permitiu aos participantes refletir sobre a segurança do paciente, a relevância e como o tema está presente no cotidiano da assistência.

O tema que a gente precisa saber. Estar atendo aos detalhes, que, às vezes, a gente não se atenta (Aprendiz 7).

Para nós também é muito bom, e a enfermagem tem muito, muito mais segurança do paciente. E a gente que sempre está ali, a gente sempre briga pela segurança do paciente (Aprendiz 11).

Acho que é sempre importante a gente ver, até porque a gente da urgência e emergência, às vezes, na UR está um caos e a gente precisa fazer, e acaba perdendo alguns detalhes. E fazer a simulação faz com que a gente fique mais atento à prática (Aprendiz 10).

Participar da simulação possibilitou refletir sobre a educação bancária, em contraponto à aprendizagem ativa, e como esta oportuniza aprendizado significativo.

E, por mais que a gente tenha lá na graduação, as aulas teóricas, todo detalhe que a gente vê em prática, ele fica mais marcado. Não sei, para mim, é ver na prática, eu consigo absorver melhor, então, é construção, que eu tenho para falar (Aprendiz 1).

(...) quando a gente faz na prática, a gente assimila bem mais que na teoria (Aprendiz 7).

A utilização da simulação como estratégia educativa foi vista pelos observadores como algo inovador na educação, garantindo ao indivíduo o desenvolvimento de habilidades e competências antes do contato com o paciente.

Ela (a simulação) está na vanguarda e acho que para vocês (residentes) também é importante, porque é o momento de vocês pararem e pensarem sobre o que estão fazendo. Senão, a gente faz muito no automático, e isso não é bom (Líder 1).

Os observadores relataram que as instituições educativas devem aderir a metodologias, de acordo com o desenvolvimento de novas estratégias, proporcionando ao discente ambiente de aprendizado seguro.

Então, é não é só na enfermagem, na medicina, na fisioterapia, enfim, em todas as profissões terão que pensar em um meio de ensinar sem apresentar risco ao paciente. Essa questão da simulação é essencial, e está sendo discutida a nível nacional. Então, acho que a criatividade foi bem importante (Líder 1).

A identificação das falhas e dos erros durante o desenvolvimento das cenas viabilizou a sensibilização dos residentes sobre a segurança do paciente.

Acho que é a questão de pensar fora da caixa. De tirar a gente da rotina, trazer para cá e, quem sabe, relembrar ou afirmar algumas coisas que estão lá no dia a dia. Esclarecer e passar para os demais colegas a teve uma simulação, foi interessante, portanto, é pensar para isso, para quê? Disseminar informação (Aprendiz 6).

Ao considerar a simulação como uma estratégia educativa, os residentes afirmaram que a prática em um ambiente seguro é preferível para o desenvolvimento da aprendizagem, de acordo com o tema abordado.

Com certeza! A gente da urgência já participou de simulação com a graduação de enfermagem, os alunos se saíram bem melhor do que a gente na época (Aprendiz 8).

A oportunidade de aprendizagem durante a residência não deve ocorrer apenas na prática, mas em momentos de discussão e reflexão sobre os temas, uma vez que isso foi visto pelos observadores como parte importante do desenvolvimento do indivíduo como profissional.

Enfim, assim, acho que é isso também faz parte do ensino na residência, ou seja, não é só ir lá atender paciente, fazer é também parar, pensar, analisar o que que eu estou fazendo, como é que eu estou fazendo, como é que isso pode ser feito de uma forma melhor? Porque afinal de contas, todos vocês quando saírem daqui, serão agentes formadores de outras pessoas. Quem sabe que na enfermagem, especialmente a educação, é um pilar da profissão da enfermagem. O enfermeiro é, na sua essência, um educador também, não é apenas alguém que faz assistência, então, assim, esse momento em que a gente para, senta-se, discute. Também, faz parte da residência, por isso eu me senti muito motivada de estar aqui (Líder 2).

Esses resultados se assomam aos da avaliação do uso da utilização da simulação como tecnologia para educação em segurança dos pacientes, considerando-se as fases e etapas de participação. A apresentação está organizada com os resultados de atores e observadores, separadamente (TABELA 12).

Ao observar os resultados e compará-los em relação ao atendimento da expectativa de aprendizagem, todos os atores avaliaram como excelente; 70% dos observadores avaliaram como excelente; e 30% como bom, demonstrando que para os atores a expectativa em relação à aprendizagem foi bem mais produtiva do que para os observadores.

TABELA 12 - AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Variáveis		N	%	N	%	N	%
		Observadores		Atores		TOTAL	
Atendimento às expectativas de aprendizagem	Bom	3	30,0	-	-	3	21,5
	Excelente	7	70,0	4	100,0	11	78,5
Tempo para o desenvolvimento da simulação	Bom	3	30,00	3	75,0	6	42,8
	Excelente	7	70,00	1	25,0	8	57,2
Conteúdo abordado corresponde ao tema abordado no <i>workshop</i>	Excelente	9	90,00	4	100	13	92,8
	Não informado	1	10,00	-	-	1	7,2
Simulação possibilitou associar a prática à teoria	Bom	1	10,00	-	-	1	7,2
	Excelente	9	90,00	4	100,0	13	92,8

FONTE: A autora (2023).

Algumas considerações acerca da estratégia educativa foram destacadas:

Ótima temática e desenvolvimento da simulação (Aprendiz 5).

Excelente método de aprendizagem e reflexão profissional (Aprendiz 8).

Ao observar a consideração realizada por um dos participantes, este reafirmou a importância do tema e ressaltou a inclusão deste em cenários mais complexos.

Penso que poderia ter realizado duas simulações, uma tal qual o que foi realizado e outra em um momento de tensão, como PCR (Aprendiz 4).

Ao refletir sobre o cenário realizado, considerou-se que os instrumentos para avaliação eram muito extensos e a orientação aos atores deveria ter ocorrido com mais antecedência.

Instrumento de avaliação poderia ser mais resumido (Aprendiz 2).

No instrumento de avaliação da simulação preenchido pelos atores e observadores, os mesmos classificaram a atividade educativa como favorável para o desenvolvimento do conhecimento.

Houve um bom relato da realidade da comunicação que ocorre nos setores do hospital. Quando temos a possibilidade de visualizar e refletir, percebemos a importância que isso tem no processo do cuidado. Entendo que a simulação contribuiu com a construção do conhecimento de forma positiva, pois nos permite identificar falhas possíveis e atuar preventivamente (Líder 1).

A simulação ilustra muito bem a dificuldade de comunicação interprofissional (Líder 2).

O desenvolvimento da atividade foi visto de forma positiva, sendo sugeridas novas atividades com diferentes públicos e em cenários mais complexos.

O projeto poderia ser desenvolvido na graduação de forma multiprofissional (Aprendiz 4).

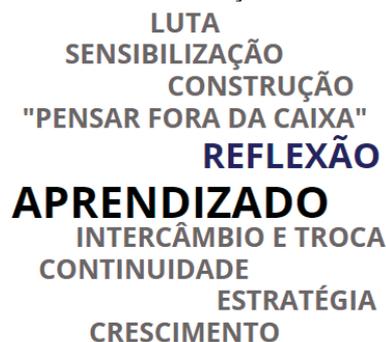
Seria interessante o uso da simulação no momento de uma PCR, o qual identifiquei muitas falhas na minha prática (Aprendiz 5).

Disponibilizar mais ambientes físicos para a simulação (Aprendiz 12).

Ao término da discussão, cada participante expressou, com uma palavra, a percepção experimentada durante a estratégia educativa, cujos resultados estão apresentados como nuvem de palavras (FIGURA 7). Um dos participantes não conseguiu resumir em uma palavra a percepção diante da estratégia aplicada:

Eu não consigo pensar em uma palavra, mas é mais ou menos o que identifiquei que, às vezes, a gente esquece que pode ter uma repercussão muito grande para frente. A gente acaba cuidando mais, só tem algum profissionais que acabam não se atentando. Quando você pensa que é uma coisa pequena que você pode fazer aqui, é rápida que vai poder salvar a vida do paciente. Eu acho que o futuro fica mais palpável. Para a pessoa começar a se cuidar (Aprendiz 9).

FIGURA 7 - NUVEM DE PALAVRAS ELABORADA A PARTIR DAS PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE A SIMULAÇÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.



FONTE: A autora (2023).

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DO CENÁRIO

A orientação para construção de um cenário é fundamental para o ensino-aprendizagem do indivíduo, segundo Fabri e colaboradores (2017). Os pesquisadores apresentam instruções em forma de roteiro teórico-prático, com vistas a atender e esclarecer os objetivos e conduzir para os resultados esperados, contribuindo para o processo de ensino-aprendizagem.

Nesta pesquisa, realizaram-se adaptações ao referido roteiro, incluindo, excluindo e reorganizando algumas fases, com intuito de atender aos objetivos da atividade desenvolvida nesta pesquisa, como apresentado no Quadro 4.

QUADRO 4 - ROTEIRO DE FABRI ET AL. 2017 *VERSUS* ROTEIRO ADAPTADO PARA A PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Roteiro de Fabri et al. (2017)		Roteiro adaptado para a pesquisa	
Unidade de significância	Subunidade de significância	Fases	Etapas
Conhecimento prévio do aprendiz	Identificar fundamentação teórica do assunto/ conhecimento prévio	1 – Identificação das lacunas em segurança do paciente e definição de subtemas educacionais	1 – Competências profissionais e em segurança do paciente, e objetivos estratégicos 2 – Grupo focal
Objetivo da aprendizagem	Objetivos da aprendizagem primários e secundários		
Fundamentação teórica	Referências Envio do material pré e pós-treinamento	2 - Estruturação do cenário de simulação	
Desenvolvimento do cenário	Evolução da situação Fator crítico do cenário Pistas Tempo estimado do cenário/deve ser curto		1 - Objetivos da aprendizagem 2 - Fundamentação teórica 3 - Conhecimento do aprendiz 4 - Elaboração do cenário de simulação 5 – Avaliação e ajustes do cenário de simulação 6 – Treinamento dos
<i>Debriefing</i>	Fundamentação teórica <i>Debriefing</i> /planejar Pontos a serem discutidos no <i>debriefing</i> /pontos críticos		
<i>Debriefing</i>	Fundamentação teórica <i>Debriefing</i> /planejar		
	Pontos a serem discutidos no <i>debriefing</i> /pontos críticos Tempo estimado do <i>debriefing</i>		
Avaliação	Avaliação da atividade		atores e orientação aos observadores 7 – Desenvolvimento da cena e observação crítica 8 – <i>Debriefing</i>

FONTE: A autora (2023).

A construção e validação de cenários simulados estão cada vez mais presentes como metodologia para educação dos profissionais de saúde, em

diferentes níveis de formação e diversas temáticas (GARBUIO et al., 2021; CARVALHO; MASCARENHAS, 2020; PINTO et al., 2022). A validação é definida como um “processo de construção de evidência e, em geral, múltiplas formas de evidência são procuradas”. Para a presente pesquisa, optou-se pela avaliação, pois o foco principal foi atestar a qualidade da estratégia educativa aplicada (WALLIMAN, 2014), e como replicá-la em outras unidades, independentemente de ser ou não uma unidade de ensino formal.

Optou-se pela inclusão de líderes e/ou chefias atuantes em instituições para identificar as fragilidades e lacunas observadas na prática dos residentes. E, a partir disso, definir os objetivos para construção de um cenário de simulação, de acordo com o que foi identificado. Com isso, a aplicação da estratégia educativa viabilizou o desenvolvimento de competências relacionadas à segurança do paciente perante a rotina institucional.

Nesta pesquisa, portanto, empregou-se a estratégia participativa para definição dos objetivos do aprendizado, por considerar que os líderes e profissionais ocupantes de cargos de chefia contribuem com a visão global das fragilidades relacionadas à segurança do paciente na instituição. Complementarmente, utilizou-se da vivência acadêmica e prática dos profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina para direcionar a elaboração do cenário, com a inclusão de lacunas cotidianas por esses relatadas.

Desse modo, os resultados das reuniões com participantes da pesquisa oportunizaram desenvolver as cenas, de modo a remeter à prática profissional e às lacunas em segurança do paciente. Assim, a descrição das cenas, em formato de texto narrativo, oportunizou a simulação de situação trivial, como destacado pelos participantes na avaliação.

O texto narrativo descreveu o cenário, as cenas, o espaço, o tempo, os atores, as causas e consequências dentro da situação narrada (ALMEIDA; ALMEIDA, 2008). Para o desenvolvimento da simulação, as características anteriormente citadas foram observadas de acordo com uma das diretrizes adotadas para a pesquisa (INACSL, 2016). Esse conjunto contribui para inclusão de subtemas educacionais estabelecidos, com ênfase nas lacunas em segurança do paciente. Contudo, ações representativas da observação de boas práticas foram incluídas na cena, com vistas a reforçar o seguimento de protocolos institucionais, como identificadas pelos participantes no *debriefing*.

Diferentemente da simulação destinada aos graduandos em saúde, na qual o objetivo frequente é treinar técnicas, esta pesquisa objetivou reproduzir o ambiente assistencial, com adequações e inadequações relativas à segurança do paciente, com vistas à identificação e contextualização pelos profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina (aprendizes) e líderes, momento considerado relevante para o aprendizado e retroalimentação de boas práticas assistenciais.

Segundo o INACSL (2016), a prática simulada deve ser estruturada em concordância com o objetivo definido, visando alcançar os efeitos pretendidos. O roteiro teórico-prático de Fabri e colaboradores (2017) foi a base para construção de um cenário na temática da segurança do paciente, aplicando a simulação como tecnologia de educação para o desenvolvimento de competências. Deste modo, observa-se que o emprego dessas referências contribuiu para organização das etapas da simulação.

Porém, adaptações foram necessárias, iniciando-se pela escolha de líderes para identificação das lacunas institucionais, as quais nortearam os objetivos, o preparo do material teórico aos profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina e o cenário, além do conteúdo dos diversos instrumentos de avaliação e o de observação da cena. No ambiente hospitalar, vários saberes e serviços estão envolvidos em prol da segurança do paciente. Nesta pesquisa, optou-se por incluir líderes representantes de serviços estratégicos, gerenciais e educacionais.

A partir dos subtemas educacionais e objetivos, criou-se ambiente análogo à realidade com *script* detalhado, o qual oportunizou ao participante entender a complexidade e a sequência dos acontecimentos, favorecendo a interpretação do caso de maneira clara e padronizada (OSÓRIO et al., 2022).

O cenário avaliado mostrou-se satisfatório e com consistência interna quase perfeita. Essa avaliação foi fundamental para garantir que as fragilidades e lacunas identificadas no grupo focal estivessem descritas e abordadas no cenário de simulação. A estruturação e avaliação do cenário favoreceu o desenvolvimento dessa estratégia e proporcionou desenvolvimento de um novo formato de *script*, o texto narrativo.

## 5.2 SIMULAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE

As competências relacionadas à segurança do paciente descritas foram abordadas na simulação de forma contínua em todas as fases e etapas, estimulando a reflexão sobre a assistência prestada pelo profissional. O tema definido pelo grupo focal como principal, a comunicação, permaneceu em foco, sendo relacionado às demais competências, sempre que possível.

A criação do cenário visou incluir lacunas identificadas pelos líderes e pelos profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina, nas etapas anteriores à construção do cenário. Deste modo, o conteúdo utilizado no *workshop* teve como objetivo estimular os profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina a reconhecer eventos adversos e sua contextualização com a prática assistencial. A reflexão em grupo contribuiu para relacionar situações hipotéticas com a prática no hospital, bem como para identificar causas de erros e potenciais ações preventivas individuais e coletivas.

Dados analisados entre 2004-2015 de eventos sentinelas demonstram que nos anos de 2013 a 2015, a comunicação ocupou o segundo e terceiro lugar como causas-raiz dos erros na atenção à saúde (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2017). Realidade elencada também por enfermeiros como uma das dificuldades no cuidado direcionado à pessoa em situação crítica (FLORES et al., 2022).

Quando ocorre algum ruído ou falha na troca de informação entre paciente e profissional, considera-se falha no processo de comunicação. Elemento eficaz, pois transmite confiança e aproxima o profissional do paciente, constitui momento concedido ao paciente, com a possibilidade de escolha em relação ao cuidado a ser realizado (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2020). Nota-se que um comportamento positivo em relação à comunicação entre profissionais de saúde, durante a passagem de plantão, resulta em melhora da equipe clínica na continuidade do cuidado (BERTRAND et al., 2021). Frente a esse importante tema, identificado como ponto-chave no risco à segurança do paciente pelos líderes, foi ressaltado e oportunizou a discussão no *debriefing*.

A comunicação foi contextualizada em situações dentro da simulação executada, relacionando-a às competências da estrutura, demonstrando como está presente, sendo importante, pois impacta nas atividades profissionais em saúde.

A segurança do paciente é potencializada como resultado do bom trabalho em equipe (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2020). Informações vagas ou em sequência inadequada favorecem equívocos na assistência. Pode-se padronizar a transmissão de informação, mas para ter comunicação, são necessárias habilidades de comunicação individuais que favorecem a interação e conexão entre os profissionais (SCHORR et al., 2020).

Os profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina identificaram a magnitude de adequada prática focada na cultura de segurança do paciente, da relevância da comunicação eficaz, e como isso repercute na assistência. Observou-se comunicação ineficaz, principalmente relacionada à equipe interprofissional, as falhas e os acertos que ocorrem entre profissionais, interprofissional, e entre profissionais e paciente, e como impactam no cuidado prestado. Tendo a comunicação como tema central, a simulação oportunizou, intencionalmente, a contextualização do impacto desta na segurança do paciente.

Nesta pesquisa, utilizou-se da transferência do cuidado como elemento para destacar a comunicação fragmentada, identificada pelos observadores, de forma simulada. Pesquisadores reiteram que a passagem de plantão fragmentada não contribui positivamente para a comunicação, pois alguma informação sempre fica perdida. Para os estudiosos, a organização das informações, de forma sistematizada e estruturada, em formato de método ou processo, facilita a passagem de plantão, visto que orienta os enfermeiro(a)s na realização da troca de turnos (FIRMINO et al., 2022).

A passagem de plantão é uma prática comum entre a enfermagem, na qual a prática multiprofissional ocorre em experiências isoladas (SCHORR et al., 2020); mas, é fundamental na continuidade do cuidado. Considerando o público-alvo da pesquisa, a simulação primou por estruturas cenas, nas quais a comunicação interprofissional ruidosa potencialmente coloca o paciente sob risco; ocasiona insegurança ao paciente por informações desencontradas; e causa insatisfação nos relacionamentos entre profissionais.

Deve-se observar que a educação interprofissional favorece a promoção da segurança e, principalmente, melhora a comunicação, sendo que falhas consistem em uma das causas prevalentes de erros e falhas (HOYOS; PALACIO, 2021). Intencionalmente, o cenário permitiu demonstrar ruídos na comunicação que refletem o cotidiano, segundo os participantes.

Tão importante quanto garantir a efetividade durante a assistência prestada, é certificar-se que os profissionais foram ensinados durante a formação sobre a relevância da atuação em conjunto com outras profissões. Percebe-se resistência e falta de apoio tanto da instituição, como dos discentes e docentes sobre a elaboração e implantação de atividades interprofissionais (ISIDORO et al., 2022). A exemplo das barreiras, percebeu-se a baixíssima adesão dos residentes de medicina nesta pesquisa.

Alguns potenciais motivos merecem ser apresentados, como pouca importância atribuída ao tema; dificuldades de se ausentar do serviço para realização de treinamentos, capacitações e estudos; e acreditar que a segurança do paciente é responsabilidade de apenas uma categoria profissional. Destaca-se que se observa, na prática profissional, ser atribuído à equipe de enfermagem as responsabilidades de eventos adversos na unidade de saúde, na qual diversos profissionais atuam.

Segundo Laguna e colaboradores (2019), uma passagem de plantão falha impacta no bom desenvolvimento da continuidade do cuidado. A padronização colabora para reflexão sobre a importância do processo para os profissionais de saúde, tanto para transporte ou permanência do paciente no setor de procedimentos (HEMESATH et al., 2019). Constatação observada pelos participantes no desenvolvimento da cena, reiterando o desenvolvimento de habilidades de comunicação na passagem de plantão para aproximar a sistematização e padronização (SCHORR et al., 2020).

Os impactos positivos e negativos da assistência de qualidade podem ser observados a longo prazo e não de imediato. As simulações interprofissionais possibilitam o aprimoramento da comunicação, posto que alguns profissionais não vivenciam esta prática na graduação. Em estudo realizado com alunos de fisioterapia e terapia ocupacional, observou-se que a educação interprofissional, associada à simulação, oportunizou o desenvolvimento de habilidades interprofissionais (COLLINS et al., 2021). Nesta pesquisa, o cenário simulado permitiu aos profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina compreender como ocorre o trabalho em equipe e a importância das relações interprofissionais no cotidiano profissional.

A educação interprofissional em segurança do paciente é reconhecida como significativa, no entanto, pouco se observa essa aproximação na prática e nos

currículos (ZUGNO et al., 2022). Esta pesquisa favoreceu esta reflexão, ao apresentar as competências para formação profissional e relacioná-las em um cenário simulado com àquelas relativas à segurança do paciente, como norteadores para o desenvolvimento dos profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina.

O desenvolvimento de atividades interprofissionais estimula a aquisição de competências, favorece a qualidade, o cuidado integral, centrado no paciente e na família, promovendo a segurança do paciente (ISIDORO et al., 2022).

Normas e protocolos são subjacentes ao tema segurança do paciente e a assistência prestada, uma vez que as normas e os protocolos são elaborados com intuito de padronizar o cuidado, garantindo a qualidade e segurança, reduzindo a margem para erro. Colocar em prática as normas e os protocolos de segurança do paciente garante a participação no cuidado; a exemplo, ressalta-se a identificação, confirmação e orientação do paciente antes, durante e depois da assistência prestada (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2017). Esse subtema foi apresentado no desenvolvimento da simulação com falhas e acertos, possibilitando o participante avaliar a importância do envolvimento do paciente no tratamento dele, o que está ligado ao objetivo estratégico 4, que visa inclusão do paciente e da família no cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Comunicação falha entre equipe de enfermagem, com o paciente e entre os demais profissionais impacta diretamente no aumento de eventos sentinelas e eventos adversos (LAGUNA et al., 2019). As normas e rotinas englobam quase todo, se não todos os itens avaliados pelos observadores e atores da simulação, pois a instituição possui protocolos e normas que seguem as orientações do MS, e, nestas, apresentam-se as metas internacionais de segurança do paciente. Nesta pesquisa, destaca-se a comunicação, cultura de segurança, qualidade no cuidado, identificação de possíveis falhas, trabalho em equipe e relação interprofissional que são domínios que compõem a estrutura das competências em segurança do paciente.

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente, quando implantadas, apresentam diferentes oportunidades em incluir o paciente como centro do cuidado (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Percebe-se isso quando há inserção do paciente em diferentes situações, contribuindo para segurança do processo, quanto à identificação correta antes da prestação do cuidado.

As três dimensões estudadas na pesquisa: a comunicação, padronização de normas e protocolos, e o desenvolvimento de competências profissionais relativas à segurança do paciente aproximam-se dos domínios relacionados às competências em segurança do paciente, que foram elencadas em 2008, e atualizadas em 2020 (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2008/2020). Deste modo, observa-se a importância e atualidade dos subtemas desenvolvidos neste estudo, em consonância aos subtemas evidenciados no plano global de segurança do paciente 2021 – 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021), e estrutura de competência de segurança interprofissionais (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2020).

### 5.3 A SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA

Ao planejar a execução da simulação, oportunizou-se, aos participantes, inclusive aos líderes, ampliar o conhecimento, a partir de erros e acertos na prática simulada. Ao observar os resultados e compará-los e com as expectativas de aprendizagem, tempo para o desenvolvimento da simulação, conteúdo abordado correspondente ao tema e se a simulação possibilitou associar teoria e prática, verificou-se que a estratégia utilizada foi satisfatória, classificada entre boa e excelente, para todos os participantes da pesquisa,

Ao analisar os resultados, separando observadores e atores, verificou-se que todos os atores avaliaram como excelente, e os observadores avaliaram 70% como excelente, e 30% como bom, demonstrando que para os atores, a expectativa em relação à aprendizagem foi bem mais produtiva do que para os observadores. Resultado significativo quanto à aprendizagem relacionada ao fazer, ainda que de modo simulado. Deste modo, aponta-se que oportunizar ao aprendiz desenvolver determinada cena educativa, contribui para o aprendizado, ao se inserir como protagonista.

Reitera-se, portanto, a assertiva de que a integração é uma das principais metas do aprendizado, pois oportuniza ao indivíduo colocar em prática o que foi visto na teoria (OSÓRIO et al., 2022). Nesta pesquisa, os participantes, incluindo os profissionais em formação nos programas de residência de enfermagem e medicina atores, apontaram situações que possibilitaram essa integração, como observação de uma situação trivial em ambiente simulado, e a discussão sobre essas cenas observadas, aprimorando conhecimento, habilidade e atitude.

A aplicação da simulação como estratégia de ensino possibilita o aperfeiçoamento em segurança do paciente. Inserir o aluno como protagonista da própria preparação profissional favorece o desenvolvimento de aprendizado significativo, a qual representa a incorporação de conhecimentos aos existentes (MOREIRA; OSTERMANN, 1999).

Ao observar a nuvem de palavras, a palavra 'aprendizagem' se destacou, inferindo-se que a simulação permite o desenvolvimento de habilidades e competências e favorece a atuação após a formação.

A transformação do processo de aprendizagem tem se mostrado favorável e cativante, pois possibilita a edificação do conhecimento de forma coletiva ou individual. Centrar o ensino-aprendizado no estudante contribui para formação profissional, construindo profissionais com competências, habilidades e raciocínio rápido (LEITE et al., 2021).

## 6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa é replicável e apresenta a sistematização, em formato de Guia, para estruturar, validar, testar e avaliar a aplicação da simulação como tecnologia educativa para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente.

Evidenciou-se que a simulação contribui para a formação profissional dos indivíduos na prática clínica, o desenvolvimento e consolidação de habilidades técnicas e cognitivas, partindo da identificação das lacunas em segurança do paciente. O direcionamento do cenário ao contexto institucional e subtemas educacionais contribui para inovação, quando se trata de processo educativo, com uso da simulação em segurança do paciente, uma vez que essa oportunizou o desenvolvimento de competências direcionadas às fragilidades institucionais, com simulação do cotidiano assistencial e com vistas a promover o cuidado seguro.

A elaboração de um guia de modelagem tecnológica educativa em segurança do paciente, sedimentada teórica e metodologicamente, replicável e adaptável, de acordo com a realidade das instituições de ensino e saúde, apresenta-se como inovação que possibilita aos serviços desenvolverem atividades direcionadas e envolvendo profissionais de diferentes níveis de atuação. A vivência na trajetória metodológica também aponta para potencial incorporação da estratégia nas práticas educacionais da instituição na qual a pesquisa foi realizada.

As limitações estão relacionadas à baixa participação de residentes de medicina na pesquisa, comprometendo parcialmente a contextualização e avaliação da estratégia por essa categoria profissional.

Também, considera-se como limitação a não participação da totalidade dos líderes nas etapas de observação e avaliação da simulação, incluindo o *debriefing*. Essa condição comprometeu maior troca de experiência e discussão entre todos os participantes da pesquisa. Cabe explorar os determinantes dessas limitações, o que extrapola os objetivos do presente estudo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de uma tecnologia educacional, de acordo com a necessidade do serviço, direcionou as ações às fragilidades do cotidiano do profissional que atua na prática clínica e direcionou a construção e utilização do texto narrativo direcionado à vivência profissional, observação e análise de uma situação trivial, com foco em pontos que poderiam passar despercebidos. Observou-se que a atuação dos profissionais em formação, como atores no desenvolvimento da simulação, proporcionou aproveitamento para consolidação de competências; a encenação oportunizou engajamento e sensibilização diante da oportunidade de atuar como outro profissional.

A avaliação, o ajuste e a validação do cenário por líderes e chefias de serviços estratégicos à segurança do paciente garantiram que os objetivos da simulação estivessem de acordo com a demanda institucional. A partir da validação em relação ao conteúdo, à concordância e confiabilidade dos resultados, o cenário foi aplicado aos profissionais em formação, em consonância com a realidade do hospital.

O *debriefing* possibilitou a aproximação entre líderes e/ou chefias com os profissionais em formação, favoreceu a troca de experiências e visões sobre os processos de aprendizagem.

A contribuição social e acadêmica desta pesquisa está no potencial de replicação em outros ambientes acadêmicos e de assistência à saúde, assim como a adaptação a diferentes contextos e público-alvo.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. F.; ALMEIDA, V.S.R. **Português básico: gramática, redação, texto**. 5. ed. – 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.
- ALSHAHRANI, S. et al. Medical students' insights towards patient safety. **Sultan Qaboos University Medical Journal**, v. 21, n. 2, p. 253–259, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18295/squmj.2021.21.02.014>>. Acesso em 20 de agosto 2022.
- ATANÁZIO, M.G.N. et al. Segurança do paciente: representação social para profissionais de saúde em âmbito hospitalar. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 31, n. 1, p. 34–45, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v31.e1.a2019.pp34-45>>. Acesso em 23 de agosto 2022.
- BARBOUR, R.; KITZINGER, J. **Desenvolvendo pesquisas em grupos focais**. 6 Bonhill Street, Londres Inglaterra EC2A 4PU Reino Unido: SAGE Publications Ltd, 1999. Acesso em: 8 mar. 2023.
- BELLAGUARDA, M.L.R. et al. Simulação realista como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0271>>. Acesso em 20 de jul. 2022.
- BERTRAND, B. et al. Positive communication behaviour during handover and team-based clinical performance in critical situations: a simulation randomised controlled trial. **British Journal Of Anaesthesia**. v. 126, n. 4, p.854–861, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2020.12.011>>. Acesso em 20 de jan. 2023.
- BLAND, A. J.; TOPPING, A.; WOOD, B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. **Nurse education today**, v. 31, n. 7, p. 664–670, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.10.013>>. Acesso em 21 de jan. 2023.
- BOEIRA, E.R. et al. Infection control and patient safety measures addressed in nursing pedagogical projects. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, n. 0, p. e03420, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042303420>>. Acesso em 21 de jan. 2023.
- BOHOMOL, E. Educação em segurança do paciente na graduação em Enfermagem na perspectiva do ensino. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0364>>. Acesso em 20 de jun. 2022.
- BRANDÃO, M.G. A.; BRITO, D.E.; BARROS, L.M. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.84>>. Acesso em: 10 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF; 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. **Aprova os protocolos de segurança do paciente**. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de julho 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de julho de 2013. **Aprova os protocolos de segurança do paciente**. Diário Oficial da União. Brasília, 24 de julho de 2013b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html). Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [on-line]**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2 Abr 2013c [citado em 2018 Dez]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo de identificação do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA, Fiocruz, 2013d. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>. Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA, Fiocruz, 2013e. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo de cirurgia segura**. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA, Fiocruz, 2013f. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura>. Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo de higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA, Fiocruz, 2013g. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higien-e-das-maos>. Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013h. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Brasília, DF; 2013h. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 583/2001, aprovado em 4 de abril de 2001. **Estabelece as Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação.** Diário Oficial da União [Internet].

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001a. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.** Diário Oficial da União [Internet].

\_\_\_\_\_. Constituição Federal Lei no 10.172, de 9 de janeiro de 2001b, aprovou o **Plano de Nacional de Educação e dá outras providências.** Diário Oficial da União [Internet].

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Anvisa. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, 2014a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Anvisa. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, 2014b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 8 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Acesso em: 26 jun. 2022.

CARVALHO, L.R.; MASCARENHAS, S.H.Z. Construção e validação de um cenário de simulação sobre sepse: estudo metodológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p.e03638, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2019021603638>. Acesso em: 21 de jan. 2023.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions.** 1st Edition. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions.** 2nd Edition. Edmonton, Alberta; March 2020.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel da gestão do talento humano**. 5. ed. - 3ª Reimp. São Paulo: Atlas, 2022.

COLLINS, K. et al. The impact of interprofessional simulation experiences in occupational and physical therapy education: a qualitative study. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao2256>>. Acesso em: 21 jan. 2023.

CRONBACH, Lee J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: São Paulo, 2020.

DOMINGUES, I. et al. Contribuições da simulação realística no ensino-aprendizagem da enfermagem: revisão integrativa. **Research, Society And Development**. v. 10, n. 2, p. 1-9, 2021. Research, Society and Development. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12841>. Acesso em: 20 out. 2022.

DURAND, T. **The alchemy of competence**, New York, p. 303-330, 1998. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/ThomasDurand/publication/265663969\\_The\\_Alchemy\\_of\\_Competence/links/551bc8230cf2fe6cbf75e825/TheAlchemy-of-Competence.pdf](https://www.researchgate.net/profile/ThomasDurand/publication/265663969_The_Alchemy_of_Competence/links/551bc8230cf2fe6cbf75e825/TheAlchemy-of-Competence.pdf). Acesso em: 5 mai. 2021.

\_\_\_\_\_. **L'alchimie de la compétence**. *Revue Française de Gestion*, 41 (253), 267–295, 2000. <https://doi.org/10.3166/rfg.160.261-292>.

DONALDSON, L. An organisation with a memory. **Clinical medicine (London, England)**, v. 2, n. 5, p. 452–457, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.2-5-452>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

EBSERH, **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, Curitiba, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

FABRI, R.P.; et al. Desenvolvimento de um roteiro teórico-prático para simulação clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 0, p. e03218, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016265103218>>. Acesso em 2 abr. 2023.

FIGUEIROA, A.; PONTES, G.A.; BELIAN, R.B. Simulação clínica e ensino médico. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**, v. 5, n. 1, p. 99-111, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36517/resdite.v5.n1.2020.re9>. Acesso em: 29 jun 2022.

FIRMINO, J.S.C. et al. Passagem de plantão, comunicação efetiva e o método SBAR, na percepção dos enfermeiros de uma unidade coronariana. **REME**, v. 26, p.

1–11, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39241>>. Acesso em: 2 jan. 2023.

FLORES, D.R.M.M.T. et al. Dificuldades e estratégias na integração ao cuidado da pessoa em situação crítica: uma scoping review. **Enfermería Global**, v. 21, n. 2, p. 469–516, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.478501>>. Acesso em: 22 jan. 2023.

FLATO, U.A.P.; GUIMARÃES, H.P. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. **Rev Bras Clin Med**, v. 9, n. 5, p. 360-365, out. 2011.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 5, p. 183–196, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1415-65552001000500010>>. Acesso em: 2 jan. 2023.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 16. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

GABA, D. M. The future vision of simulation in health care. **Qual Saf Health Care**. Londres, v. 13, supl. 1, p. i2-i10, out. 2004. DOI 10.1136/qshc.2004.009878 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15465951> Acesso em: 8 out. 2022.

GARBUIO, D. C. et al. Construção e validação com peritos de um cenário para atendimento à pacientes com lesão por pressão. **Congresso Paulista de Estomaterapia**, [S. l.], 2021. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/cpe/article/view/89>. Acesso em: 2 abr. 2023.

GRANT, Joan S.; DAVIS, Linda L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in nursing & health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.

HEMESATH, M. P. et al. Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180325>>. Acesso em: 2 fev. 2023.

HOYOS, M.C.H; PALACIO, S.M.V. Educação interprofissional e segurança do paciente: uma revisão sistemática. **Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo** v. 23, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.ie23.eisp>>. Acesso em: 2 abr. 2023.

INACSL STANDARDS COMMITTEE et al. INACSL standards of best practice: SimulationSM simulation design. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 12, p. S5-S12, 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. National Academy Press. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>. Acesso em 21 de jul. 2022.

ISIDORO, F.G.R. et al. Formação interprofissional na graduação em saúde: revisão sistemática de estratégias educativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 46, n. 3, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20220030>>. Acesso em: 2 fev. 2023.

JEFFRIES, P. R. **The NLN Jeffries Simulation Theory**, 1<sup>a</sup> ed. New York: Wolters kluwer, 2016.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de acreditação da Joint Commssion International para hospitais**. 6. ed. Oak Brook: JCI, 2017.

KANEKO, R.M.U.; LOPES, M.H.B.M. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 53, n. 0, p. e03453, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>>. Acesso em: 8 out. 2022.

LANDIS, J. Richard; KOCH, Gary G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-174, 1977.

LAGUNA, Y.C. et al. Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática. **Enfermería Universitária**. v. 16, n. 3, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.689>>. Acesso em 21 de jan. 2023.

LEE, K.S. et al. A randomized controlled trial of simulation training in teaching coronary angiographic views. **BMC Medical Education**. v. 22, n. 1, p. 644, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-022-03705-z>>. Acesso em: 8 jan. 2023.

LEITE, K.N.S. et al. Utilização da metodologia ativa no ensino superior da saúde: revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v25i2.2021.8019>>. Acesso em: 8 jan. 2023.

LILLOT, M. et al. Simulation of difficult airway management for residents: prospective comparative study. **Brazilian Journal of Anesthesiology (Elsevier)**. v. 69, n. 4, p. 358–368, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2019.03.004>>. Acesso em: 8 jan. 2023.

MARTINS, J.C.A. et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 619–625, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000400022>>. Acesso em: 8 mar. 2022.

MORAN, J.; BACICH, L. **Metodologias ativas para uma educação inovadora**. 1. ed. Porto Alegre: Penso, 2018.

NASCIMENTO, M.S.; MAGRO, M.C.S. Realistic simulation: method of improving knowledge and self-confidence of nursing students in the administration of medication. **REME**. v. 22, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180024>>. Acesso em: 29 agosto 2022.

MOREIRA, M. A.; OSTERMANN, F. Teorias construtivistas. Porto Alegre: UFRGS, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, L. H. **Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert. Notas de aula. Metodologia científica e técnicas de pesquisa em administração**. 20 05. 173f. Dissertação (Mestrado em Adm. e Desenvolvimento Organizacional). PPGA CNEC/FACECA: Varginha, 2005.

ORTEGA, Á.C. et al. Avaliação de competência de residentes de Medicina Intensiva por meio de uma avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) baseada em simulação. Um estudo observacional multicêntrico. **Medicina intensiva**, v. 46, n. 9, pág. 491–500, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2022.01.011>>. Acesso em: 21 de jan. 2023.

OSÓRIO, M.E.M. et al. A experiência de ser paciente simulado durante a formação na área da saúde. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 23, p. 1–13, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130/es.2022v23.e880>>. Acesso em: 10 jan. 2023

PANATTIERI, N. D. et al. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. patient safety and the international goals: consensus document. **Arch Argent Pediatr**. 2019;117 Supl 6:S277-S309. Disponível em: [https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos\\_consenso-seguridad-del-paciente-y-las-metas-internacionales-92.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_consenso-seguridad-del-paciente-y-las-metas-internacionales-92.pdf) Acesso em: 10 jun. 2022.

PAZIN FILHO, A.; SCARPELINI, S. Simulação: definição. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**. v. 40, n. 2, pág. 162–166, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i2p162-166>>. Acesso em: 8 mar. 2023.

PEREIRA, I.M. et al. Modalidades e classificações da simulação como estratégia pedagógica em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**. v. 14, p. e8829, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.25248/reaenf.e8829.2021>>. Acesso em: 29 agosto 2021.

PINTO, I.R. et al. Construção e validação de cenário de simulação clínica sobre o cuidado com o coto umbilical. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210245.pt>>. Acesso em: 2 abr. 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

QUILICI A.P. et al. **Simulação clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Atheneu; 2012.

ROHRS, R.M.S. et al. Impacto da metodologia de simulação realística na graduação de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5269, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23005p5269-5274-2017>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SANTOS, A.C. **Gestion del conocimiento: analisis y proyeccion de los recursos humanos**. Cuba: Ed. CUJAE, 2001. (Comunicação Pessoal).

SCHORR, V. et al. Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. **Interface**, v. 24, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/interface.190119>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SILVA, A.T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**. v. 40, n. 111, p. 292–301, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611123>>. Acesso em: 8 jun. 2021.

SILVA, K.R. et al. A simulação como estratégia de formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**. v. 5, n. 1, p. 04–15, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.36517/resdite.v5.n1.2020.a1>>. Acesso em: 8 jun. 2021.

SOARES, E.A. et al. Cultura de Segurança do Paciente e a Prática de Notificação de Eventos Adversos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. n. 36, p. e1657, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.25248/reas.e1657.2019>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

WALLIMAN, N. **Métodos de Pesquisa**. 1 ed. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition**. Genebra: WHO, 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 08 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **World alliance for patient safety**. Washington: World Health Organization, 2004. Disponível: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>. Acesso em: 8 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: WHO, 2010.

ZUGNO, R.M. et al. Competências de segurança do paciente na educação: percepções de graduandos em enfermagem e medicina. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 36, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v36.45552>>. Acesso em: 8 mar. 2023.

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - LÍDERES

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Bruna dos Santos da Universidade Federal do Paraná, e Tatiana Brusamarello do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) senhor(a) ocupantes de cargos de liderança e/ou chefia de serviços de educação e qualidade a participar da pesquisa “A simulação realística como estratégia educativa em segurança do paciente”. Com a realização dessa pesquisa espera-se **sistematizar a simulação realística para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente para os programas de residência em saúde.**

Caso o senhor(a) concorde em participar da pesquisa, sua participação será para identificar dos principais desafios e lacunas em segurança do paciente, e validação de cenário de simulação realística. Na primeira fase, o(a) senhor(a) participará do grupo focal que acontecerá em um encontro, para contextualização das competências e temas chaves. Posteriormente, em outro momento sua participação se dará para avaliação do cenário de simulação, utilizando-se um instrumento elaborado pela autora.

Para tanto, o(a) senhor(a) deverá comparecer no Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, localizado na rua General Carneiro, 181, bairro Alto da Glória, Curitiba, Paraná, em sala e hora comunicada pelos pesquisadores previamente.

É possível que o(a) senhor(a) experimente algum ansiedade, desconforto ou constrangimento durante a reunião do grupo foral, uma vez que será discutido opiniões difentes sobre um mesmo tema. A fim de minimizar estes riscos, as pesquisadoras irão proporcionar um ambiente em que os participantes se sintam confortáveis, que estimule a discussão de forma tranquila e amena, com respeito à diversidade de opinião.

Os benefícios esperados com essa pesquisa é contribuir na formação

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
---

profissional dos residentes de enfermagem e de medicina, através da estruturação de um roteiro de simulação realística.

As pesquisadoras Elaine Drehmer de Almeida Cruz, Bruna dos Santos e Tatiana Brusamarello poderão ser contatadas pelos endereços eletrônicos: [elainedrehmercruz@gmail.com](mailto:elainedrehmercruz@gmail.com), [bruna\\_santos09@hotmail.com](mailto:bruna_santos09@hotmail.com), [tatiana.brusamarello@hc.ufpr.br](mailto:tatiana.brusamarello@hc.ufpr.br), e pelos telefones (41) 984168951, (47) 991493929, (41) 999436391, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:30 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: Elaine Drehmer de Almeida Cruz, Bruna dos Santos e Tatiana Brusamarello, sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. O(a) senhor(a) garante a garantia de que não aparecerá seu nome, quando o estudo for publicado.

O material obtido será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
---

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, \_\_\_\_\_

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____  Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
---

## APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – APRENDIZES

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Bruna dos Santos da Universidade Federal do Paraná, e Tatiana Brusamarello do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) senhor(a), enfermeiros e médicos, residentes dos Programas de Residência do CHC-UFPR a participar da pesquisa “A simulação realística como estratégia educativa em segurança do paciente”. Com a realização dessa pesquisa espera-se **sistematizar a simulação realística para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente para os programas de residência em saúde.**

Caso o(a) senhor(a) concorde em participar da pesquisa, será necessário participar de um cenário de simulação realística, que seguirá um roteiro teórico-prático. Na primeira fase, o(a) senhor(a) participará de um workshop com duração de aproximadamente uma hora, uma hora e trinta minutos, no qual serão abordados conceitos sobre a segurança do paciente, em formato de estudo de caso. Individualmente serão disponibilizados casos clínicos para avaliação e conduta, e discutidos coletivamente. Ao final do encontro serão apresentados os casos clínicos, com as condutas e intervenções realizadas, para discussão em grupo. Posteriormente, em outro momento sua participação se dará durante o desenvolvimento realístico de cenário, onde os casos clínicos serão estruturados e detalhados. Esta etapa terá duração de 40 minutos, aproximadamente. No final deste tempo, será feito o *debriefing* que corresponde à discussão dos casos em formato de roda de conversa, com tempo estimado de 20 minutos. Ao término desta etapa, os participantes farão a avaliação do cenário, com auxílio de um instrumento estruturado.

Para tanto, o(a) senhor(a) deverá comparecer no Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, localizado na rua General Carneiro,

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____  Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
---

181, bairro Alto da Glória, Curitiba, Paraná, em sala e hora comunicada pelos pesquisadores previamente.

É possível que o(a) senhor(a) experimente alguma ansiedade, desconforto ou constrangimento durante a simulação realística, uma vez que preencherá formulários, realizará avaliação e participará da simulação propriamente dita. A fim de minimizar estes riscos, as pesquisadoras irão proporcionar um ambiente em que os participantes se sintam confortáveis, que estimule a discussão e aprendizagem de forma tranquila e amena, com respeito à diversidade de opinião.

Os benefícios esperados com essa pesquisa é contribuir na formação profissional dos residentes de enfermagem e de medicina, através da estruturação de um roteiro de simulação realística.

As pesquisadoras Elaine Drehmer de Almeida Cruz, Bruna dos Santos e Tatiana Brusamarello poderão ser contatadas pelos endereços eletrônicos: elainedrehmercruz@gmail.com, bruna\_santos09@hotmail.com, tatiana.brusamarello@hc.ufpr.br, e pelos telefones (41) 984168951, (47) 991493929, (41) 999436391, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:30 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
---

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: Elaine Drehmer de Almeida Cruz, Bruna dos Santos e Tatiana Brusamarelo, sob forma codificada para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. O(a) senhor(a) terá a garantia de que não aparecerá seu nome, quando o estudo for publicado.

O material obtido será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
---

## APÊNDICE 3 – APRESENTAÇÃO AO GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E  
ENFERMAGEM



**A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ESTRATÉGIA  
EDUCATIVA EM SEGURANÇA DO PACIENTE**



Discente: Bruna dos Santos  
Orientadora: Profª Drª Elaine Drehmer de Almeida Cruz  
Coorientadora: Drª Tatiana Brusamarello

### MATERIAL E MÉTODO

- Pesquisa metodológica aprovada no CEPE CHC nº 53250221.6.0000.0096
- OBJETIVO: Elaborar um modelo de sistematização da simulação realística para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente para os programas de residência em saúde
- PÚBLICO-ALVO: residentes de enfermagem e medicina
- TEMA CENTRAL: segurança do paciente



## DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

- ETAPA 1: DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO E OBJETIVOS
  - Fase 1: definição das competências
  - Fase 2: identificação dos temas chaves
    - OBJETIVO: identificar coletivamente os principais desafios ou lacunas no tema a serem enfrentados, por meio da estratégia educativa
  - Fase 3: contextualização das competências e temas chaves
    - GRUPO FOCAL: ocupantes de cargos de liderança e/ou chefia (educação e qualidade)

## DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

- ETAPA 2: ESTRUTURAÇÃO DO CENÁRIO
  - Fase 1: conhecimento prévio do aprendiz
  - Fase 2: objetivo da aprendizagem
  - Fase 3: fundamentação teórica
  - Fase 4: preparação e validação do cenário
  - Fase 5: desenvolvimento do cenário
  - Fase 6: debriefing
  - Fase 7: avaliação

## PERGUNTA NORTEADORA

- Qual tema relacionado à segurança do paciente deve ser priorizado no cenário de simulação considerando as competências dos aprendizes?

## COMPETÊNCIAS

- Diretrizes Curriculares Nacionais
  - Atenção a saúde
  - Tomada de decisão
  - Comunicação
  - Liderança
  - Administração e gerenciamento
  - Educação permanente
- Canadian Patient Safety Institute



(BRASIL, Ministério da Educação, 2001; CPSI, 2020)

## COMPETÊNCIAS

### METAS 2021-2030



WHO, 2021

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Diário Oficial da União [Internet].
- CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. 2nd Edition. Edmonton, Alberta; March 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## APÊNDICE 4 – MATERIAL DE APOIO AO GRUPO FOCAL

**Universidade Federal do Paraná - UFPR**

**Setor de Ciências da Saúde - Programa de Pós - Graduação em Enfermagem**

**Nível:** Mestrado Acadêmico

**Orientadora:** Prof<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz

**Coorientadora:** Dr<sup>a</sup> Tatiana Brusamarello

**Discente:** Bruna dos Santos

Curitiba, 13 de abril de 2022.

QUADRO 1 - COMPETÊNCIAS: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA

(Continua)

<b>COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERAIS - DCN</b>	
<b>Atenção à saúde</b>	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 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;
<b>Tomada de decisão</b>	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;
<b>Comunicação</b>	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 e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
<b>Liderança</b>	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;

COMPETÊNCIAS: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA

(Conclusão)

<b>Administração e gerenciamento</b>	Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
<b>Educação permanente</b>	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, 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 através de redes nacionais e internacionais.

FONTE: Brasil (2001).

### COMPETÊNCIAS: CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE

O guia curricular de segurança do paciente da OMS (2011) determina conceitos e temas a serem inseridos na grade curricular. Nesse são delineados 11 tópicos que podem ser incorporados aos currículos, conforme demanda institucional, sendo eles:

O que é segurança do paciente?

Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?

A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente.

Atuar em equipe de forma eficaz.

Aprender com os erros para evitar danos.

Compreender e gerenciar o risco clínico.

Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados.

Envolver pacientes e cuidadores.

Prevenção e controle de infecções.

Segurança do paciente e procedimentos invasivos.

Melhorar a segurança no uso de medicação.

Os tópicos orientam a formação profissional e os currículos educacionais, com habilidades, comportamentos e conhecimento essenciais para formação, que

estão inseridas como atividades. **As competências, organizadas em domínios, estabelecidas pelo CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (2020) são:**

**Domínio 1: contribuir para uma cultura de segurança do paciente.**

“A melhoria da cultura de segurança do paciente envolve reconhecer a importância da colaboração contínua e o compromisso de defender a mudança”.

**Domínio 2: trabalhar em equipe pela segurança do paciente.**

“Equipes interprofissionais de alto desempenho demonstram capacidades e competências essenciais para uma prática colaborativa eficiente, eficaz e segura”.

**Domínio 3: comunicar-se de modo eficiente para a segurança do paciente.**

“A comunicação eficaz é benéfica para pacientes e profissionais de saúde, cria confiança e é uma pré-condição para obter o consentimento do paciente”.

**Domínio 4: gerenciar os riscos de segurança.**

“Os provedores de assistência médica coletam e monitoram dados de desempenho para avaliar riscos e melhorar resultados”.

**Domínio 5: otimizar fatores humanos e ambientais.**

“Otimizar os fatores humanos e ambientais que apoiam a obtenção do melhor desempenho humano é uma competência de segurança essencial para todos os profissionais de saúde”.

**Domínio 6: reconhecer, responder e revelar eventos adversos.**

“A divulgação aberta, honesta e empática e as desculpas apropriadas beneficiam pacientes e famílias, profissionais de saúde e suas organizações”.

**METAS OMS 2021-2030**

Os objetivos estratégicos elencados pela Organização Mundial de Saúde para 2021-2031 orientam as atividades a serem desenvolvidas para alcançar a mesma finalidade em diferentes instituições, agregando aos padrões já desenvolvidos anteriormente, capacitando e não limitando-o. Esses servem como norteadores dos caminhos a serem seguidos, e são compostos por 35 estratégias, divididas entre os sete objetivos traçados pela Organização Mundial de Saúde, formando uma matriz de 7x5 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021)

FIGURA 1 - ESTRUTURA COM OS SETE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. PLANO DE AÇÃO GLOBAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE 2021-2030: PARA ELIMINAR DANOS EVITÁVEIS NOS CUIDADOS DE SAÚDE. GENEBRA: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; 2021.<sup>1</sup>



FONTE: World Health Organization (2021).

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001c. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Diário Oficial da União [Internet].

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. 2nd Edition. Edmonton, Alberta; March 2020. Acesso em 20 de jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition**. Genebra: WHO, 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 08 ago. 2022.

## APÊNDICE 5 – MATERIAL DE APOIO PARA *WORKSHOP*

**Universidade Federal do Paraná - UFPR**

### ***Workshop***

**Instrutora:** Bruna dos Santos

Curitiba, 10 de novembro 2022

### **Material informativo da simulação**

**Tema:** segurança do paciente, comunicação, competências e trabalho em equipe

A segurança do paciente tem como objetivo “a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um nível mínimo aceitável” (BRASIL, 2013a). E, as metas internacionais de segurança do paciente ressaltaram as áreas da saúde que necessitam de maior atenção, com vistas a garantir assistência segura e de qualidade, sendo elas (BRASIL, 2013b; 2013c):

- **Identificar o paciente corretamente**
- **Melhorar a eficácia da comunicação**
- **Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância**
- **Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto:**
- **Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde**
- **Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.**

Tem-se a necessidade de envolver o paciente e/ou acompanhante no processo de tratamento, como protagonista, favorecendo a qualidade e segurança da assistência prestada, e participando ativamente na identificação de eventos e incidentes decorrentes do cuidado, sinalizando e contribuindo com o seu processo de tratamento (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

Os tópicos orientam a formação profissional e os currículos educacionais, com habilidades, comportamentos e conhecimento essenciais para formação, que estão inseridas como atividades. Frente à identificação de importante pesquisa nos

currículos dos cursos de graduação em saúde, o Canadian Patient Safety Institute identificou fragilidades no ensino sobre o tema segurança do paciente, abordagem superficial ou ausente. Importante iniciativa foi à criação de uma estrutura de competências de segurança, a qual determina conceitos e temas a serem inseridos na grade curricular. Assim, foi descrito, pelo Canadian Patient Safety Institute (2008), as competências, organizadas em seis domínios:

**Domínio 1:** contribuir para uma cultura de segurança do paciente.

**Domínio 2:** trabalhar em equipe pela segurança do paciente.

**Domínio 3:** comunicar-se de modo eficiente para a segurança do paciente.

**Domínio 4:** gerenciar os riscos de segurança.

**Domínio 5:** otimizar fatores humanos e ambientais.

**Domínio 6:** reconhecer, responder e revelar eventos adversos.

O tema segurança do paciente é transversal a todas as profissões da saúde, no entanto em uma varredura realizada observou-se que o tema estava superficial ou ausente nos cursos de graduação, com isso criou-se uma estrutura de competências de segurança que determina conceitos e temas a serem inseridos na grade curricular. No entanto, com intuito de manter a estrutura e os domínios atualizados e significativos para os docentes e instituições de ensino, atualizou-se gradativamente a estrutura de competências em segurança do paciente, com os seguintes domínios (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2020):

- **Domínio 1: Cultura de segurança do paciente**

Definição: A cultura de segurança do paciente é um padrão integrado de ações e comportamentos individuais e organizacionais baseados em crenças e valores compartilhados que permite que indivíduos e organizações busquem continuamente minimizar o potencial de dano ao paciente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados.<sup>1</sup> A cultura de segurança do paciente é caracterizada por liderança autêntica, comunicação ampla, oportuna e responsiva, transparência de informações, bem como o engajamento de pacientes e familiares.

- **Domínio 2: Trabalho em equipe**

Definição: Otimização do trabalho em equipe dentro e entre equipes para maximizar a segurança do paciente, a qualidade do atendimento e a saúde resultados.

- **Domínio 3: Comunicação**

Definição: Os profissionais de saúde envolvem pacientes e familiares em um diálogo aberto para promover a segurança do paciente e prevenir e responder a incidentes de segurança do paciente.

Descrição: Este domínio centra-se em processos em que os profissionais de saúde e os líderes de saúde compartilham e recebem informações para desenvolver relacionamentos interpessoais positivos em situações clínicas, dentro e entre organizações, e apoiar o envolvimento ativo do paciente e o atendimento seguro e eficaz ao paciente. As práticas de comunicação incluem comunicações escritas, orais e tecnológicas. Ferramentas de comunicação online e canais de informação são métodos importantes para aumentar a conscientização sobre as ameaças à segurança do paciente.

Por meio de uma comunicação eficaz, os profissionais de saúde e os líderes de saúde compartilham conhecimentos de segurança e melhoram sua compreensão das perspectivas do paciente e da família. Um dos objetivos mais importantes da comunicação eficaz é estabelecer parcerias com pacientes e familiares como membros de sua própria equipe de saúde, bem como quando engajados como parceiros de equipes de segurança e qualidade. As perspectivas dos pacientes e familiares sobre seus cuidados estão em constante evolução, são fundamentadas em um sentimento de confiança e conforto com os processos de cuidado e são influenciadas pelo contexto social e pelos valores da comunidade. A comunicação eficaz é benéfica para pacientes e profissionais de saúde, cria confiança e é uma pré-condição para obter o consentimento do paciente. 2020, Instituto Canadense de Segurança do Paciente 15 Informações claras e consistentes permitem que os pacientes compreendam os riscos, benefícios e possíveis resultados de investigações e tratamentos, com o objetivo de participar como parceiros plenos em seu próprio cuidado e na tomada de decisões compartilhadas.

- **Domínio 4: Segurança, Risco e Melhoria da Qualidade**

Descrição: Atuar sobre os riscos de segurança é um conceito amplo que engloba identificar, avaliar, reduzir e mitigar os riscos de segurança para pacientes e profissionais de saúde. Isso é conseguido envolvendo os pacientes e suas famílias e outros membros da equipe de atendimento na

implementação de princípios informados por evidências de design de sistema e melhoria da qualidade.

- **Domínio 5: otimizar fatores humanos e dos sistemas.**

Descrição: Gerenciar a interação entre pessoas (indivíduos, profissionais de saúde, pacientes, familiares e equipes) e outros fatores do sistema (tarefas, ferramentas/tecnologias, organizacionais, ambientais) para otimizar a segurança do paciente.

- **Domínio 6: reconhecer, responder e divulgar incidentes de segurança do paciente.**

Descrição: Reconhecer e relatar incidentes de segurança do paciente, responder de forma adequada e eficaz para mitigar os danos, garantir a divulgação e prevenir recorrências.

Considerando também, que as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecem competências gerais para os cursos de enfermagem e medicina; Atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente, e específicas para cada curso dentro da saúde, visando um formar um perfil profissional humanizado, crítico e reflexivo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [on-line]**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2 Abr 2013a [citado em 2018 Dez]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. **Aprova os protocolos de segurança do paciente**. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de julho 2013b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em: 8 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de julho de 2013. **Aprova os protocolos de segurança do paciente**. Diário Oficial da União. Brasília, 24 de julho de 2013c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html). Acesso em: 8 jun. 2021.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. 1st Edition. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. 2nd Edition. Edmonton, Alberta; March 2020.

VILLAR, VCFL; DUARTE, S. DA CM; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de saude publica**. v. 36, n. 12, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00223019>>. Acesso em: 8 jun. 2021.

## APÊNDICE 6 – CASOS PARA WORKSHOP

### Estudo 1: Unidade de clínica médica

Unidade de clínica médica – Leito 102-1	Unidade de clínica médica – Leito 102-2
<u>IDENTIFICAÇÃO</u> Nome: B.H.C. – 66 anos DN: 14/10/1956. Sexo: masculino  <u>DIAS INTERNADO:</u> 3 Dias  <u>DIAGNÓSTICO:</u> Mal estar NE  <u>MEDICAÇÃO CONTÍNUA:</u> AAS 100 mg 1x ao dia Espironolactona 25 mg 1x ao dia Furosemida 40 mg 1x ao dia Losartana (potássica) 50 mg 1x ao dia Omeprazol 20 mg 1x ao dia Sinvastatina 40 mg 1x ao dia	<u>IDENTIFICAÇÃO</u> Nome: B.C.H. – 36 anos DN: 14/10/1984. Sexo: masculino  <u>DIAS INTERNADO:</u> 5 Dias  <u>DIAGNÓSTICO:</u> Dor abdominal NE  <u>MEDICAÇÃO CONTÍNUA:</u> Puran T4 40mg 1x ao dia

FONTE: A autora (2022).

Foi prescrito para o paciente do leito 102-2 azitromicina de 8 em 8 horas e cetoprofeno EV SN, puran T4 pela manhã em jejum, porém o mesmo está com a alta programada para hoje e foi suspenso o ATB, e mantido AVP para caso o paciente apresente dor. No leito 102-1, o paciente mantém AVP permeabilizado, mas não possui medicação EV pois foi suspenso pela manhã, segue com prescrição de clonazepam a noite para observar a evolução do quadro. O paciente do leito 102-2 relata que apresenta dor, comunica a enfermagem, e o técnico de enfermagem prepara a medicação prescrita para realizar administração, ao adentrar no quarto se direciona para o leito 102-1, ao realizar a conferência na pulseira do paciente que contem: nome completo e data de nascimento, o mesmo confirma o primeiro nome, e o dia e mês do aniversário, e não realiza a administração do medicamento.

#### Questões:

- O que ocorreu nessa situação?
- Como seria classificado o incidente?
- A utilização das metas fez diferença?
- A utilização de quais protocolos institucionais evitaram a ocorrência de um incidente?
- Você profissional, no seu dia-a-dia, já teve alguma situação em que os protocolos, normas e rotinas da instituição fizeram com que você não cometesse algum erro?
- Na sua visão tem-se a necessidade de seguir esses protocolos, normas e rotinas? Faz diferença?

**Estudo 2: Unidade de clínica psiquiátrica**

<b>Unidade de clínica psiquiátrica – Leito 102-1</b>
<p><b><u>IDENTIFICAÇÃO</u></b>  Nome: B.H.C. – 66 anos  DN: 14/10/1956.  Sexo: Feminino</p> <p><b><u>DIAGNÓSTICO:</u></b>  Dor abdominal</p> <p><b><u>MEDICAÇÃO CONTÍNUA:</u></b>  Anlodipina (Besilato) 5mg 1x ao dia  Atenolol 50 mg 1x de 12/12horas  Hidroclorotiazida 25mg 1x de manhã  Losartana (potássica) 50 mg 1x de 12/12horas  Sinvastatina 40 mg 1x a noite  Clonazepam 40 mg 2x ao dia</p>

FONTE: A autora (2022).

Informações recebidas na troca do plantão: Paciente interna na unidade no final do dia internada encaminhada da UPA, com diagnóstico de dor abdominal o acompanhante estava no momento da internação, e informou que o paciente estava com dificuldade de deambular e noite passada quase caiu da cama ao tentar levantar, e que o mesmo tem alergia a dipirona, acompanhante vai para a residência buscar as roupas. Paciente acompanha com a neurologia, tem exames de imagens agendados para amanhã pela manhã, médico não deixou prescrito medicação SN no caso de dor. Realizada admissão, liberado acompanhante e orientado sobre normas e rotinas da unidade

Paciente com alergia a dipirona, identificação no quadro de identificação e pulseira com alerta de alergia em MS. Próximo as 20 horas, acompanhante da paciente chega para passar a noite com o paciente. Ao chegar e observar familiar, avalia que a mesma se apresenta agitada, inquieta e com intensa dor abdominal, comunica equipe de enfermagem, que chama médico para realizar avaliação, realiza a prescrição de medicação SN (buscopam 1 amp IM AGORA). Paciente fica um pouco mais calma, com um leve alívio dos sintomas, realiza repouso no leito, no entanto, a medicação parece fazer pouco efeito, 3 horas após apresenta novo quadro de agitação, náuseas e vômito e dor abdominal intensa, sai do leito sozinha, não segue as orientações da enfermagem e do acompanhante, enfermagem comunica médico que realiza nova prescrição de SN (diazepam 1 amp IM AGORA + tramal 50mg EV + dramin 1 amp EV), o que faz com que a paciente se apresente sonolenta, mas com melhora da dor abdominal. Por volta das 2 horas da manhã, acompanhante da paciente extremamente cansado, trabalhou o dia inteiro e a noite veio ao hospital cuidar da tia, adormece. Paciente sonolenta, acorda, e precisa ir ao

banheiro, percebe que a luz está acesa, e pelo fato de saber que o seu acompanhante trabalhou o dia todo, opta em ir sozinha sem chamar ele ou alguém para auxiliar, pois mesmo com a grade da cama levantada, ela consegue escorregar e sair pela lateral. Paciente consegue ir ao banheiro sem dificuldade, mas ao retornar para o quarto e se apoiar na cama, a mesma não está travada (rodas), e acaba indo para trás a paciente cai no chão! Como estava sonolenta não conseguiu apoiar-se com as mãos, e acabou machucando o rosto.

Refere dor em braço E, e em face. Apresenta deformação em MSE, com suspeita de fratura de punho, escoriações e hematomas em face.

Avaliado pela enfermagem, avaliado pelo médico, realizado exames. Fratura de ulna em MSE, e contusão de nariz.

#### Questões:

- O que ocorreu nessa situação?
- Como seria classificado o incidente?
- A utilização das metas fez diferença?
- A utilização de quais protocolos institucionais evitaram a ocorrência de um incidente?
- Você profissional, no seu dia-a-dia, já teve alguma situação em que os protocolos, normas e rotinas da instituição fizeram com que você não cometesse algum erro?
- Na sua visão tem-se a necessidade de seguir esses protocolos, normas e rotinas? Faz diferença?

## APÊNDICE 7 – CHECKLIST PARA MONTAGEM DO CENÁRIO

<b>CHECK LIST PARA MONTAGEM DO CENÁRIO</b>		
<b>Local</b>	<b>Presente</b>	<b>Ausente</b>
Unidade de internação com três ambientes: posto de enfermagem, corredor, enfermaria		
<b>Posto de enfermagem</b>		
Mesa		
Computador		
03 Cadeiras		
Bancada		
03 Pranchetas		
Canetas		
Almotolia de álcool 70%		
<b>Corredor</b>		
Almotolia com álcool 70%		
<b>Enfermaria</b>		
02 camas hospitalares arrumadas com lençol e travesseiro		
02 cadeiras de apoio para o acompanhante		
02 mesas de apoio		
01 caixa de luvas		
Almotolia de álcool 70%		
Quadro identificador em cada leito		
<b>Recursos para os enfermeiros</b>		
Prancheta com impresso de passagem de plantão		
Caneta		
Telefone		
Impresso com instruções		
<b>Recursos para o médico</b>		
Prancheta com prontuário do paciente		
Impresso com instruções		
<b>Recursos para o paciente</b>		
Impresso com instruções		

FONTE: A autora (2022).

**APÊNDICE 8 – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO CENÁRIO**

<b>IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES</b>			
Nome:		Data de Nascimento:	
Gênero	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
E-mail:			
Formação	<input type="checkbox"/> Medicina	<input type="checkbox"/> Enfermagem	
Tempo de formação:			
Ano da residência:			
<input type="checkbox"/> primeiro ano <input type="checkbox"/> segundo ano <input type="checkbox"/> terceiro ano			
	Sim	Não	Observação
Contato com o tema: Segurança do paciente?			
Participou de alguma estratégia de ensino com uso da simulação realística anteriormente?			Se sim, quantas?

FONTE: A autora (2022).

## APÊNDICE 9 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO CENÁRIO

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO						
Nome:			Data de Nascimento:			
Gênero			( ) Masculino		( ) Feminino	
E-mail:						
Graduação em:			Qualificação:			
Setor de atuação:						
Presente no primeiro Grupo Focal: ( ) Sim ( ) Não						
Se não, teve acesso ao que foi discutido em grupo? ( ) Sim ( ) Não						
<b>OBJETIVO DA SIMULAÇÃO:</b> Os objetivos da aprendizagem definidos pela pesquisadora, a partir da discussão com líderes em grupo focal, são: Desenvolver a comunicação entre a equipe interprofissional. Entender a importância dos protocolos e da inserção do paciente no processo de cuidar. Desenvolver competências profissionais relativas à segurança do paciente.						
Nº	ITEM A SER AVALIADO	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
1	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à comunicação?					
2	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à adesão às normas e protocolos institucionais?					
3	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas ao envolvimento do paciente durante a prestação do cuidado?					
4	O desenvolvimento do cenário propicia percepção de lacunas relacionadas à transversalidade do tema segurança do paciente?					
5	O cenário de simulação se aproxima da prática assistencial e educativa do aprendiz <sup>1</sup> ?					
6	A cena estimula o aprendiz <sup>1</sup> a refletir sobre a prática profissional?					
7	A elaboração do caso contribui para atingir o objetivo proposto?					
<sup>1</sup> Aprendiz: residentes de enfermagem e medicina.						

FONTE: A autora (2022).

## APÊNDICE 10 – ROTEIRO DA SIMULAÇÃO

### ROTEIRO DO CENÁRIO

#### 1 – TEMPO:

- **Desenvolvimento da cena:** 10 min
- **Debriefing:** 35 min

#### 2 – RESIDENTES APRENDIZES:

- **Atores:** Desenvolver a cena de acordo com o roteiro.
- **Avaliadores:** avaliar a cena de acordo com o INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.
- Discussão em grupo referente a cena e cenário desenvolvido

#### 3 – CASOS:

- 101 - 01: Maria Elaine da Silva, DN: 23/06/1956, 64 anos, feminino, natural de Barauná /RN. Internou na data de ontem com diagnóstico de dor abdominal à investigar. Encaminhada pela UPA Pinheirinho. Aguarda avaliação médica esolitação de exames complementares.
- 101-02: Elaine da Silva Moraes, DN: 23/03/1963, 57 anos, feminino, natural de Curitiba/PR. Internada há 3 dias, encaminhado da UPA Boa Vista. 6° PO de uretolítiase com colocação de duplo J no CHC. Diabética, com queixas de hematúria.

## ROTEIRO DO CENÁRIO

Roteiro do cenário	
Cena 1	<p><b>Início da simulação e direcionamento das atividades. Maria (enfermeira 1) e Joana (enfermeira 2) iniciam a passagem de plantão, e o médico inicia a leitura do prontuário da sua paciente.</b></p>
Posto de enfermagem	<p><b><u>A MARIA está finalizando o seu plantão noturno, organizando a bancada do setor enquanto aguarda o colega JOANA para a passagem de plantão.</u></b></p> <p><i>(FACE: expressão facial de “felicidade” pela chegada do colega, mas com uma postura de “cansaço” pelo final do turno.)</i></p> <p>JOANA chega à unidade, e pergunta:  - <u>Como está? Como foi o plantão?</u>  MARIA, que está finalizando o plantão, responde:  - <u>Estou bem! Mas o plantão foi agitado, bastante internação.</u></p> <p>JOSÉ chega à unidade no mesmo horário que JOANA, e direciona-se ao computador para realizar a leitura do prontuário do paciente.  Ao observar que os enfermeiros estão conversando para trocar o turno, pergunta aos colegas:  - <u>Como meu paciente, a Senhora Elaine, passou a noite?</u></p> <p>MARIA responde:  - <u>Passou bem!</u></p> <p>Nesse momento, MARIA e JOANA saem do posto de enfermagem e se direcionam à enfermaria para iniciar a passagem de plantão a beira leito.</p>
Enfermaria	<p>Os enfermeiros entram na enfermaria 101, para conferência do nome das pacientes e leitos, após voltam para o corredor para realizar a passagem de plantão.  MARIA, diz:  - <u>101-01: Maria Elaine da Silva (REGIONALIDADE NO NOME -ELÁYNe), DN: 23/06/1956, 64 anos.</u>  - <u>101-02: Elaine da Silva Morais, 57 anos.</u></p> <p>Saem para o corredor...</p>

<b>Cena 2</b>	<b>MARIA inicia a passagem de plantão para o JOANA. E o DR. JOSÉ segue realizando a leitura do prontuário da sua paciente.</b>
Corredor	<p>MARIA, diz:  - <u>101-01, Maria Elaine da Silva (ELÁYNE), nome da mãe: Maria Gorete, 64anos, feminino, admitido ontem com queixas de dor abdominal NE; iniciou com dor há 3 dias associada a náuseas, vômito e diarreia.</u></p> <p><u>Apresenta-se alerta, calma, deambula com auxílio, SSVV estáveis, escala de dor: 10, AVP nº22 em MSD, diurese espontânea, intestinais ausentes no período, alérgica.</u></p> <p><u>Tem solicitação de coleta de exames de sangue e TC de abdômen.</u></p> <p>JOANA, pergunta:  - <u>Que horas será a TC?</u></p> <p>MARIA, responde:  - <u>Não tem definido, apenas passaram que iria ser no início da tarde!</u></p> <p>MARIA, diz:  <u>A próxima paciente é Sra. Elaine da Silva Moraes, 57 anos, encaminhada da UPA para internação com diagnóstico de hematúria, D6 PO de uretolitíase com inserção de duplo J.</u></p> <p><u>Paciente apresenta-se ansiosa, deambulante, com bom estado geral, apresentou hipotensão ontem, mas agora SSVV estáveis. Realizado HGT CPM em 230, realizado insulina conforme recomendado, diurese espontaneamente, ausência de hematúria. Nega alergia. Foi informado possível alta hoje à tarde.</u></p> <p>- <u>E é isso! A unidade está com 100% de ocupação.</u></p> <p>Enfermeiros vão retornando ao posto de enfermagem, nesse momento o MARIA diz:  - <u>Ah lembrei, o “paciente da TC” mantém jejum, acredito que chamem agora pela manhã, ligaram ontem início da noite avisando.</u></p> <p>MARIA, pega seus pertences e se retira da unidade.</p>

<b>Cena 3</b>	<b>JOANA mantém-se no posto de enfermagem realizando atividades, e o médico se direciona ao quarto da paciente para realizar avaliação.</b>
Enfermaria	<p>Nesse momento, o Dr. José entra no quarto para avaliar o paciente do 101-02, ao entrar no quarto passa álcool em gel nas mãos, e encontra a mesma em repouso no leito.</p> <p>JOSÉ, diz:  - <u>Bom dia, sou o Dr. José, sou médico residente, vou avaliar a senhora agora pela manhã, ok? Qual seu nome?</u></p> <p>Paciente responde:  - <u>Olá Dr., bom dia, meu nome é Elaine!</u>  - O JOSÉ, diz:  - <u>Nome completo, por favor?</u>  - Paciente responde:  - <u>Elaine da Silva Morais!</u>  JOSÉ pergunta:  - <u>Como a senhora passou depois da cirurgia?</u>  - Paciente responde:  - <u>Eu passei bem, só que hoje pela manhã, quando fui urinar saiu um pouco de sangue, é normal?</u>  O JOSÉ diz:  - <u>Sim, é normal, foi colocado duplo J! E como a Cirurgia é pelo canal, ocorre que pode sangrar um pouco sim, mas foi pouco ou muito que a senhora observou?</u>  Paciente responde:  - <u>Pouco! A urina está quase clara!</u>  - O JOSÉ, diz:  - <u>Aaah então ok, vou lhe dar alta agora pela manhã. Deixo escrito todas as orientações e receitas, ok?</u>  Paciente responde:  - <u>Ok, vou avisar minha família.</u>  - O médico, diz:  <u>Certo! Qualquer coisa que precisar, estou à disposição.</u></p>
Posto de enfermagem	<p>Dr. José se direciona ao posto de enfermagem para comunicar a enfermeira a alta da paciente, no entanto, a mesma está no telefone e não consegue conversar com ele.</p> <p>O médico sai do posto de enfermagem, e acaba não passando a informação oral da alta hospitalar.</p>

<b>Cena 4</b>	<b>Campainha do quarto 101 toca, e o JOANA se direciona para atender.</b>
Enfermaria	<p>Ao chegar no quarto o paciente do leito 101- 2 informa à enfermeira JOANA:</p> <p>- <u>Enfermeira, eu to com dor no braço, eu já falei que não dá para colocar medicação nesse braço, por que toda vida ele dói muito. Só que quando eu falei isso pra outra menina quando eu cheguei achou que era mentira, e colocou o soro aqui.</u></p> <p>JOANA se direciona ao leito e manuseia o acesso, após relata:</p> <p>- <u>Vou pegar um novo acesso.</u></p> <p>- Paciente responde:</p> <p>- <u>Não, mas eu to de alta já, o médico disse que ele ia lá me dá alta, não dá pra tirar?</u></p> <p>JOANA responde:</p> <p>Certo, vou verificar no prontuário.</p>

## APÊNDICE 11 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CENA

### INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO

COMUNICAÇÃO					
	Adequado	Quase adequado	Inadequado	Não avaliado	Observação
<p><b>Linguagem</b></p> <p>Adequada: compatível entre profissionais e entre profissional e paciente.</p> <p>Quase adequado: parcialmente compatível por uso de linguagem não técnica ou de difícil compreensão ao público.</p> <p>Inadequado: a comunicação foi prejudicada pela linguagem ou forma de comunicação.</p>					
<p><b>Tom de voz</b></p> <p>Adequado: tom de voz adequado ao ambiente e ao ouvinte.</p> <p>Quase adequado: alterou o tom de voz, dificultando parcialmente a comunicação.</p> <p>Inadequado: tom de voz inadequado à comunicação.</p>					
<b>NORMAS E PROTOCOLOS</b>					

<p><b>Observação de normas e protocolos institucionais</b></p> <p>Adequado: segue integralmente normas e protocolos institucionais.</p> <p>Quase adequado: segue as normas e protocolos parcialmente.</p> <p>Inadequado: não segue normas e protocolos.</p>					
<b>Continuidade do cuidado e trabalho em equipe</b>					
<p><b>Comunicação interprofissional</b></p> <p>Adequado: escuta e compreende informações.</p> <p>Quase adequado: escuta, mas não compreende as informações.</p> <p>Inadequado: Não escuta e nem compreende.</p>					
<b>Envolvimento do paciente no cuidado</b>					
<p><b>Comunicação com o paciente</b></p> <p>Adequado: paciente foi incluído e informado.</p>					

<p>Quase adequado: paciente foi apenas informado.</p> <p>Inadequado: paciente não foi incluído nem informado.</p>					
<b>Segurança do paciente</b>					
<p><b>Higienização das mãos em momentos oportunos</b></p> <p>Adequado: higienizou as mãos nos momentos oportunos.</p> <p>Quase adequado: higienizou as mãos apenas em alguns momentos.</p> <p>Inadequado: não higienizou as mãos.</p>					
<p><b>Identificação do paciente</b></p> <p>Adequado: checagem em todos os momentos oportunos</p> <p>Quase adequado: checagem apenas em alguns momentos.</p> <p>Inadequado: identificação não verificada.</p>					

<p><b>Percepção de potenciais riscos</b></p> <p>Adequado: atitude reflete a importância das boas práticas.</p> <p>Quase adequado: atitude reflete parcialmente valor às boas práticas.</p> <p>Inadequado: atitude não reflete importância de boas práticas.</p>					
<p><b>Descreva ou comente lacunas ou falhas durante a simulação. Sugira melhorias.</b></p>					

FONTE: A autora (2022).

## APÊNDICE 12 – ROTEIRO PARA O *DEBRIEFING*

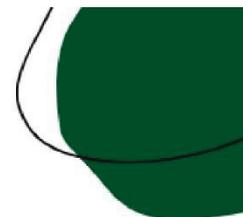
Perguntas realizadas com base no instrumento de avaliação:

1. Em relação a comunicação, qual situações dentro do cenário realizado foi feito de forma adequada, quase adequada ou inadequada?
2. As normas e protocolos institucionais foram seguidos? Houve falha no processo?
3. Como o paciente esteve inserido no seu processo de cuidado?
4. Houve comunicação interprofissional? A linguagem não verbal se fez presente em algum momento, e teve significado?
5. Teve alguma cena ou situação que 'saltou' aos olhos de vocês?
6. Em uma palavra como vocês descrevem a atividade de hoje?

### APÊNDICE 13 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO, PÓS-SIMULAÇÃO

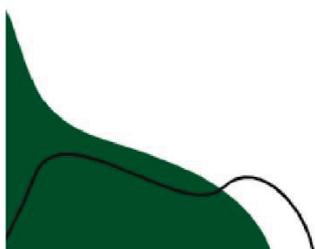
AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO PELOS RESIDENTES					
	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	RUIM	PÉSSIMO
1	Atendimento às expectativas de aprendizagem				
2	Tempo para o desenvolvimento da simulação				
3	Conteúdo abordado correspondeu ao tema abordado no workshop				
4	Simulação possibilitou associar a prática à teoria				
OBSERVAÇÕES E CONSIDERAÇÕES:					

FONTE: A autora (2022).



# **GUIA MODELAGEM DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SEGURANÇA DO PACIENTE**

Bruna dos Santos  
Elaine Drehmer de Almeida Cruz  
Tatiana Brusamarello



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>FLUXOGRAMA PARA APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>FASES DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA.....</b>	<b>9</b>
4.1	Definições.....	9
4.2	Fase 1 – Lacunas em segurança do paciente e subtemas educacionais .....	9
4.2.1	Etapa 1 – Competências profissionais e em segurança do paciente e objetivos estratégicos.....	9
4.2.2	Etapa 2 – Grupo focal.....	10
4.3	Fase 2 – Estruturação, validação e avaliação do cenário educacional	11
4.3.1	Etapa 1 - Objetivos da aprendizagem .....	11
4.3.2	Etapa 2 - Fundamentação teórica .....	11
4.3.3	Etapa 3 - Conhecimento do público-alvo .....	12
4.3.4	Etapa 4 - Elaboração do cenário de simulação .....	13
4.3.5	Etapa 5 – Avaliação, ajustes e validação do cenário de simulação ....	14
4.3.6	Etapa 6 – Treinamento dos atores e orientação aos observadores ....	15
4.3.7	Etapa 7 – Desenvolvimento da simulação e observação crítica.....	15
4.3.8	Etapa 8 – <i>Debriefing</i> .....	16
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
	<b>INSTRUMENTO 1 – APRESENTAÇÃO AO GRUPO FOCAL.....</b>	<b>19</b>
	<b>INSTRUMENTO 2 – MATERIAL DE APOIO AO GRUPO FOCAL.....</b>	<b>23</b>
	<b>INSTRUMENTO 3 – MATERIAL TEÓRICO DE APOIO AO WORKSHOP.....</b>	<b>26</b>
	<b>INSTRUMENTO 4 – CASOS PARA WORKSHOP.....</b>	<b>30</b>

<u>      </u> INSTRUMENTO 5 – <i>CHECK LIST</i> PARA MONTAGEM DO CENÁRIO .....	33
<u>      </u> INSTRUMENTO 6 – IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO CENÁRIO .....	34
<u>      </u> INSTRUMENTO 7 – AVALIAÇÃO DO CENÁRIO .....	35
<u>      </u> INSTRUMENTO 8 – ROTEIRO DA SIMULAÇÃO .....	36
<u>      </u> INSTRUMENTO 9 – AVALIAÇÃO DA CENA .....	41
<u>      </u> INSTRUMENTO 10 – ROTEIRO PARA O <i>DEBRIEFING</i> .....	45
<u>      </u> INSTRUMENTO 11 – AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO .....	46

## **1 APRESENTAÇÃO**

O presente Guia foi elaborado como resultado de dissertação de mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Este Programa tem como finalidade fortalecer a prática do enfermeiro nos serviços de saúde e instituições de ensino; contribuir para o desenvolvimento de pesquisa no âmbito nacional e internacional, visando a construção da educação científica, tecnológica e de inovação.

O Guia Modelagem de Tecnologia Educacional em Segurança do Paciente foi desenvolvido com o objetivo de nortear a aplicação de estratégia educativa para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente em instituições de assistência à saúde e ensino, para estudantes e profissionais. Nesse descreve-se um conjunto de fases e etapas que orientam o que e como operar para fortalecer a aprendizagem diante de fragilidades no tema.

Sugere-se adaptação dos instrumentos de apoio conforme a realidade institucional, público-alvo e objetivos estabelecidos. Os instrumentos desmobilizados, assim como o texto narrativo e os instrumentos, estão focados na comunicação em diferentes escalas, aspectos e contextos.

## 2 GLOSSÁRIO

**Cena:** representação do cenário educativo por atores, com materiais e equipamentos, no tempo planejado e em ambiente físico previamente definido (as autoras, 2023).

**Competência:** compreende conhecimento e habilidades para a realização do trabalho (saber fazer), valores e características pessoais vinculados ao bom desempenho no trabalho (querer fazer) (SANTOS, 2001, p.27).

**Cultura de segurança:** resultado de um conjunto de características, tais como, assumir responsabilidade pela segurança; priorizar a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encorajar e recompensar a identificação, a notificação e a resolução de problemas relacionados à segurança; promover o aprendizado organizacional; e proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a segurança (BRASIL, 2013).

**Estratégia educativa:** conjunto de ações planejadas e sistematizadas, incluindo a abordagem teórica e prática do tema, com vistas ao desenvolvimento do conhecimento do público-alvo (as autoras, 2023).

**Evento adverso:** incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013).

**Facilitador:** indivíduo responsável para guiar ações com vistas a atingir os objetivos durante a experiência baseada em simulação (INACLS, 2016).

**Fundamentação teórica:** conjunto de evidências científicas e visa a subsidiar a contextualização do tema central e subtemas de aprendizagem, previamente ao desenvolvimento do cenário educativo (FABRI et al., 2017).

**Grupo focal:** discussão na qual o pesquisador esteja ativamente atento e encoraje as interações entre os participantes do grupo (BARBOUR; KITZINGER, 1999).

**Habilidade:** utilizar e aplicar o conhecimento, seja para resolver problemas ou situações, ou criar e inovar. Habilidade é a transformação do conhecimento em resultado (CHIAVENATO, 2022, p.42).

**Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2013).

**Lacunas em segurança do paciente:** problemas relacionados à segurança do paciente (as autoras, 2023).

**Participante adjacente:** indivíduo que participa da simulação, identifica lacunas de aprendizagem e que não compõe o público-alvo (as autoras, 2023).

**Público-alvo:** indivíduos para os quais a estratégia educativa se destina (as autoras, 2023).

**Roda de conversa:** espaços coletivos de discussão e reflexão sobre diversos temas (MACHADO et al, 2015).

**Segurança do paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013).

**Simulação:** técnica fundamentada em princípios do ensino, baseado em tarefas e sua reprodução, parcial ou total, em um modelo artificial, conceituado como simulador. É técnica aplicável às atividades práticas que envolvam habilidades manuais ou decisões (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2007).

**Simulador de baixa fidelidade:** modelo com anatomia exterior, parecida com a humana, de corpo completo ou parcial, que permite movimentos grosseiros nas articulações principais e que não tem qualquer tipo de resposta às intervenções (MARTINS, 2012).

**Simulador de média fidelidade:** modelo que vai além dos aspectos anatômicos, inclui sons respiratórios e cardíacos, permite a monitorização do

traçado de eletrocardiograma e a pesquisa de pulsos. Os sons de tosse, gemido e vômito, por exemplo, podem ser pré-gravados e reproduzidos sob o comando do operador (MARTINS, 2012).

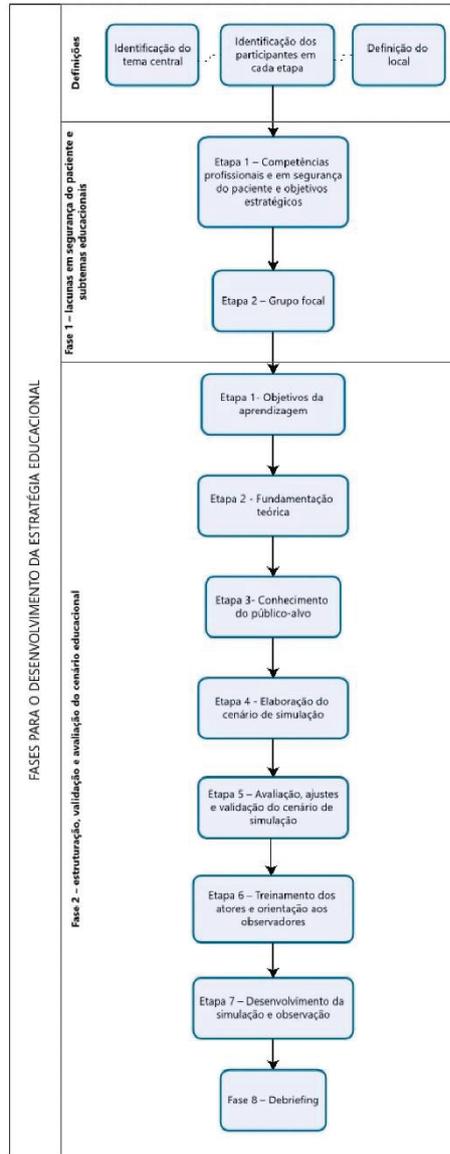
**Simulador de alta fidelidade:** manequim de corpo inteiro, semelhante anatômica e fisiologicamente ao ser humano. O manequim possui movimentos respiratórios e oculares; oportuniza a avaliação de parâmetros vitais, ausculta de sons corporais, e avaliação de perfusão capilar e diaforese, entre outros (MARTINS, 2012).

**Subtemas de aprendizagem:** assunto adjacente ou relacionado ao tema central de aprendizagem (as autoras, 2023).

**Tema central de aprendizagem:** assunto principal a ser desenvolvido por meio de estratégia educativa (as autoras, 2023).

**Texto narrativo:** conteúdo descritivo do cenário, cenas, espaço, tempo, atores, causas e consequências em situação narrada (ALMEIDA; ALMEIDA, 2008).

### 3 FLUXOGRAMA PARA APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA



Powered by  
**bizagi**  
Modeler

FONTE: As autoras (2023).

## 4 FASES DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

### 4.1 DEFINIÇÕES

Como apresentados na figura anterior, as fases e etapas da estratégia educativa viabilizaram a sistematização de ações para a educação do público-alvo (FIGURA 1); essas representam o percurso metodológico cronológico.

No primeiro estágio, as definições tem como finalidade, diante do tema central 'Segurança do paciente', estabelecer o local de realização da estratégia educativa, o público-alvo e os participantes adjacentes, de acordo com a instituição na qual será realizada. O público-alvo corresponde a profissionais, trabalhadores ou estudantes da área da saúde; participantes adjacentes são definidos de acordo com a estrutura organizacional de aplicação da estratégia educativa. Este tem a função inicial de definir os subtemas educacionais a serem desenvolvidos.

O segundo estágio é mais extenso, e é composto de etapas que correspondem aos propósitos a serem atingidos, e de etapas que correspondem às estratégias empregadas.

O público-alvo e os participantes adjacentes desempenham papéis comuns e distintos nas fases e etapas; e são organizados como apresentado no QUADRO 1.

QUADRO 1 – PARTICIPAÇÃO NA ESTRATÉGIA EDUCATIVA EM SEGURANÇA DO PACIENTE

Participantes	Fase e Etapa de participação
Grupo 1- Participantes adjacentes	Fase 1, Etapa 2 Fase 2, Etapa 2, 5 e 6
Grupo 2- Público-alvo	Fase 2, Etapa 1 e 6

FONTE: As autoras (2023).

### 4.2 FASE 1 – LACUNAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE E SUBTEMAS EDUCACIONAIS

Esta fase é desenvolvida em duas etapas.

#### 4.2.1 Etapa 1 – Competências profissionais e em segurança do paciente e objetivos estratégicos

As competências profissionais gerais são extraídas a partir de documentos oficiais, tais como, Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem e Medicina (BRASIL, 2001c).

As competências para segurança do paciente são elencadas em acordo às propostas por organizações precursoras de boas prática e segurança do paciente, tais como, o Instituto Canadense de Segurança do Paciente (CPSI, 2009; 2020). Os objetivos estratégicos correspondem às metas nacionais, tais como as apresentadas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013) e da Organização Mundial de Saúde para o período 2021-2030 (WHO, 2021).

Em acordo com o planejamento, outros documentos poderão subsidiar esta etapa da estratégia educacional. Por exemplo, se o subtema educacional for “Detecção de sepsis”, poderão ser consultados os *guidelines* do *Surviving Sepsis Campaign 2021* (EVANS et al., 2021).

Este compilado de evidências científicas, diretrizes legais e organizacionais configura material de apoio para a etapa subsequente.

#### 4.2.2 Etapa 2 – Grupo focal

O material compilado na Etapa 1 é utilizado como diretriz para a discussão entre os participantes adjacentes, em um ou mais encontros presenciais ou virtuais, e sob a coordenação do facilitador.

O objetivo do grupo focal é a contextualização do tema central “Segurança do paciente” no cenário assistencial da instituição de saúde ou educacional, sua relação com a prática assistencial ou processo formativo do público-alvo, e identificação das principais lacunas a esses relacionados. Para tanto, o grupo focal é constituído por lideranças dos setores de educação, qualidade e gerência; entre outros considerados pertinentes.

As principais lacunas ou fragilidades relacionadas ao tema central correspondem aos subtemas educativos, que orientam a definição dos objetivos de aprendizagem e às atividades pedagógicas direcionadas ao público-alvo.

#### 4.3 FASE 2 – ESTRUTURAÇÃO, VALIDAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CENÁRIO EDUCACIONAL

Uma vez definidos os subtemas educativos a serem abordados, e os objetivos de aprendizagem, a estruturação do cenário ocorrerá com base no roteiro de simulação teórico-prático a seguir apresentado (QUADRO 2).

QUADRO 2 – ROTEIRO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA EM SEGURANÇA DO PACIENTE

Roteiro da estratégia educativa	
Fases	etapas
1 – Lacunas em segurança do paciente e subtemas educacionais	1 – Competências profissionais e em segurança do paciente, e objetivos estratégicos 2 – Grupo focal
2 - Estruturação, validação e avaliação do cenário educacional	1 - Objetivos da aprendizagem 2 - Fundamentação teórica 3 - Conhecimento do público-alvo 4 - Elaboração do cenário de simulação 5 – Avaliação, ajustes e validação do cenário de simulação 6 – Treinamento dos atores e orientação aos observadores 7 – Desenvolvimento da simulação e observação 8 – <i>Debriefing</i>

FONTE: As autoras (2023).

##### 4.3.1 Etapa 1 - Objetivos da aprendizagem

Os objetivos de aprendizagem são definidos com base nos subtemas de aprendizagem, e nortearão as etapas subsequentes.

##### 4.3.2 Etapa 2 - Fundamentação teórica

A fundamentação teórica subsidia o facilitador no planejamento das etapas seguintes, e a aprendizagem do público-alvo. Sua construção deve ocorrer por meio da síntese de conteúdos gerais, tais como, das diretrizes nacionais e internacionais em segurança do paciente, conceitos, competências profissionais e objetivos estratégicos. E, sempre que necessário, deverá incluir conteúdos específicos, de acordo com os objetivos educacionais. Por exemplo, se um subtema se relacionar ao risco de quedas, as diretrizes nacionais correspondentes deverão constar, de forma sumarizada, na fundamentação teórica. Importante destacar que o conteúdo também deverá estar relacionado ao contexto institucional.

Uma vez que o compilado teórico esteja finalizado, indica-se a elaboração de um ou dois casos que simulem teoricamente a prática profissional e incluam os subtemas de aprendizagem. Esta indicação visa a aproximação entre a teoria e a prática, em especial, a apresentação e discussão de conceitos relativos à segurança do paciente, com vistas a explorar lacunas na assistência prestada. A fundamentação teórica, portanto, compreende o conteúdo teórico e os casos elaborados, e será empregada como material teórico-prático de apoio ao público-alvo, na execução da etapa 3.

#### 4.3.3 Etapa 3 - Conhecimento do público-alvo

Para a operacionalização desta etapa deve-se estruturar e desenvolver um *workshop* com a participação do público-alvo. Este tem o intuito de oportunizar que os aprendizes tenham contato com os subtemas educativos, definidos no grupo focal, objetivando sua compreensão e memorização, revisando e agregando novos conhecimentos (FABRI et al., 2017). Não se trata, nesta estratégia educativa, de aferir conhecimentos, mas de preparar o público-alvo para a simulação.

Visando a atender à disponibilidade de tempo do público-alvo, e em acordo com a escala de trabalho ou planejamento acadêmico, se for o caso, sugere-se a repetição de dois ou mais *workshops* com o mesmo teor, com duração aproximada de uma hora, para o desenvolvimento das seguintes atividades:

- a- Apresentação da estratégia educacional, subtemas educacionais e dinâmica do *workshop*.
- b- Leitura individual do material teórico de apoio.
- c- Roda de conversa estimulada para contextualização do conteúdo teórico ao contexto profissional ou acadêmico.
- d- Leitura e discussão, em pequenos grupos, dos estudos de caso.
- e- Roda de conversa estimulada para contextualização do conteúdo teórico com o conteúdo dos estudos de caso. Esse momento visa a identificação e discussão de fatores de risco à segurança do paciente, medidas preventivas e sua relação com a prática profissional ou acadêmica.

O registro dos depoimentos e contextualizações do *workshop* contribui para a elaboração do cenário educativo, incluindo a reprodução de situações cotidianas, com adequações e inadequações, para estimular a reflexão acerca da prática individual e coletiva.

#### 4.3.4 Etapa 4 - Elaboração do cenário de simulação

A elaboração do cenário deve considerar os subtemas educativos; os objetivos de aprendizagem estabelecidos e os resultados do *workshop*, no sentido das vivências acadêmicas e profissionais.

Sugere-se a aplicação de um texto narrativo acerca de um contexto assistencial hipotético, incluindo personagens (paciente e profissionais), procedimentos assistenciais, em local e tempo previamente definidos.

O local poderá ser um centro de simulação, uma unidade hospitalar, uma ambulância, uma unidade básica ou uma sala de aula; importante é este ser compatível com a cena a ser desenvolvida. Por exemplo, se a simulação diz respeito à segurança do paciente durante a reanimação cardiorrespiratória em serviço móvel, o local deverá se assemelhar a uma ambulância.

O conteúdo do texto narrativo deve contemplar, intencionalmente, os seguintes preceitos:

- Lacunas em segurança do paciente identificadas pelos líderes.
- Subtemas e respectivos objetivos de aprendizagem.
- Inclusão de pontos críticos assistenciais, adequados e inadequados, em relação aos preceitos de segurança do paciente e objetivos da aprendizagem.
- Proximidade com as contextualizações decorrentes do grupo focal e *workshop* acerca do tema central, subtemas educativos e o ambiente de aprendizagem.
- Similaridade com a rotina do ambiente assistencial.
- Factibilidade da cena ser desenvolvida em curto período de tempo (em até 10 minutos).
- Disponibilidade de equipamentos, materiais e ambiente físico para o desenvolvimento da cena, entendida como a representação do cenário educativo pelos atores, no ambiente físico previamente definido.

Para a execução do cenário educativo propõem-se ações, baseadas nas diretrizes de Fabri e colaboradores (2017):

- Estabelecimento da complexidade do cenário (contexto, finalidade e resultados esperados).
- Listagem dos pontos críticos do cenário em relação à segurança do paciente.
- Definição do número e caracterização dos atores para o desenvolvimento da cena, papel a ser desempenhado, estratégia de captação e plano de orientação.
- Orientação aos atores para o desenvolvimento da cena em relação às ações, falas (entonação), expressão corporal, posicionamento e deslocamento no ambiente.
- Definição do número e caracterização dos observadores, e plano de orientação.
- Orientação aos observadores quanto às atribuições.
- Elaboração dos instrumentos de apoio (*checklist* dos materiais e equipamentos utilizados para o desenvolvimento da cena, roteiro estruturado da cena, formulário para identificação dos atores e observadores, roteiro para observação e avaliação da cena).
- Definição dos recursos físicos (materiais, equipamentos e ambientação para o desenvolvimento da cena).

#### 4.3.5 Etapa 5 – Avaliação, ajustes e validação do cenário de simulação

Com vistas à melhor adequação possível do cenário educativo aos subtemas e objetivos de aprendizagem, deve-se enviar aos participantes adjacentes, para leitura prévia, o texto narrativo e o instrumento de avaliação, preferencialmente em formato de formulário que permita a análise, preenchimento da avaliação e devolução on-line.

Quando possível, em dia e horário definidos e de acordo com a disponibilidade dos líderes, o local de desenvolvimento da cena deve ser apresentado *in loco*, com disponibilização de tempo para esclarecimentos quanto ao texto narrativo, ao desenvolvimento da cena, e se as lacunas em segurança do paciente são abordadas, satisfatoriamente, no cenário proposto.

O cenário será considerado adequado quando a pontuação de avaliação for superior a 80% entre os avaliadores. Caso na primeira avaliação o cenário não atinja o escore proposto, adequações devem ser realizadas tantas vezes quantas forem necessárias. Opcionalmente, e com vistas a agilizar o processo, essas poderão ser feitas *in loco* com debate sobre os ajustes indicados pelos líderes.

#### 4.3.6 Etapa 6 – Treinamento dos atores e orientação aos observadores

Os participantes da simulação devem ser divididos em observadores e atores, esses preferencialmente voluntários e selecionados de forma aleatória entre o público-alvo.

No dia da simulação o treinamento dos atores e orientação aos observadores deverá ocorrer em ambientes separados, imediatamente antes do desenvolvimento da cena. Esta estratégia visa a otimizar o tempo disponibilizado pelos participantes, reiterando-se não se tratar de desempenho artístico, mas de encenação simples de fatos assistenciais cotidianos.

O treinamento dos atores ocorrerá no ambiente de desenvolvimento da cena, com leitura do roteiro da simulação, descrição do caso e texto narrativo, e apresentação do cenário. Na sequência, deverá ser explicada a cena, posicionamento físico e deslocamento dos atores no ambiente, falas e entonação de voz. A atuação, com correspondentes falas poderão ser destacadas no texto por cada ator, para facilitar o desempenho. Ao final, ser disponibilizado tempo para esclarecer dúvidas.

Os observadores serão orientados em sala anexa ao desenvolvimento da cena, após leitura do formulário de identificação e instrumento de avaliação da simulação. Breve explicação será fornecida acerca de como a cena será desenvolvida, incluindo a dinâmica dos acontecimentos e o tempo previsto, com tempo para o esclarecimento de dúvidas.

#### 4.3.7 Etapa 7 – Desenvolvimento da simulação e observação crítica

O desenvolvimento e observação da cena ocorrerão simultaneamente e no mesmo ambiente, ou em ambiente anexo que permita a visualização da cena e a escuta das falas dos atores. O preenchimento do instrumento de

avaliação da cena ocorrerá após seu desenvolvimento e previamente ao *debriefing*, ou como definido e acordado.

Importante não haver distrações aos observadores, esses deverão identificar adequações e inadequações quanto à segurança do paciente; e identificar possíveis melhorias no desenvolvimento da cena. Posteriormente, esses aspectos serão discutidos em roda de conversa.

O tempo de duração da cena deverá se dar de acordo com o que foi programado. Ao término, os participantes serão direcionados a um ambiente confortável para o preenchimento do instrumento de avaliação. Recomenda-se o preenchimento do instrumento também pelos atores, uma vez que compõem o público-alvo.

#### 4.3.8 Etapa 8 – *Debriefing*

Considerando-se que o *debriefing* consiste em discussão coletiva, esta etapa ocorrerá em formato de roda de conversa, utilizando-se como norteador o instrumento de avaliação acerca das lacunas e potencialidades identificadas, ou não, no decorrer da cena (Apêndice 11). Os facilitadores têm importante papel de estimular a reflexão acerca das competências profissionais e similaridades da cena com a prática assistencial ou acadêmica, assim como, com a prática assistencial em ambiente seguro.

O objetivo dessa análise é aproximar os preceitos teóricos da assistência segura às competências profissionais, com potencialidades e lacunas identificadas na cena, com vistas a sedimentar o conhecimento e atingir os objetivos de aprendizagem estabelecidos.

Destaca-se que a roda de conversa oportuniza a reflexão e a livre expressão de vivências similares à representada na cena; resgate de conteúdos teóricos, aspectos comportamentais pessoais ou de grupos, e diversos outros que contribuirão para a aprendizagem individual e coletiva.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. F.; ALMEIDA, V.S.R. **Português básico**: gramática, redação, texto. 5. ed. – 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N° 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF; 2013.

Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).

Acesso em: 8 mar. 2023.

BARBOUR, R.; KITZINGER, J. **Desenvolvendo pesquisas em grupos focais**. 6 Bonhill Street, Londres Inglaterra EC2A 4PU Reino Unido: SAGE Publications Ltd, 1999. Disponível em:

<https://methods.sagepub.com/Book/developing-focus-group-research> Acesso

em: 8 mar. 2023.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel da gestão do talento humano. 5. ed. - 3ª Reimp. São Paulo: Atlas, 2022.

EVANS, L. et al. Campanha de sobrevivência à sepse: diretrizes internacionais para o manejo da sepse e choque séptico 2021. **Medicina de terapia intensiva**, v. 47, n. 11, p. 1181–1247, 2021. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>>. Acesso em: 8 mar. 2023.

FABRI, R.P. et al. Desenvolvimento de um roteiro teórico-prático para simulação clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 0, p. e03218, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016265103218>>. Acesso em: 2 abr. 2023.

INACSL STANDARDS COMMITTEE. INACSL standards of best practice: Simulation. SM Simulation design. **Clinical Simulation in Nursing**, v.12, S5-S12, p.5-12, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>. Acesso em: 2 abr. 2023.

MACHADO, T. M. G.; CARVALHO, P. I. N.; BRANDÃO, A. de S. M.; VILARINHO, M. L. C. M. A roda de conversa como ferramenta de planejamento de ações: relato de experiência. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], n. 1, p. 751–761, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2707>. Acesso em: 2 abr. 2023.

MARTINS, J.C.A. et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 619–625, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000400022>>. Acesso em: 8 mar. 2023.

PAZIN FILHO, A.; SCARPELINI, S. SIMULAÇÃO: DEFINIÇÃO. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 40, n. 2, p. 162–166, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i2p162-166>>. Acesso em: 8 mar. 2023.

SANTOS, A.C. **Gestion del conocimiento: analisis y proyeccion de los recursos humanos**. Cuba: Ed. CUJAE, 2001. (Comunicação Pessoal).

## INSTRUMENTO 1 – APRESENTAÇÃO AO GRUPO FOCAL



### A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA EM SEGURANÇA DO PACIENTE



#### APRESENTAÇÃO

- **TEMA CENTRAL:** segurança do paciente
- **OBJETIVO:** identificar coletivamente as principais lacunas de segurança do paciente a serem enfrentadas por meio de estratégia educativa
- **PÚBLICO-ALVO:** profissionais de saúde



## DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

- **ETAPA 1 - IDENTIFICAÇÃO DAS LACUNAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE E DEFINIÇÃO DE SUBTEMAS EDUCATIVOS**

- Fase 1 - Identificação de competências profissionais e em segurança do paciente, e definição de objetivos estratégicos
- Fase 2 - Grupo focal

---

## DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

- **ETAPA 2: ESTRUTURAÇÃO DO EDUCATIVO**

- Fase 1 - Objetivo da aprendizagem
- Fase 2 - Fundamentação teórica
- Fase 3 - Conhecimento do público-alvo
- Fase 4 - Elaboração do cenário educativo
- Fase 5 - Avaliação e ajustes do cenário educativo
- Fase 6 - Treinamento dos atores e orientação aos observadores
- Fase 7 - Desenvolvimento da cena e observação crítica
- Fase 8 - *Debriefing*

## DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

- Qual tema relacionado à segurança do paciente deve ser priorizado no cenário de simulação considerando as competências do público-alvo?



## COMPETÊNCIAS

### • DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

- Atenção a saúde
- Comunicação
- Liderança
- Administração e gerenciamento
- Educação permanente



(CPSI, 2020; BRASIL,2001)

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Diário Oficial da União [Internet].
- CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. 2nd Edition. Edmonton, Alberta; March 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## INSTRUMENTO 2 – MATERIAL DE APOIO AO GRUPO FOCAL

QUADRO 1 - COMPETÊNCIAS: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA

(Continua)

<b>COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERAIS - DCN</b>	
<b>Atenção à saúde</b>	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 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;
<b>Tomada de decisão</b>	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;
<b>Comunicação</b>	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;
<b>Liderança</b>	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;
<b>Administração e gerenciamento</b>	Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
<b>Educação permanente</b>	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, 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 através de redes nacionais e internacionais.

Fonte: BRASIL, 2001.

### COMPETÊNCIAS: CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE

O guia curricular de segurança do paciente da OMS (2011) determina conceitos e temas a serem inseridos na grade curricular. Nesse são delineados 11 tópicos que podem ser incorporados aos currículos, conforme demanda institucional, sendo eles:

O que é segurança do paciente?

Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?

A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente.

Atuar em equipe de forma eficaz.

Aprender com os erros para evitar danos.

Compreender e gerenciar o risco clínico.

Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados.

Envolver pacientes e cuidadores.

Prevenção e controle de infecções.

Segurança do paciente e procedimentos invasivos.

Melhorar a segurança no uso de medicação.

Os tópicos orientam a formação profissional e os currículos educacionais, com habilidades, comportamentos e conhecimento essenciais para formação, que estão inseridas como atividades. **As competências, organizadas em domínios, estabelecidas pelo CPSI (2020) são:**

**Domínio 1: contribuir para uma cultura de segurança do paciente.**

“A melhoria da cultura de segurança do paciente envolve reconhecer a importância da colaboração contínua e o compromisso de defender a mudança”.

**Domínio 2: trabalhar em equipe pela segurança do paciente.**

“Equipes interprofissionais de alto desempenho demonstram capacidades e competências essenciais para uma prática colaborativa eficiente, eficaz e segura”.

**Domínio 3: comunicar-se de modo eficiente para a segurança do paciente.**

“A comunicação eficaz é benéfica para pacientes e profissionais de saúde, cria confiança e é uma pré-condição para obter o consentimento do paciente”.

**Domínio 4: gerenciar os riscos de segurança.**

“Os provedores de assistência médica coletam e monitoram dados de desempenho para avaliar riscos e melhorar resultados”.

**Domínio 5: otimizar fatores humanos e ambientais.**

“Otimizar os fatores humanos e ambientais que apoiam a obtenção do melhor desempenho humano é uma competência de segurança essencial para todos os profissionais de saúde”.

**Domínio 6: reconhecer, responder e revelar eventos adversos.**

“A divulgação aberta, honesta e empática e as desculpas apropriadas beneficiam pacientes e famílias, profissionais de saúde e suas organizações”.

#### **METAS OMS 2021-2030**

Os objetivos estratégicos elencados pela Organização Mundial de Saúde para 2021-2031 orientam as atividades a serem desenvolvidas para alcançar a mesma finalidade em diferentes instituições, agregando aos padrões já desenvolvidos anteriormente, capacitando e não limitando-o. Esses servem como norteadores dos caminhos a serem seguidos, e são compostos por 35 estratégias, divididas entre os sete objetivos traçados pela Organização Mundial de Saúde, formando uma matriz de 7x5 (WHO, 2021).

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 583/2001, aprovado em 4 de abril de 2001. **Estabelece as Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação.** Diário Oficial da União [Internet].

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions.** 2nd Edition. Edmonton, Alberta; March 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition.** Geneva: WHO, 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 08 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

### INSTRUMENTO 3 – MATERIAL TEÓRICO DE APOIO AO *WORKSHOP*

#### Material informativo da simulação

**Tema:** segurança do paciente, comunicação, competências e trabalho em equipe

A segurança do paciente tem como objetivo “a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um nível mínimo aceitável” (BRASIL, 2013a). E, as metas internacionais de segurança do paciente ressaltaram as áreas da saúde que necessitam de maior atenção, com vistas a garantir assistência segura e de qualidade, sendo elas (BRASIL, 2013b; 2013c):

- **Identificar o paciente corretamente**
- **Melhorar a eficácia da comunicação**
- **Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância**
- **Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto:**
- **Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde**
- **Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.**

Tem-se a necessidade de envolver o paciente e/ou acompanhante no processo de tratamento, como protagonista, favorecendo a qualidade e segurança da assistência prestada, e participando ativamente na identificação de eventos e incidentes decorrentes do cuidado, sinalizando e contribuindo com o seu processo de tratamento (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

Os tópicos orientam a formação profissional e os currículos educacionais, com habilidades, comportamentos e conhecimento essenciais para formação, que estão inseridas como atividades. Frente à identificação de importante pesquisa nos currículos dos cursos de graduação em saúde, o CPSI identificou fragilidades no ensino sobre o tema segurança do paciente, abordagem superficial ou ausente. Importante iniciativa foi à criação de uma estrutura de competências de segurança, a qual determina conceitos e temas a serem inseridos na grade curricular. Assim, foi descrito, pelo CPSI (2008), as competências, organizadas em seis domínios:

**Domínio 1:** contribuir para uma cultura de segurança do paciente.

**Domínio 2:** trabalhar em equipe pela segurança do paciente.

**Domínio 3:** comunicar-se de modo eficiente para a segurança do paciente.

**Domínio 4:** gerenciar os riscos de segurança.

**Domínio 5:** otimizar fatores humanos e ambientais.

**Domínio 6:** reconhecer, responder e revelar eventos adversos.

O tema segurança do paciente é transversal a todas as profissões da saúde, no entanto em uma varredura realizada observou-se que o tema estava superficial ou ausente nos cursos de graduação, com isso criou-se uma estrutura de competências de segurança que determina conceitos e temas a serem inseridos na grade curricular. No entanto, com intuito de manter a estrutura e os domínios atualizados e significativos para os docentes e instituições de ensino, atualizou-se gradativamente a estrutura de

competências em segurança do paciente, com os seguintes domínios (CPSI, 2020):

- **Domínio 1: Cultura de segurança do paciente**

Definição: A cultura de segurança do paciente é um padrão integrado de ações e comportamentos individuais e organizacionais baseados em crenças e valores compartilhados que permite que indivíduos e organizações busquem continuamente minimizar o potencial de dano ao paciente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados.<sup>1</sup> A cultura de segurança do paciente é caracterizada por liderança autêntica, comunicação ampla, oportuna e responsiva, transparência de informações, bem como o engajamento de pacientes e familiares.

- **Domínio 2: Trabalho em equipe**

Definição: Otimização do trabalho em equipe dentro e entre equipes para maximizar a segurança do paciente, a qualidade do atendimento e a saúde resultados.

- **Domínio 3: Comunicação**

Definição: Os profissionais de saúde envolvem pacientes e familiares em um diálogo aberto para promover a segurança do paciente e prevenir e responder a incidentes de segurança do paciente.

Descrição: Este domínio centra-se em processos em que os profissionais de saúde e os líderes de saúde compartilham e recebem informações para desenvolver relacionamentos interpessoais positivos em situações clínicas, dentro e entre organizações, e apoiar o envolvimento ativo do paciente e o atendimento seguro e eficaz ao paciente. As práticas de comunicação incluem comunicações escritas, orais e tecnológicas. Ferramentas de comunicação online e canais de informação são métodos importantes para aumentar a conscientização sobre as ameaças à segurança do paciente.

Por meio de uma comunicação eficaz, os profissionais de saúde e os líderes de saúde compartilham conhecimentos de segurança e melhoram sua compreensão das perspectivas do paciente e da família. Um dos objetivos mais importantes da comunicação eficaz é estabelecer parcerias com pacientes e familiares como membros de sua própria equipe de saúde, bem como quando engajados como parceiros de equipes de segurança e qualidade. As perspectivas dos pacientes e familiares sobre seus cuidados estão em constante evolução, são fundamentadas em um sentimento de confiança e conforto com os processos de cuidado e são influenciadas pelo contexto social e pelos valores da comunidade. A comunicação eficaz é benéfica para pacientes e profissionais de saúde, cria confiança e é uma pré-condição para obter o consentimento do paciente. 2020, Instituto Canadense de Segurança do Paciente 15 Informações claras e consistentes permitem que os pacientes compreendam os riscos, benefícios e possíveis resultados de investigações e tratamentos, com o objetivo de participar como parceiros plenos em seu próprio cuidado e na tomada de decisões compartilhadas.

- **Domínio 4: Segurança, Risco e Melhoria da Qualidade**

Descrição: Atuar sobre os riscos de segurança é um conceito amplo que engloba identificar, avaliar, reduzir e mitigar os riscos de segurança para pacientes e profissionais de saúde. Isso é conseguido envolvendo os pacientes e suas famílias e outros membros da equipe de atendimento na implementação de princípios informados por evidências de design de sistema e melhoria da qualidade.

- **Domínio 5: otimizar fatores humanos e dos sistemas.**

Descrição: Gerenciar a interação entre pessoas (indivíduos, profissionais de saúde, pacientes, familiares e equipes) e outros fatores do sistema (tarefas, ferramentas/tecnologias, organizacionais, ambientais) para otimizar a segurança do paciente.

- **Domínio 6: reconhecer, responder e divulgar incidentes de segurança do paciente.**

Descrição: Reconhecer e relatar incidentes de segurança do paciente, responder de forma adequada e eficaz para mitigar os danos, garantir a divulgação e prevenir recorrências.

Considerando também, que as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecem competências gerais para os cursos de enfermagem e medicina; Atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente, e específicas para cada curso dentro da saúde, visando um formar um perfil profissional humanizado, crítico e reflexivo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [on-line]**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2 Abr 2013a [citado em 2018 Dez]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. **Aprova os protocolos de segurança do paciente**. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de julho 2013b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em: 8 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de julho de 2013. **Aprova os protocolos de segurança do paciente**. Diário Oficial da União. Brasília, 24 de julho de 2013c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html). Acesso em: 8 jun. 2021.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. 1nd Edition. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. 2nd Edition. Edmonton, Alberta; March 2020.

VILLAR, VCFL; DUARTE, S. DA CM; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de saúde pública**. v. 36, n. 12, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00223019>>. Acesso em: 8 jun. 2021.

### INSTRUMENTO 4 – CASOS PARA WORKSHOP

#### Estudo 1:

Unidade de clínica médica – Leito 102-1	Unidade de clínica médica – Leito 102-2
<p><u>IDENTIFICAÇÃO</u> Nome: B.H.C. – 66 anos DN: 14/10/1956. Sexo: masculino</p> <p><u>DIAS INTERNADO:</u> 3 Dias</p> <p><u>DIAGNÓSTICO:</u> Mal estar NE</p> <p><u>MEDICAÇÃO CONTÍNUA:</u> AAS 100 mg 1x ao dia Espironolactona 25 mg 1x ao dia Furosemida 40 mg 1x ao dia Losartana (potássica) 50 mg 1x ao dia Omeprazol 20 mg 1x ao dia Sinvastatina 40 mg 1x ao dia</p>	<p><u>IDENTIFICAÇÃO</u> Nome: B.C.H. – 36 anos DN: 14/10/1984. Sexo: masculino</p> <p><u>DIAS INTERNADO:</u> 5 Dias</p> <p><u>DIAGNÓSTICO:</u> Dor abdominal NE</p> <p><u>MEDICAÇÃO CONTÍNUA:</u> Puran T4 40mg 1x ao dia</p>

FONTE: As autoras (2023).

Foi prescrito para o paciente do leito 102-2 azitromicina de 8 em 8 horas e cetoprofeno EV SN, puran T4 pela manhã em jejum, porém o mesmo está com a alta programada para hoje e foi suspenso o ATB, e mantido AVP para caso o paciente apresente dor. No leito 102-1, o paciente mantém AVP permeabilizado, mas não possui medicação EV pois foi suspenso pela manhã, segue com prescrição de clonazepam a noite para observar a evolução do quadro. O paciente do leito 102-2 relata que apresenta dor, comunica a enfermagem, e o técnico de enfermagem prepara a medicação prescrita para realizar administração, ao adentrar no quarto se direciona para o leito 102-1, ao realizar a conferência na pulseira do paciente que contem: nome completo e data de nascimento, o mesmo confirma o primeiro nome, e o dia e mês do aniversário, e não realiza a administração do medicamento.

#### Questões:

- O que ocorreu nessa situação?
- Como seria classificado o incidente?
- A utilização das metas fez diferença?
- A utilização de quais protocolos institucionais evitaram a ocorrência de um incidente?

- Você profissional, no seu dia-a-dia, já teve alguma situação em que os protocolos, normas e rotinas da instituição fizeram com que você não cometesse algum erro?
- Na sua visão tem-se a necessidade de seguir esses protocolos, normas e rotinas? Faz diferença?

### Estudo 2:

<b>Unidade de clínica psiquiátrica – Leito 102-1</b>
<p><b>IDENTIFICAÇÃO</b>  Nome: B.H.C. – 66 anos  DN: 14/10/1956.  Sexo: Feminino</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b>  Dor abdominal</p> <p><b>MEDICAÇÃO CONTÍNUA:</b>  Anlodipina (Besilato) 5mg 1x ao dia  Atenolol 50 mg 1x de 12/12horas  Hidroclorotiazida 25mg 1x de manhã  Losartana (potássica) 50 mg 1x de 12/12horas  Sinvastatina 40 mg 1x a noite  Clonazepam 40 mg 2x ao dia</p>

FONTE: As autoras (2023).

Informações recebidas na troca do plantão: Paciente interna na unidade no final do dia internada encaminhada da UPA, com diagnóstico de dor abdominal o acompanhante estava no momento da internação, e informou que o paciente estava com dificuldade de deambular e noite passada quase caiu da cama ao tentar levantar, e que o mesmo tem alergia a dipirona, acompanhante vai para a residência buscar as roupas. Paciente acompanha com a neurologia, tem exames de imagens agendados para amanhã pela manhã, médico não deixou prescrito medicação SN no caso de dor. Realizada admissão, liberado acompanhante e orientado sobre normas e rotinas da unidade

Paciente com alergia a dipirona, identificação no quadro de identificação e pulseira com alerta de alergia em MS. Próximo as 20 horas, acompanhante da paciente chega para passar a noite com o paciente. Ao chegar e observar familiar, avalia que a mesma se apresenta agitada, inquieta e com intensa dor abdominal, comunica equipe de enfermagem, que chama médico para realizar avaliação, realiza a prescrição de medicação SN (buscopam 1 amp IM AGORA). Paciente fica um pouco mais calma, com um leve alívio dos sintomas, realiza repouso no leito, no entanto, a medicação parece fazer pouco efeito, 3 horas após apresenta novo quadro de agitação, náuseas e vômito e dor abdominal intensa, sai do leito sozinha, não segue as orientações da enfermagem e do acompanhante, enfermagem comunica médico que

realiza nova prescrição de SN (diazepam 1 amp IM AGORA + tramal 50mg EV + dramin 1 amp EV), o que faz com que a paciente se apresente sonolenta, mas com melhora da dor abdominal. Por volta das 2 horas da manhã, acompanhante da paciente extremamente cansado, trabalhou o dia inteiro e a noite veio ao hospital cuidar da tia, adormece. Paciente sonolenta, acorda, e precisa ir ao banheiro, percebe que a luz está acesa, e pelo fato de saber que o seu acompanhante trabalhou o dia todo, opta em ir sozinha sem chamar ele ou alguém para auxiliar, pois mesmo com a grade da cama levantada, ela consegue escorregar e sair pela lateral. Paciente consegue ir ao banheiro sem dificuldade, mas ao retornar para o quarto e se apoiar na cama, a mesma não está travada (rodas), e acaba indo para trás a paciente cai no chão! Como estava sonolenta não conseguiu apoiar-se com as mãos, e acabou machucando o rosto.

Refere dor em braço E, e em face. Apresenta deformação em MSE, com suspeita de fratura de punho, escoriações e hematomas em face.

Avaliado pela enfermagem, avaliado pelo médico, realizado exames. Fratura de ulna em MSE, e contusão de nariz.

Questões:

- O que ocorreu nessa situação?
- Como seria classificado o incidente?
- A utilização das metas fez diferença?
- A utilização de quais protocolos institucionais evitaram a ocorrência de um incidente?
- Você profissional, no seu dia-a-dia, já teve alguma situação em que os protocolos, normas e rotinas da instituição fizeram com que você não cometesse algum erro?
- Na sua visão tem-se a necessidade de seguir esses protocolos, normas e rotinas? Faz diferença?

**INSTRUMENTO 5 – CHECK LIST PARA MONTAGEM DO CENÁRIO**

<b>CHECK LIST PARA MONTAGEM DO CENÁRIO</b>		
<b>Local</b>	<b>Presente</b>	<b>Ausente</b>
Unidade de internação com três ambientes: posto de enfermagem, corredor, enfermaria		
<b>Posto de enfermagem</b>		
Mesa		
Computador		
03 Cadeiras		
Bancada		
03 Pranchetas		
Canetas		
Almotolia de álcool 70%		
<b>Corredor</b>		
Almotolia com álcool 70%		
<b>Enfermaria</b>		
02 camas hospitalares arrumadas com lençol e travesseiro		
02 cadeiras de apoio para o acompanhante		
02 mesas de apoio		
01 caixa de luvas		
Almotolia de álcool 70%		
Quadro identificador em cada leito		
<b>Recursos para os enfermeiros</b>		
Prancheta com impresso de passagem de plantão		
Caneta		
Telefone		
Impresso com instruções		
<b>Recursos para o médico</b>		
Prancheta com prontuário do paciente		
Impresso com instruções		
<b>Recursos para o paciente</b>		
Impresso com instruções		

FONTE: As autoras (2023).

### INSTRUMENTO 6 – IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO CENÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES			
Nome:		Data de Nascimento:	
Gênero		( ) Masculino	( ) Feminino
E-mail:			
Formação		( ) Medicina	( ) Enfermagem
Tempo de formação:			
Ano da residência:			
( ) primeiro ano ( ) segundo ano ( ) terceiro ano			
	Sim	Não	Observação
Contato com o tema: Segurança do paciente?			
Participou de alguma estratégia de ensino com uso da simulação realística anteriormente?			Se sim, quantas?

FONTE: As autoras (2023).

### INSTRUMENTO 7 – AVALIAÇÃO DO CENÁRIO

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO						
Nome:			Data de Nascimento:			
Gênero ( ) Masculino ( ) Feminino						
E-mail:						
Graduação em:			Qualificação:			
Setor de atuação:						
Presente no primeiro Grupo Focal: ( ) Sim ( ) Não						
Se não, teve acesso ao que foi discutido em grupo? ( ) Sim ( ) Não						
<b>OBJETIVO DA SIMULAÇÃO:</b> Os objetivos da aprendizagem definidos pela pesquisadora, a partir da discussão com líderes em grupo focal, são: Desenvolver a comunicação entre a equipe interprofissional. Entender a importância dos protocolos e da inserção do paciente no processo de cuidar. Desenvolver competências profissionais relativas à segurança do paciente.						
Nº	ITEM A SER AVALIADO	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
1	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à comunicação?					
2	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à adesão às normas e protocolos institucionais?					
3	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas ao envolvimento do paciente durante a prestação do cuidado?					
4	O desenvolvimento do cenário propicia percepção de lacunas relacionadas à transversalidade do tema segurança do paciente?					
5	O cenário de simulação se aproxima da prática assistencial e educativa do aprendiz <sup>1</sup> ?					
6	A cena estimula o aprendiz <sup>1</sup> a refletir sobre a prática profissional?					
7	A elaboração do caso contribui para atingir o objetivo proposto?					

<sup>1</sup> Aprendiz: residentes de enfermagem e medicina.

FONTE: As autoras (2023).

## INSTRUMENTO 8 – ROTEIRO DA SIMULAÇÃO

### ROTEIRO DO CENÁRIO

#### 1 – TEMPO:

- **Desenvolvimento da cena:** 10 min
- **Debriefing:** 35 min

#### 2 – RESIDENTES APRENDIZES:

- **Atores:** Desenvolver a cena de acordo com o roteiro.
- **Avaliadores:** avaliar a cena de acordo com o INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.
- Discussão em grupo referente a cena e cenário desenvolvido

#### 3 – CASOS:

- 101 - 01: Maria Elaine da Silva, DN: 23/06/1956, 64 anos, feminino, natural de Barauná /RN. Internou na data de ontem com diagnóstico de dor abdominal à investigar. Encaminhada pela UPA Pinheirinho. Aguarda avaliação médica e solicitação de exames complementares.
- 101-02: Elaine da Silva Moraes, DN: 23/03/1963, 57 anos, feminino, natural de Curitiba/PR. Internada há 3 dias, encaminhado da UPA Boa Vista. 6º PO de uretolítiase com colocação de duplo J no CHC. Diabética, com queixas de hematúria.

## ROTEIRO DO CENÁRIO

Roteiro do cenário	
Cena 1	<p>Início da simulação e direcionamento das atividades. Maria (enfermeira 1) e Joana (enfermeira 2) iniciam a passagem de plantão, e o médico inicia a leitura do prontuário da sua paciente.</p>
Posto de enfermagem	<p><b><u>A MARIA está finalizando o seu plantão noturno, organizando a bancada do setor enquanto aguarda o colega JOANA para a passagem de plantão.</u></b></p> <p><i>(FACE: expressão facial de "felicidade" pela chegada do colega, mas com uma postura de "cansaço" pelo final do turno.)</i></p> <p>JOANA chega à unidade, e pergunta:  - Como está? Como foi o plantão?  MARIA, que está finalizando o plantão, responde:  - Estou bem! Mas o plantão foi agitado, bastante internação.</p> <p>JOSÉ chega à unidade no mesmo horário que JOANA, e direciona-se ao computador para realizar a leitura do prontuário do paciente.  Ao observar que os enfermeiros estão conversando para trocar o turno, pergunta aos colegas:  - Como meu paciente, a Senhora Elaine, passou a noite?</p> <p>MARIA responde:  - <u>Passou bem!</u></p> <p>Nesse momento, MARIA e JOANA saem do posto de enfermagem e se direcionam à enfermaria para iniciar a passagem de plantão a beira leito.</p>
Enfermaria	<p>Os enfermeiros entram na enfermaria 101, para conferência do nome das pacientes e leitos, após voltam para o corredor para realizar a passagem de plantão.  MARIA, diz:  - <u>101-01: Maria Elaine da Silva (REGIONALIDADE NO NOME -ELÁYNe), DN: 23/06/1956, 64 anos.</u>  - <u>101-02: Elaine da Silva Morais, 57 anos.</u></p> <p>Saem para o corredor...</p>

Cena 2	<p><b>MARIA inicia a passagem de plantão para o JOANA. E o DR. JOSÉ segue realizando a leitura do prontuário da sua paciente.</b></p>
Corredor	<p>MARIA, diz:  - 101-01, Maria Elaine da Silva (ELÁYNE), nome da mãe: <u>Maria Gorete, 64anos, feminino, admitido ontem com queixas de dor abdominal NE; iniciou com dor há 3 dias associada a náuseas, vômito e diarreia.</u></p> <p><u>Apresenta-se alerta, calma, deambula com auxílio, SSVV estáveis, escala de dor: 10, AVP nº22 em MSD, diurese espontânea, intestinais ausentes no período, alérgica.</u></p> <p><u>Tem solicitação de coleta de exames de sangue e TC de abdômen.</u></p> <p>JOANA, pergunta:  - <u>Que horas será a TC?</u></p> <p>MARIA, responde:  - <u>Não tem definido, apenas passaram que iria ser no início da tarde!</u></p> <p>MARIA, diz:  <u>A próxima paciente é Sra. Elaine da Silva Morais, 57 anos, encaminhada da UPA para internação com diagnóstico de hematúria, D6 PO de uretolitíase com inserção de duplo J.</u></p> <p><u>Paciente apresenta-se ansiosa, deambulante, com bom estado geral, apresentou hipotensão ontem, mas agora SSVV estáveis. Realizado HGT CPM em 230, realizado insulina conforme recomendado, diurese espontaneamente, ausência de hematúria. Nega alergia. Foi informado possível alta hoje à tarde.</u></p> <p>- <u>E é isso! A unidade está com 100% de ocupação.</u></p> <p>Enfermeiros vão retornando ao posto de enfermagem, nesse momento o MARIA diz:  - <u>Ah lembrei, o "paciente da TC" mantém jejum, acredito que chamem agora pela manhã, ligaram ontem início da noite avisando.</u></p> <p>MARIA, pega seus pertences e se retira da unidade.</p>

Cena 3	<p><b>JOANA mantém-se no posto de enfermagem realizando atividades, e o médico se direciona ao quarto da paciente para realizar avaliação.</b></p>
Enfermaria	<p>Nesse momento, o Dr. José entra no quarto para avaliar o paciente do 101-02, ao entrar no quarto passa álcool em gel nas mãos, e encontra a mesma em repouso no leito.</p> <p>JOSÉ, diz:  - <u>Bom dia, sou o Dr. José, sou médico residente, vou avaliar a senhora agora pela manhã, ok? Qual seu nome?</u></p> <p>Paciente responde:  - <u>Olá Dr., bom dia, meu nome é Elaine!</u>  - O JOSÉ, diz:  - <u>Nome completo, por favor?</u>  - Paciente responde:  - <u>Elaine da Silva Morais!</u>  JOSÉ pergunta:  - <u>Como a senhora passou depois da cirurgia?</u>  - Paciente responde:  - <u>Eu passei bem, só que hoje pela manhã, quando fui urinar saiu um pouco de sangue, é normal?</u>  O JOSÉ diz:  - <u>Sim, é normal, foi colocado duplo J! E como a Cirurgia é pelo canal, ocorre que pode sangrar um pouco sim, mas foi pouco ou muito que a senhora observou?</u>  Paciente responde:  - <u>Pouco! A urina está quase clara!</u>  - O JOSÉ, diz:  - <u>Aaah então ok, vou lhe dar alta agora pela manhã. Deixo escrito todas as orientações e receitas, ok?</u>  Paciente responde:  - <u>Ok, vou avisar minha família.</u>  - O médico, diz:  <u>Certo! Qualquer coisa que precisar, estou à disposição.</u></p>
Posto de enfermagem	<p>Dr. José se direciona ao posto de enfermagem para comunicar a enfermeira a alta da paciente, no entanto, a mesma está no telefone e não consegue conversar com ele.</p> <p>O médico sai do posto de enfermagem, e acaba não passando a informação oral da alta hospitalar.</p>

Cena 4	<b>Campainha do quarto 101 toca, e o JOANA se direciona para atender.</b>
Enfermaria	<p>Ao chegar no quarto o paciente do leito 101- 2 informa à enfermeira JOANA:</p> <p>- <u>Enfermeira, eu to com dor no braço, eu já falei que não dá para colocar medicação nesse braço, por que toda vida ele dói muito. Só que quando eu falei isso pra outra menina quando eu cheguei achou que era mentira, e colocou o soro aqui.</u></p> <p>JOANA se direciona ao leito e manuseia o acesso, após relata:</p> <p>- <u>Vou pegar um novo acesso.</u></p> <p>- Paciente responde:</p> <p>- <u>Não, mas eu to de alta já, o médico disse que ele ia lá me dá alta, não dá pra tirar?</u></p> <p>JOANA responde:</p> <p>Certo, vou verificar no prontuário.</p>

## INSTRUMENTO 9 – AVALIAÇÃO DA CENA

### INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO

COMUNICAÇÃO					
	Adequado	Quase adequado	Inadequado	Não avaliado	Observação
<p><b>Linguagem</b></p> <p>Adequada: compatível entre profissionais e entre profissional e paciente.</p> <p>Quase adequado: parcialmente compatível por uso de linguagem não técnica ou de difícil compreensão ao público.</p> <p>Inadequado: a comunicação foi prejudicada pela linguagem ou forma de comunicação.</p>					
<p><b>Tom de voz</b></p> <p>Adequado: tom de voz adequado ao ambiente e ao ouvinte.</p> <p>Quase adequado: alterou o tom de voz, dificultando parcialmente a comunicação.</p> <p>Inadequado: tom de voz inadequado à comunicação.</p>					
<b>NORMAS E PROTOCOLOS</b>					

<p><b>Observação de normas e protocolos institucionais</b></p> <p>Adequado: segue integralmente normas e protocolos institucionais.</p> <p>Quase adequado: segue as normas e protocolos parcialmente.</p> <p>Inadequado: não segue normas e protocolos.</p>					
<b>Continuidade do cuidado e trabalho em equipe</b>					
<p><b>Comunicação interprofissional</b></p> <p>Adequado: escuta e compreende informações.</p> <p>Quase adequado: escuta, mas não compreende as informações.</p> <p>Inadequado: Não escuta e nem compreende.</p>					
<b>Envolvimento do paciente no cuidado</b>					
<p><b>Comunicação com o paciente</b></p> <p>Adequado: paciente foi incluído e informado.</p>					

<p>Quase adequado: paciente foi apenas informado.</p> <p>Inadequado: paciente não foi incluído nem informado.</p>					
<b>Segurança do paciente</b>					
<p><b>Higienização das mãos em momentos oportunos</b></p> <p>Adequado: higienizou as mãos nos momentos oportunos.</p> <p>Quase adequado: higienizou as mãos apenas em alguns momentos.</p> <p>Inadequado: não higienizou as mãos.</p>					
<p><b>Identificação do paciente</b></p> <p>Adequado: checagem em todos os momentos oportunos</p> <p>Quase adequado: checagem apenas em alguns momentos.</p> <p>Inadequado: identificação não verificada.</p>					

<p><b>Percepção de potenciais riscos</b></p> <p>Adequado: atitude reflete a importância das boas práticas.</p> <p>Quase adequado: atitude reflete parcialmente valor às boas práticas.</p> <p>Inadequado: atitude não reflete importância de boas práticas.</p>					
<p><b>Descreva ou comente lacunas ou falhas durante a simulação. Sugira melhorias.</b></p>					

FONTE: As autoras (2023).

**INSTRUMENTO 10 – ROTEIRO PARA O DEBRIEFING**

Perguntas realizadas com base no instrumento de avaliação:

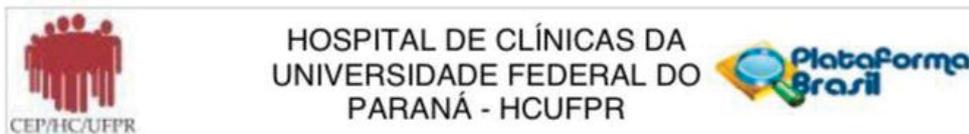
1. Em relação a comunicação, qual situações dentro do cenário realizado foi feito de forma adequada, quase adequada ou inadequada?
2. As normas e protocolos institucionais foram seguidos? Houve falha no processo?
3. Como o paciente esteve inserido no seu processo de cuidado?
4. Houve comunicação interprofissional? A linguagem não verbal se fez presente em algum momento, e teve significado?
5. Teve alguma cena ou situação que 'saltou' aos olhos de vocês?
6. Em uma palavra como vocês descrevem a atividade de hoje?

**INSTRUMENTO 11 – AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO**

<b>AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO PELOS RESIDENTES</b>						
		<b>EXCELENTE</b>	<b>BOM</b>	<b>INDIFERENTE</b>	<b>RUIM</b>	<b>PÉSSIMO</b>
1	Atendimento às expectativas de aprendizagem					
2	Tempo para o desenvolvimento da simulação					
3	Conteúdo abordado correspondeu ao tema abordado no workshop					
4	Simulação possibilitou associar a prática à teoria					
OBSERVAÇÕES E CONSIDERAÇÕES:						

FONTE: As autoras (2023).

## ANEXO 1 – PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 5.300.257

cenário com base no roteiro teórico-prático do Fabri (2017). Os participantes da simulação serão residentes de enfermagem e medicina (APRENDIZES), que participaram na primeira fase o workshop e do desenvolvimento da simulação, a avaliação dos participantes acontecerá através do instrumento Creighton Competency Evaluation Instrument (CCEI) PELOS . A validação de conteúdo será feita pelos participantes do GF, em rodadas de avaliação, utilizando-se mídia eletrônica para o envio de arquivo com o cenário descrito e em formato de PDF modificável, para inclusão das considerações dos avaliadores. Para atingir o objetivo geral desta pesquisa, a sistematização das etapas 1 e 2 será descrita, ao final do estudo, e resultará em um modelo de sistematização da simulação realística para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente para os programas de residência em saúde, compondo um modelo, ou roteiro, que também poderá ser aplicado na educação profissional da equipe multiprofissional.

### Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Estruturação de um roteiro para sistematização da simulação realística.

Objetivo Primário:

Elaborar um modelo de sistematização da simulação realística para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente para os programas de residência em saúde.

Objetivo Secundário:

Identificar temas chave em segurança do paciente. Definir competências a serem desenvolvidas nos temas chave identificados. Elaborar e validar cenários de ensino em segurança do paciente direcionados ao desenvolvimento das competências definidas.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

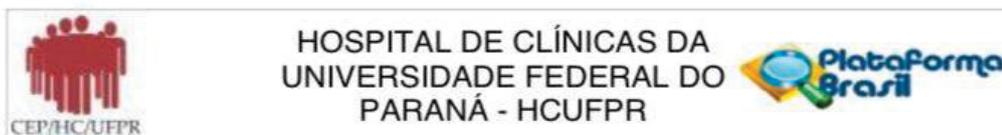
Riscos:

Durante a realização dos grupos focais os participantes poderão apresentar-se ou sentir desconforto ou constrangimento, uma vez que será discutido opiniões diferentes sobre um mesmo tema. Durante a realização da simulação realística os participantes poderão apresentar-se ou sentir alguma ansiedade, desconforto ou constrangimento, uma vez que irá ter que preencher formulários, realizará avaliação, e participará da simulação propriamente dita. Caso isso ocorra, as pesquisadoras atuaram de forma a auxiliar na resolução da situação. Essa pesquisa não oferece nenhum prejuízo ou dano.

Benefícios

O desenvolvimento de competências em segurança do paciente para os programas de residência

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.300.257

em saúde, através de um modelo de sistematização da simulação realística.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A segurança do paciente minimiza o risco durante o cuidado garantindo a qualidade da assistência prestada, ressaltando que qualificar o profissional desde a formação é essencial. A base para a estruturação e formatação dos cursos de graduação são as DCN, devendo estar delineadas, a utilização de tecnologias, como a simulação realista como estratégia educativa possibilita o desenvolvimento de competências em profissionais de saúde em um ambiente seguro.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão adequados

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências, projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

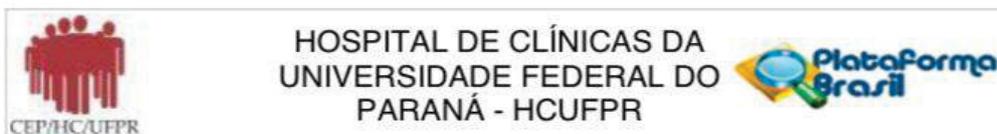
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	04/02/2022		Aceito

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.300.257

Básicas do Projeto	ETO_1850604.pdf	08:42:10		Aceito
Outros	Modelodoprojetocomalteracoessolicitadas.pdf	25/01/2022 20:53:54	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	cartaaoccep.pdf	25/01/2022 20:50:48	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTOPESQUISA DORAOCEP.doc	12/11/2021 15:52:28	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2_DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.doc	12/11/2021 15:47:12	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaraçãodecompromissocomapesquis a.pdf	12/11/2021 14:33:15	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	AUTORIZACAOPARAMANIPULACAOD EDADOS.pdf	10/11/2021 22:03:11	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	SOLICITACAODEACESSODADOSARQ UIVOS.pdf	10/11/2021 22:02:58	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAOAUSENCIADECUSTO.p df	10/11/2021 22:02:24	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	CCEITRADUZIDO.docx	10/11/2021 21:40:25	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ROTEIROFABRI.docx	10/11/2021 21:39:54	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	FORMULARIODEIDENTIFICACAO.docx	10/11/2021 21:38:55	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEadultosresidentes.docx	10/11/2021 21:29:27	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEadultoslidereseducacao.docx	10/11/2021 21:29:19	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Modelocomitedeetica.pdf	10/11/2021 21:13:05	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Declaração de concordância	CONCORDANCIASERVICO.pdf	10/11/2021 20:24:05	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	FolharostoOk.pdf	10/11/2021 17:46:42	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

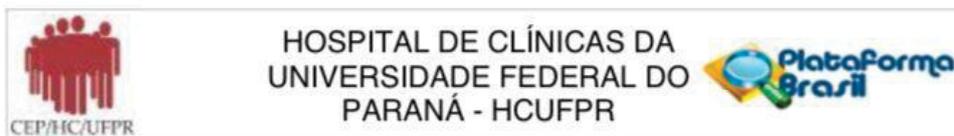
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - HCUFPR

Continuação do Parecer: 5.300.257

CURITIBA, 19 de Março de 2022

---

**Assinado por:**  
**Niazy Ramos Filho**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br