

---

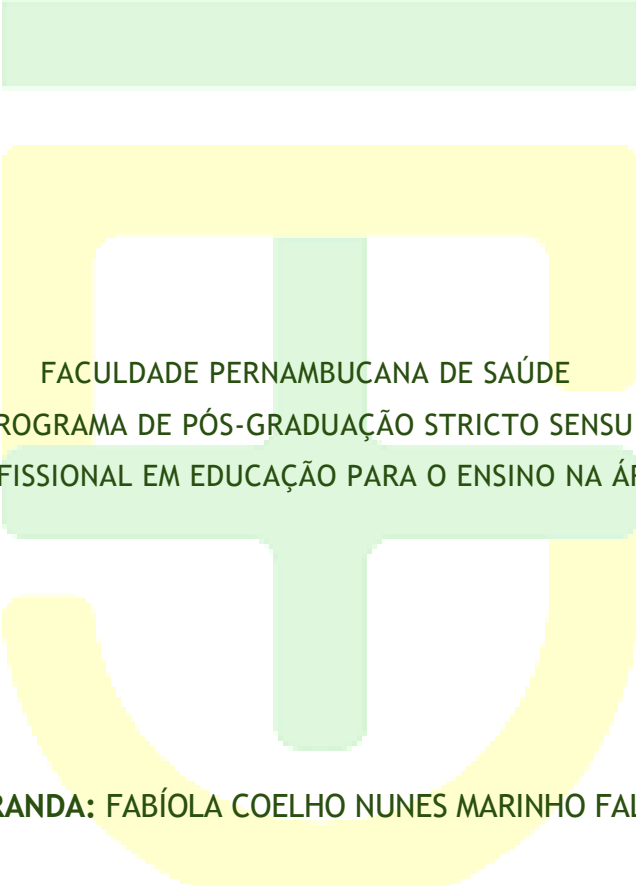
# RELATÓRIO TÉCNICO

---

**ANÁLISE CURRICULAR DA ABORDAGEM SOBRE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO  
EM MEDICINA E EM ENFERMAGEM EM UMA FACULDADE  
NO NORDESTE DO BRASIL**

---

---



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

**MESTRANDA: FABÍOLA COELHO NUNES MARINHO FALCÃO**

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. LUCIANA MARQUES ANDRETO**

# AUTORES

---

## FABÍOLA COELHO NUNES MARINHO FALCÃO

---

Graduação em medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde (2018)

Pós-graduação em Gestão de Saúde pela Instituição Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (2021)

Mestrando de Educação em ensino na área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (2023)

Contato: [fabiola.falcao@live.com](mailto:fabiola.falcao@live.com)

## PROFA. DRA. LUCIANA MARQUES ANDRETO

---

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Fundação de Ensino Superior de Olinda, FUNESO

Residência de Enfermagem Em Saúde da Mulher no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP

Mestrado em Saúde Materno Infantil no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP

Doutorado em Nutrição na Universidade Federal de Pernambuco, UFPE

FICHA CATALOGRÁFICA  
PREPARADA PELA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

F178r Falcão, Fabíola Coelho Nunes Marinho

Relatório técnico: análise curricular da abordagem sobre segurança do paciente nos cursos de graduação em medicina e em enfermagem em uma faculdade no nordeste do Brasil. / Fabíola Coelho Nunes Marinho Falcão, Luciana Marques Andreto. – Recife: Do Autor, 2024.

15 f.

Relatório técnico.

ISBN: 978-65-6034-057-2

1. Relatório técnico. 2. Segurança do paciente. 3. Educação médica. I. Andreto, Luciana Marques. II. Título.

CDU 37:61

# FICHA TÉCNICA

---



# SUMÁRIO

---

INTRODUÇÃO .....	1
OBJETIVO.....	3
METODOLOGIA.....	3
RESULTADOS.....	5
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	10
REFERÊNCIAS .....	11

## INTRODUÇÃO

---

O conceito hipocrático “antes de tudo não fazer mal” traz em seu cerne a histórica preocupação na assistência em saúde a não cometer deslizes, tornando por muitos anos o profissional de saúde vinculado a esta imagem de uma pessoa que não poderia cometer qualquer erro.<sup>1</sup>

A personificação do profissional de saúde como infalível persistiu por anos, até que em 2000 o livro “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” revelou 44 a 98 mil mortes anuais nos EUA devido a falhas na assistência. O relatório “Uma organização com memória” do Reino Unido destacou que a prestação adequada de saúde ocorria em apenas metade dos atendimentos. Esse cenário impulsionou uma corrida internacional pela segurança do paciente, mobilizando entidades de saúde para fortalecer medidas nesse sentido.<sup>2,3</sup>

A 55ª Assembleia da OMS, abordando “Qualidade do cuidado: segurança do paciente”, destacou a prioridade global de melhorar a assistência por meio da segurança do paciente, isto é, identificar riscos para os usuários de saúde e prevenir eventos adversos. A OMS alertou sobre as significativas perdas financeiras nas instituições de saúde devido aos eventos adversos, com sistemas de saúde em países em desenvolvimento ou em transição econômica sendo particularmente afetados.<sup>4</sup>

Em 2009, a OMS, por meio do Departamento de Segurança do Paciente, divulgou o “Guia Curricular para as Escolas Médicas”, proporcionando diretrizes para instituições de ensino superior incorporarem conceitos de segurança do paciente nos currículos de medicina.<sup>5</sup> Adicionalmente, em 2011, lançou o “Guia Curricular para Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional”, enfatizando que a segurança do paciente é uma responsabilidade compartilhada por todos os profissionais de saúde. Este guia destaca princípios relevantes para as atividades diárias desses profissionais,

sublinhando a importância de desenvolver habilidades e atitudes desde a graduação.

6

Após as diretrizes da OMS, no Brasil, a Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), integrando o tema nos currículos de formação em saúde, incluindo de níveis técnico a pós-graduação, através do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (MEC). Em seguida, o MEC elaborou uma diretriz curricular incorporando essas competências no curso de medicina.<sup>8</sup>

Visando aproximar a realidade brasileira das diretrizes propostas pela OMS, em 2016, a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) publicou a tradução do Guia Curricular para Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional. Este guia, ao ser disponibilizado em português, abordou os elementos essenciais para um currículo eficaz em segurança do paciente, delineando a maneira como esses tópicos devem ser implementados no ambiente educacional.<sup>9</sup>

A integração de habilidades e atitudes voltadas à segurança do paciente enfrenta desafios substanciais, pois a assistência à saúde não foi inicialmente concebida com esse enfoque, refletindo práticas impregnadas de abordagens paternalistas, hierárquicas e infalíveis. Portanto, é crucial a desconstrução desses conceitos e promoção de uma formação em saúde que priorize a segurança, adotando uma perspectiva multiprofissional e embasada cientificamente.<sup>6,10</sup>

Além do desafio de desenvolver currículos de saúde que abordem a segurança do paciente, há a complexidade intrínseca à estrutura curricular e sua abordagem na temática, considerando as suas dimensões: real, oficial e oculta. O currículo oculto refere-se a aspectos não declarados do ambiente educacional, representando a abordagem dos professores em sala de aula, enquanto o currículo oficial compreende-se como a estrutura documentada do programa educacional. Por sua

vez, o currículo real é entendido como a implementação prática e a absorção pelos alunos.<sup>11, 12</sup>

Diante desta problemática, desenvolveu-se o seguinte questionamento: *o currículo da graduação de medicina e enfermagem abordam os temas necessários para uma aprendizagem adequada em segurança do paciente?*

## OBJETIVO

---

Apresentar os resultados obtidos a partir da análise curricular da abordagem do ensino de segurança do paciente das graduações de medicina e enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde apontando as limitações e as potencialidades de melhora sobre o ensino de segurança do paciente na assistência em saúde para os estudantes de medicina e enfermagem.

## METODOLOGIA

---

Trata-se de uma pesquisa de análise curricular (oficial, real e oculta) através de análise quanti-qualitativa nos cursos de graduação em medicina e enfermagem de uma faculdade do nordeste do Brasil. O estudo aconteceu no período de maio/2021 a outubro/2023. A amostra dos participantes constou em estudantes de medicina do 9º aos 12º períodos (36 participantes), estudantes de enfermagem dos 9º e 10º período (23 participantes), 01 coordenador de medicina e 01 coordenador de enfermagem.

Para análise documental foi utilizada o plano de ensino de cada unidade curricular da graduação de medicina e enfermagem fornecido pela instituição em 2022. O instrumento utilizado para análise do currículo formal foi um roteiro baseado



na tradução publicada pela PUC-Rio do Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde: Edição Multiprofissional. O roteiro utilizou como base de criação os 11 tópicos e 80 subtópicos propostos no documento de uma forma que propiciou uma análise sistemática dos temas e domínios apresentados pela OMS como essenciais através de *checklist* com as seguintes alternativas: contempla, contempla parcialmente e não contempla.

O instrumento utilizado para análise de currículo real foi o Questionário *Latino Students Patient Safety Questionnaire - LSPSQ*. Questionário autoaplicável, validado em português e no Brasil, o qual contempla 21 afirmativas referentes a conhecimento, atitudes e habilidades desenvolvidas durante a sua formação e estágio prático destinado a estudantes de graduação de medicina e enfermagem. Todas elas avaliadas em uma escala *Likert* de cinco pontos entre (1) discordo totalmente até (5) concordo totalmente.

Para análise de currículo oculto foi utilizado entrevista semiestruturada realizada com os coordenadores dos cursos de graduação de medicina e enfermagem para análise qualitativa da vivência e percepção sobre a abordagem curricular e ensino de segurança do paciente nestes cursos. Seguindo o proposto por Minayo<sup>13</sup>, foi realizado roteiro com 07 perguntas abertas construídas no propósito de provocar narrativas dos entrevistados sobre o tema.

A referida pesquisa seguiu as determinações éticas e apenas iniciou a coleta de dados após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, CAAE: 56276722.5.0000.5569 e Número de Parecer 5.459.755.

## RESULTADOS

---

### RESULTADO CURRÍCULO FORMAL:

---

Ao analisar o currículo formal dos cursos de Medicina e Enfermagem, foram avaliadas 75 e 52 unidades curriculares, respectivamente, quanto à contemplação total, parcial ou não contemplação das temáticas em cada uma delas.

Todos os tópicos foram contemplados ou contemplados parcialmente em alguma unidade curricular ao decorrer de ambos os cursos. Sendo em sua maioria contemplados parcialmente, apresentando-se desta forma em nove dos onze tópicos em medicina e dez dos onze tópicos em enfermagem. Os demais tópicos foram contemplados totalmente, tais como: “Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?” e “Envolver pacientes e cuidadores” na graduação de Medicina. Já os tópicos completamente contemplados na graduação de enfermagem foram: “O que é segurança do paciente?”; “Atuar em equipe de forma eficaz.”; “Envolver pacientes e cuidadores”; “Prevenção e controle de infecções”; “Melhorar a segurança no uso de medicações”.

Ainda, notou-se uma estratégia de abordagem da temática de forma distinta em Medicina e em Enfermagem. Em medicina, apresentou-se módulo específico de segurança do paciente no decorrer do curso, demonstrando concentração maior de tópicos contemplados em uma mesma unidade curricular, enquanto em Enfermagem apresentou discussões e objetivos de aprendizagem sobre a temática incluídas em outros temas no decorrer da graduação.

### RESULTADO CURRÍCULO OCULTO:

---

A análise do currículo oculto ocorreu pelo método de Minayo<sup>13</sup> e realizou-se uma entrevista semiestruturada, com os coordenadores dos cursos de Enfermagem e

Medicina na Faculdade em questão, a partir de perguntas norteadoras relacionadas aos 11 tópicos propostos pela OMS.

Quanto a percepção do ensino de segurança do paciente, os entrevistados afirmaram que:

*“(...) cada procedimento que a gente ensina, que a gente orienta, que a gente faz com que o aluno teste a gente inclui dentro dele os objetivos de aprendizagem onde que a gente deve imputar segurança do paciente. Seja no transporte, seja na mobilização do paciente no leito, na administração de medicamentos, os certos de que tem que ser conferidos.” (Entrevistado A)*

*“No campo, na territorialização (...) do ponto de vista ambulatorial, hospitalar, de atenção primária até a atenção de alta complexidade, isso tudo tem que ser envolvido em que questão de segurança. Por isso de extrema importância e eu acho que a gente já trabalha, precisa revisar todo ano e precisa estar atento as novas formas de levar esse aprendizado sobre segurança do paciente.” (Entrevistado B)*

Em relação a percepção sobre o ensino de erros relacionados a assistência e condições de insegurança os entrevistados que:

*“A gente ensina como preveni-los. (...) As condições de insegurança a gente conhece. A gente sempre fala.” (Entrevistado A)*

*“Exemplos. Porque a gente precisa ensinar a parte dos erros. Os erros eles viram uma vitrine do que a gente pode fazer para não os cometer. (...) O erro não deve ser visto de forma nenhuma como caça as bruxas. (...) O erro ele tem que ser visto não como um delator de pessoas e sim como o aprendizado dos processos.” (Entrevistado B)*

Sobre a vivência sobre comunicação de erros na assistência por parte dos discentes e docentes, é destacado:

*“Então quando isso acontece a gente para tudo e “por que aconteceu isso? Vamos discutir isso”. Por que chegou nesse erro? Por que chegou nisso? A gente quebrou alguma regra que a gente tem*

*tratado em tutoria, tratado nos laboratórios, alguma coisa quebrou.”*  
(Entrevistado A)

*“Segurança com o paciente é tudo. É do prontuário que você não rasura a medicação que você prescreve ou não prescreve, e da forma de aplicar, da forma de manter, da forma de evitar quedas e tudo mais. Então assim discente eles ouvem mais, eu acho que eles ouvem mais, mas o relato não vem deles (discentes)”* (Entrevistado B)

Sobre a percepção sobre o ensino do aprendizado com os erros, afirmaram:

*“Mas quando o estudante erra e a gente aproveita aquele momento para dar o feedback para ele e se ele se percebe, ele não repete.”* (Entrevistado A)

*“O aprendizado com os erros, embora ele seja ruim porque o erro aconteceu, ele é rico no ponto de vista de exemplo. Eu acho que você tem que ter o erro, não como uma tentativa de retaliação ou de punição, mas de exemplos para a gente não cometer de novo. E aí pode ser ou individual ou realmente do ponto de vista de melhorar o serviço.”* (Entrevistado B)

Em relação a percepção sobre o ensino da comunicação em equipe e sua prática por parte dos estudantes:

*“Então eu acho que a comunicação é um dos grandes problemas que a gente tem na assistência e normalmente é feita de forma equivocada, não só por imperícia por profissionais não, as vezes é por sobrecarga. (...) E sempre nos laboratórios de comunicação a abordagem é a equipe. Você se comunicar bem em equipe.”*  
(Entrevistado A)

*“Na teoria, a gente sempre reforça essa importância. Em todas as estâncias, nas exposições, nas palavras, a gente sempre procura identificar e dizer que o diálogo, a explicação, a explanação, sobre o que está ocorrendo ou o que não é para ocorrer no seu setor. A gente repassa muito isso para nosso estudante”* (Entrevistado B)

No questionamento sobre a percepção sobre o ensino e prática de envolvimento dos pacientes e familiares no cuidado em saúde, afirmaram que:

*“A gente também precisa envolver os familiares porque a gente precisa educar. As vezes o paciente foi ali por uma questão de uma falta de cuidado dentro da própria casa. Então segurança do paciente a família também está dentro da conversa. (...) É que você envolver a família no cuidado do paciente tanto ele em casa, quanto ele no hospital, é uma coisa que ajuda a prevenir danos.”* (Entrevistado A)

*“Então assim, enquanto o indivíduo que a gente comunica e a quem a gente preserva, a receptividade é boa e é válida. (...) Quando você coloca, é um envolvimento intenso do acompanhante e de quem é cuidado.”* (Entrevistado B)

Em relação às fragilidades existentes no ensino e quais seriam elas, os entrevistados chamaram atenção aos seguintes pontos:

*“Entenda que a gente escreve uma proposta pedagógica, a gente coloca tudo que a gente gostaria que o estudante visse, que ele aprendesse, faz o plano de ensino, faz os objetivos. Mas entre o que a gente escreve e o aluno tem o docente, aí tem o docente dependente(...) A depender da expertise dele, naquela área ele vai melhorar ou ele vai deixar superficial.”* (Entrevistado A)

*“Entre eles, será que eles estão fazendo? Estão colocando na prática o que a gente coloca na teoria e preza na teoria? (...) aí é falha do sistema (de avaliação)”* (Entrevistado B)

Nesse sentido traz como proposta:

*“Tudo aquilo que a gente verbaliza, a gente realmente colocar de forma escrita, de forma clara e um check-list do que o estudante está fazendo ocasionalmente, sob amostragem, para ver se a gente está conseguindo chegar nessa segurança.”* (Entrevistado B)

Por fim trazem questionamentos, corroborando com as falas no decorrer da entrevista, que buscam reflexões e soluções para as problemáticas existentes:

*“Mas quando eles estão lá na prática, será que eles estão seguindo? Como a gente pode fazer o acompanhamento disso?”*

---

### RESULTADO CURRÍCULO REAL:

---

Análise do currículo real realizada com os estudantes de medicina (36 participantes) e estudantes de enfermagem (23 participantes), sendo 11 (18,6%) do 9º período de enfermagem; 12 (20,3%) do 10º período de enfermagem; 7 (14,9%) do 11º período de medicina e 29 (49,1%) do 12º período de medicina.

Dentre as 21 dimensões analisadas, apenas 05 apresentaram valores menores que quatro pontos, ou seja, que indicam que não houve oportunidade de aprendizado da dimensão, sendo elas 03 dimensões de Franqueza na Comunicação com Paciente (FCP) e 02 dimensões de Complexidade dos Sistemas e sua Inter-relação (CS).

Dentre as dimensões de FCP foram: (1) FCP3 - “No estágio aprendi o que devo fazer se eu cometer um erro”; (2) FCP6 - “Durante minha formação, fui trabalhando os sentimentos que posso vir a vivenciar se eu cometer um erro”; (3) FCP8 - “No hospital onde fiz meu estágio promovia-se uma cultura não punitiva, para que, caso ocorresse um erro, soubéssemos como evitar que ele se repetisse”. Já as duas de CS consistiam em: “No estágio, observei que é impossível evitar a maioria dos erros clínicos” (CS1) e “Durante meu estágio, observei que os protocolos aplicados para garantir a segurança do paciente estão desatualizados” (CS2).

Já as demais dimensões apresentaram valores maiores que quatro pontos, ou seja, que indicam a oportunidade de aprendizado, sendo elas: “Atitude proativa para evitar risco à segurança” (AP); “Consciência do erro”(CE) e “Compreensão do fator humano (CFH)”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O ensino de segurança do paciente é vital, abrangendo diversos fatores como erros em saúde, sistemas de saúde, modelos de melhorias, comunicação em equipe, envolvimento de pacientes, controle de infecções, procedimentos invasivos e medicações seguras. Destaca-se a complexidade desses elementos, ressaltando que cada um desempenha papel essencial na segurança e sua avaliação é crucial para evitar fragilidades.

Nos cursos de Medicina e Enfermagem analisados, foram identificadas fragilidades, especialmente no currículo formal, abordando tópicos como entendimento dos fatores humanos, compreensão dos sistemas de saúde, aprendizado com erros, gerenciamento de risco clínico, métodos de melhoria e segurança em procedimentos invasivos.

As deficiências nos currículos reais e ocultos incluíram o aprendizado do reporte de erros e a compreensão da complexidade dos sistemas no manejo adequado da segurança do paciente. Pontos positivos foram observados na ênfase à comunicação com o paciente, envolvimento de cuidadores, metodologia de ensino ativa e estímulo a laboratórios de simulação.

Sugere-se, por fim, mais estudos para compreender o aprendizado da segurança do paciente, especialmente avaliando currículos reais para melhor compreender o conhecimento dos formandos em saúde sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Juramento de Hipócrates. <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>
2. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Vol 1.; 2000. doi:10.17226/9728
3. DEPARTMENT OF HEALTH (Nacional Health System). *An Organization with a Memory - Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS*. Vol 1. 1st ed. The Stationery Office; 2000. doi:10.7861/clinmedicine.2-5-452
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Quality of care : patient safety. In: *FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY*. WHO; 2002:1-6. <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>
5. WHO. *WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*. 1st ed.; 2009.
6. WHO. *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-Professional Edition*. WHO; 2011. [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/regional\\_launch/en/](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/regional_launch/en/)
7. Saúde M da. *PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013.*; 2013.
8. Educação CN de E do M da. *Resolução No 3 de 20 de Junho de 2014.*; 2014:1-14. [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)
9. Marra VN. *Guia Curricular de Segurança Do Paciente Da Organização Mundial de Saúde: Edição Multiprofissional*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2016.
10. Health Quality Ontario. Patient safety learning systems: A systematic review and qualitative synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2017;17(3):1-23. <https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series>
11. Tussardi IT, Benoni R, Moretti F, et al. Patient Safety in the Eyes of Aspiring Healthcare Professionals: A Systematic Review of Their Attitudes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18.
12. ARAUJO VPC. O Conceito De Currículo Oculto E a Formação Docente. *Rev Estud Apl em Educ*. 2018;3(6):29-39. doi:10.13037/rea-e.vol3n6.5341
13. Minayo MC de S. *O Desafio Do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa Em Saúde*. 14a ed. Hucitec Editora; 2014.