



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE CAMPO GRANDE**



PRISCILA ASSIS VIDAL

**PROPOSIÇÃO DE UM CURSO AUTOINSTRUCIONAL SOBRE METAS
INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: O USO DE TECNOLOGIAS
DIGITAIS E DO DESIGN INSTRUCIONAL**

Campo Grande/MS

2024



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE CAMPO GRANDE**



PRISCILA ASSIS VIDAL

**PROPOSIÇÃO DE UM CURSO AUTOINSTRUCIONAL SOBRE METAS
INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: O USO DE TECNOLOGIAS
DIGITAIS E DO DESIGN INSTRUCIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Educação (PROFEDUC) –, área de concentração Formação de Professores e Diversidade, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, unidade Universitária de Campo Grande no Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Frederico Fonseca Fernandes.

Campo Grande/MS

2024

V692p Vidal, Priscila Assis

Proposição de um curso autoinstrucional sobre metas internacionais de segurança do paciente : o uso de tecnologias digitais e do design instrucional / Priscila Assis Vidal. – Campo Grande, MS: UEMS, 2024.

151 p.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Educação – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2024.

Orientador: Prof. Dr. Frederico Fonseca Fernandes.

1. Plataformas digitais 2. Recursos digitais 3. Saúde - Educação 4. Formação profissional I. Fernandes, Frederico Fonseca II. Título

CDD 23. ed. - 610.7

Ficha Catalográfica elaborada pela bibliotecária da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)
Bruna Peruffo Vieira – CRB 1/2959

PRISCILA ASSIS VIDAL

**PROPOSIÇÃO DE UM CURSO AUTOINSTRUCIONAL SOBRE METAS
INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: O USO DE TECNOLOGIAS
DIGITAIS E DO DESIGN INSTRUCIONAL**

Relatório de Defesa de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Educação, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Campo Grande/MS, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Educação. Área de concentração: Formação de Educadores.

Aprovado em: 11/09/2024

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Frederico Fonseca Fernandes (Orientador)
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Prof. Dra. Cibele de Moura Sales
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Profa. Dra. Pollyanna Kassia de Oliveira Borges
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

Aos meus amados pais, Márcia e Alberto.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Alberto, e à minha mãe, Márcia, que são os alicerces da minha vida. Com amor incondicional, sabedoria e paciência, vocês me guiaram em cada etapa, me ensinaram valores preciosos e estiveram ao meu lado em todos os momentos. Cada conquista é reflexo da força e do apoio que sempre recebi de vocês. Sou eternamente grata por tudo o que me proporcionaram e por acreditarem em mim mesmo nos meus dias mais incertos.

Ao meu sobrinho Bielzinho, meu "mini-mim" e corinthiano de coração como a titia. Você é a luz que ilumina os meus dias, o motivo de muitos dos meus sorrisos e a prova de que o amor mais puro está nas pequenas alegrias. Que você cresça sabendo o quanto é especial e o quanto significa para mim.

À minha irmã, Danni, exemplo de força, coragem e dedicação. Como mãe, profissional e mulher, você me inspira a ser melhor. Sua determinação e amor pela vida são inspirações que carregarei sempre comigo.

E, com ternura especial, dedico este trabalho aos meus fiéis e amados companheiros de quatro patas: Nicole, minha elegante e cheia de personalidade gata, e minhas cachorrinhas Meg, Cersei e Belinha, que preenchem minha vida com amor incondicional, afeto e alegria. Cada momento ao lado de vocês é um presente, e sou grata por todo o conforto e felicidade que trazem aos meus dias.

A Deus, por me guiar e me dar força em cada etapa dessa jornada.

Ao meu orientador, pela orientação, paciência (muita rs) e dedicação que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À minha querida amiga e companheira de trabalho, Vanessa Pradebon, meu profundo agradecimento. Sua amizade e colaboração são inestimáveis, e sou grata por tê-la ao meu lado.

Aos amigos que me auxiliaram com suas revisões intelectuais, minha sincera gratidão pelo tempo e conhecimento compartilhados. Aos amigos que sempre torceram por mim, meu mais sincero agradecimento por todo o apoio, encorajamento e por estarem ao meu lado em cada fase desta caminhada.

Com todo o meu amor, gratidão e admiração, dedico este trabalho a vocês, que tornam minha existência plena, significativa e cheia de vida.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar possibilidades de uso de recursos e linguagens digitais, por meio de plataforma virtual, de um curso online e autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. A partir da perspectiva do Materialismo Histórico Dialético, das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e de um modelo de design instrucional, considerando elementos de uma pesquisa qualitativa, foi organizado, planejado e proposto um curso autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Seguindo fases e etapas do modelo de design instrucional escolhido, foram utilizados recursos digitais e plataformas virtuais na/para seleção e produção do conteúdo do curso. Assim, ao final desta pesquisa, propomos a utilização de recursos digitais de aprendizagem, apresentando uma proposta de curso autoinstrucional com potencial de inovação na/para formação continuada de profissionais de saúde, destacando importantes reflexões sobre os diferentes usos de tecnologias digitais na formação e qualificação profissional, a importância da cultura de segurança nos espaços de atendimento na área da saúde e a necessidade de se manter atualizado em relação às normas e práticas dessa área.

Palavras-chave: Plataformas Digitais. Saúde. Prática. Formação Profissional.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the possibilities for utilizing digital resources and languages through a virtual platform in an online, self-instructional course on the International Patient Safety Goals. Drawing from the perspective of Dialectical Historical Materialism, the International Patient Safety Goals, and an instructional design model, a self-instructional course was organized, planned, and proposed. Following the phases and stages of the chosen instructional design model, digital resources and virtual platforms were employed for the selection and production of the course content. Thus, at the conclusion of this research, we propose the use of digital learning resources, presenting a self-instructional course proposal with potential for innovation in the continuing education of health professionals. This proposal emphasizes critical reflections on the various uses of digital technologies in professional training and qualification, the importance of a safety culture in healthcare settings, and the necessity for ongoing updates regarding regulations and practices in the field.

Keywords: Digital Platforms. Health. Practice. Professional Education.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. TECNOLOGIAS DIGITAIS E A FORMAÇÃO/ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DO MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO.....	17
2. METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	25
3. O DESIGN INSTRUCIONAL COMO MÉTODO DE PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO DE CURSOS PARA FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL.....	34
4. PERSPECTIVA METODOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	41
4.1 Etapas da Produção do Curso Autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente.....	42
4.2 Organização Completa do Curso Autoinstrucional sobre Metas de Segurança do Paciente.....	54
4.3 Plataforma de Acesso ao Curso Autoinstrucional sobre Metas Internacionais de Segurança do Paciente.....	55
5. ALGUMAS REFLEXÕES.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXO A - Imagens das telas do curso completo.....	71

INTRODUÇÃO

Sou Bacharel em Enfermagem e especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, Docência, Metodologias Ativas e Criativas com Tecnologias Digitais e Design Instrucional. Com mais de 16 anos de experiência como enfermeira e docente universitária, minha trajetória sempre foi pautada pela integração entre a prática assistencial e a educação em saúde. Ao longo desses anos, atuei tanto na assistência direta ao paciente quanto na formação de futuros profissionais, desenvolvendo metodologias inovadoras para o ensino da enfermagem.

Minha experiência como enfermeira, aliada ao meu profundo interesse por processos educativos, me direcionou para o uso de tecnologias educacionais e a exploração de metodologias ativas no ensino de saúde. Sempre busquei formas de tornar o aprendizado mais significativo, dinâmico e acessível, utilizando recursos digitais que favorecessem a construção do conhecimento e a aplicação prática dos conteúdos pelos alunos.

Foi com essa visão de unir educação e prática que cheguei ao Programa Profissional de Mestrado em Educação. Minha trajetória até o mestrado reflete o compromisso de integrar o uso de tecnologias educacionais com a formação em saúde, promovendo o desenvolvimento de práticas que assegurem a qualidade e segurança do paciente, e contribuam para a qualificação contínua dos profissionais da área.

A pandemia da COVID-19 trouxe à tona a importância e o potencial das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) no ensino a distância, inclusive para áreas como a educação em saúde. Diante da necessidade de capacitação rápida e eficaz de profissionais de saúde, especialmente no contexto das metas internacionais de segurança do paciente, as tecnologias digitais emergiram como ferramentas indispensáveis. Nesse cenário, a proposição de um curso autoinstrucional sobre as metas de segurança do paciente se alinha perfeitamente com as demandas atuais, permitindo que os profissionais de saúde possam acessar os conteúdos de maneira flexível, adaptada à sua rotina e contexto. A crise sanitária impulsionou a adoção dessas tecnologias, ampliando o acesso ao conhecimento e criando novas possibilidades de formação.

Entretanto, apesar do cenário promissor, a implementação de um curso autoinstrucional sobre segurança do paciente enfrenta limitações significativas,

sobretudo no que tange ao acesso desigual às TDICs. A pandemia evidenciou que, embora o uso das tecnologias digitais tenha se expandido, a infraestrutura tecnológica e o acesso à internet ainda são desiguais em diversas regiões. Profissionais de saúde em áreas rurais ou de baixa renda podem encontrar dificuldades para participar de um curso digital, seja pela falta de dispositivos adequados, conexão de qualidade ou habilidades técnicas para utilizar as plataformas de ensino. Essas barreiras podem limitar o alcance e a eficácia da proposta, reduzindo o impacto educacional esperado.

Além disso, a modalidade autoinstrucional, embora vantajosa por sua flexibilidade, pode carecer de interatividade e apoio pedagógico imediato, o que pode ser uma limitação no aprendizado de temas críticos como as metas internacionais de segurança do paciente. Sem um tutor ou mediador ativo, alguns profissionais podem ter dificuldade em compreender conceitos complexos ou aplicar o conteúdo em situações práticas. A ausência de um acompanhamento mais direto pode também resultar em menor engajamento e retenção do conhecimento, especialmente para aqueles que não estão familiarizados com o formato de ensino autônomo.

Outro desafio envolve a personalização do aprendizado. Em um curso autoinstrucional, é difícil atender às necessidades específicas de cada profissional de saúde, considerando as diferenças em termos de formação prévia e experiência prática. A padronização dos conteúdos pode ser uma limitação, uma vez que a segurança do paciente é uma área que exige não apenas conhecimento teórico, mas também a capacidade de adaptação a contextos clínicos diversos. Portanto, para garantir a eficácia da proposta, é fundamental considerar estratégias complementares, como a oferta de fóruns de discussão, mentorias pontuais ou avaliações formativas, que possam compensar as limitações do formato autoinstrucional e promover uma aprendizagem mais interativa e contextualizada.

A irrupção das TDIC tem levado a muitas mudanças nos níveis social, econômico e, portanto, educacional. O uso crescente da tecnologia digital afeta todas as partes da sociedade e oferece novas oportunidades para atender a diversas carências e desafios. O design e o desenvolvimento de tecnologias digitais no ensino técnico têm sido impulsionados por necessidades estratégicas, desenvolvimento profissional e capacidades tecnológicas (Gusso; Castro; Souza, 2021).

Os profissionais de saúde precisam atualizar suas habilidades regularmente, e a formação desses profissionais pode ocorrer de maneira formal ou informal, a partir da prática e dos compartilhamentos diários, tornando-se uma ação de formação/educação permanente ou desenvolvimento profissional contínuo. Dessa forma, possibilita-se o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, resultando no aperfeiçoamento da atividade de enfermagem e, assim, melhorando os cuidados de saúde em sua prática profissional.

A educação digital foi identificada como um dos meios potenciais para abordar esses desafios crescentes e vem sendo adotada progressivamente em todos os níveis, desde o ensino fundamental, médio e pré e pós-graduação até a aprendizagem ao longo da vida e o desenvolvimento profissional contínuo. Essa tendência, parcialmente impulsionada pelos avanços na ciência e tecnologia e pela crescente demanda do consumidor, também é observada na educação para profissionais de saúde, onde as tecnologias digitais são onipresentes e diversificadas (Kenski; Medeiros; Ordéas, 2019). O uso dessas tecnologias como estratégia pedagógica pode aumentar a eficácia do processo de ensino, colocando o profissional como protagonista e permitindo que ele controle seu processo de aprendizado, capacitando-o para atuar no mercado de trabalho.

Com o avanço tecnológico, as instituições de saúde em todo o mundo estão enfrentando uma crescente discrepância entre o uso de tecnologias e as habilidades dos profissionais em lidar com esses recursos. As tecnologias são aliadas na assistência aos pacientes de diversas formas: por meio de registros eletrônicos de saúde, telemedicina/telessaúde para acompanhamento da situação clínica e educação em saúde, aplicativos que monitoram doenças, prescrição eletrônica, entre outros (Golineli et al., 2020).

O estudo de Pissaia et al. (2019) mostrou que a aprendizagem colaborativa em ambientes de aprendizagem digital melhorou os conhecimentos, habilidades e/ou competências dos estudantes de enfermagem para o mercado de trabalho. Outra descoberta importante foi o papel crucial do professor em fornecer soluções e ferramentas pedagógicas adequadas, bem como em intervir no momento apropriado.

Em relação ao uso de ambientes de aprendizagem digital, os cursos autoinstrucionais têm se configurado como uma estratégia eficaz na formação, capacitação e atualização de profissionais de saúde. Nascimento, Moraes e Sandim

(2017, p. 4) enfatizam que “os formatos autoinstrucionais proporcionam flexibilidade e acessibilidade para os profissionais da saúde.” Ao aliar conteúdo e metodologias inovadoras ao uso de espaços virtuais e considerar a aplicação de metodologias ativas, Pereira et al. (2019, p. 115) contribuem para essa discussão ao afirmar que “as metodologias ativas promovem um papel mais ativo dos alunos, potencializando a aprendizagem em ambientes virtuais.”

Além disso, Costa e Martins (2020, p. 201) ressaltam que “cursos autoinstrucionais são fundamentais para a atualização contínua dos profissionais de saúde, oferecendo uma alternativa eficaz de aprendizado.” No entanto, mesmo sendo eficazes, há desafios na oferta de cursos autoinstrucionais, principalmente ao considerarmos a avaliação do aprendizado em ambientes virtuais. Segundo Almeida (2021, p. 55), “a avaliação da aprendizagem em cursos autoinstrucionais é um desafio que requer a adoção de métodos diversificados para assegurar a efetividade do ensino.” Nesse caso, precisamos reconhecer a importância de se propor avaliações formativas em cursos autoinstrucionais; afinal, “as avaliações contínuas são essenciais para monitorar o progresso e ajustar estratégias pedagógicas” (Ferreira; Costa, 2023, p. 98).

Outro elemento importante a ser considerado é que “a experiência com cursos autoinstrucionais mostra que é possível engajar os usuários em temas de saúde de forma eficaz e inovadora” (Lima; Souza, 2022, p. 65). Mendes e Silveira (2023, p. 110), durante seu processo de investigação, observaram e destacaram que “a utilização de plataformas digitais enriquece o processo de ensino-aprendizagem, aumentando o alcance e a participação dos profissionais de saúde”, ressaltando a potencialidade dos cursos autoinstrucionais, que podem ser desenvolvidos a qualquer momento, sem a necessidade de tempos e espaços fixos.

Almeida, Oliveira e Souza (2020, p. 202) investigaram a eficácia de um curso autoinstrucional sobre saúde mental e destacaram que “existem melhorias significativas nas competências dos participantes, evidenciando a eficácia do formato.” Mas como deve ser estruturado, planejado e desenvolvido um curso autoinstrucional? Quais recursos digitais devem ser considerados na apresentação do conteúdo deste curso? Escobar e Pereira (2021, p. 89) ressaltam que “o uso de recursos multimídia em cursos autoinstrucionais pode aumentar a motivação e o engajamento dos profissionais de saúde”; ou seja, é imprescindível a utilização de recursos que considerem a possibilidade de interação com o conteúdo, favorecendo

a navegabilidade e o "trânsito", inclusive, entre plataformas e repositórios de conteúdos em formato digital.

Já Santos e Lima (2022) exploraram o impacto da autonomia no aprendizado em cursos autoinstrucionais. Nesse ponto, os autores observaram que "os profissionais têm maior satisfação e resultados positivos quando exercem controle sobre seu processo de aprendizagem" (Santos; Lima, 2022, p. 75).

Assim, a partir das pesquisas apresentadas anteriormente, podemos avaliar e destacar a relevância, o potencial e as possibilidades de formação continuada a partir da oferta de cursos autoinstrucionais na área da saúde, com o intuito de promover uma aprendizagem contínua e a capacitação de profissionais por meio de métodos inovadores e digitalmente acessíveis, em qualquer tempo e espaço.

No entanto, mesmo diante de todas as possibilidades que as instituições oferecem ao incentivar o emprego de tecnologias digitais como mediadoras e instrumentos de ensino-aprendizagem, os mediadores do aprendizado — aqueles que irão produzir ou conduzir o conteúdo do curso autoinstrucional — precisam estar preparados para lidar com essas tecnologias e empregá-las de modo a explorar todos os recursos disponíveis, contemplando os objetivos tanto dos profissionais quanto da instituição em que atuam.

Partindo do pressuposto fundamental de que, nos últimos anos, os processos educativos, de formação e capacitação têm mudado juntamente com o uso das tecnologias, da mesma forma que atuam no processo de digitalização a nível global como recursos nesses processos, questiona-se de que forma tais tecnologias podem contribuir para a aquisição e atualização de conhecimentos para aplicabilidade no cotidiano da vida profissional.

Forçosamente, os sistemas e instituições de ensino profissionalizante viram-se obrigados a empreender uma ação rápida, a fim de revisar a infraestrutura de tecnologia, a pedagogia, a metodologia e a organização necessárias ao oferecimento de soluções, visando habilitar tecnologias ao ensino. Além disso, a interrupção causada pela COVID-19 resultou em um avanço tecnológico na área da saúde, ao demonstrar a necessidade do desenvolvimento de novas competências cruciais para o mercado de trabalho.

Ao analisar o cenário educacional atual, as TDIC deixaram de ser uma simples ferramenta de apoio em aulas remotas e nas salas de aula, tornando-se, atualmente, parte inseparável dos processos pedagógicos que influenciam a

formação do futuro profissional. Devido à velocidade do progresso tecnológico, o uso de tecnologias constitui um dos maiores fatores influenciadores das mudanças no sistema de saúde atual.

Assim, nesta pesquisa, utilizamos como referencial o materialismo histórico-dialético, pois esse método científico permite entender a história não como uma série de eventos não relacionados, mas como um processo claramente interligado. A tarefa do materialismo histórico-dialético é revelar as contradições intrínsecas aos fenômenos que permeiam as relações sociais, incluindo aquelas envolvidas em processos de formação e qualificação profissional.

Na área da saúde, há uma disponibilidade e variedade de equipamentos digitais que auxiliam e são fundamentais para o diagnóstico e tratamento de pacientes. Esses equipamentos são utilizados como instrumentos no dia a dia dos profissionais da saúde, que devem estar em constante atualização para compreender seu uso de maneira assertiva. No entanto, não basta apenas usar as tecnologias digitais como instrumentos de trabalho, afinal, há processos de formação continuada, de educação permanente. Assim, definimos a questão de pesquisa investigada: como um curso autoinstrucional pode favorecer a (re)construção de conhecimentos necessários para a atuação profissional na área da saúde?

A partir desse questionamento, e com a incursão tecnológica para ações de formação continuada e/ou favorecendo uma proposta de educação permanente, considerando a atuação de profissionais na área da saúde, desenvolvemos esta pesquisa com o objetivo de analisar possibilidades de uso de recursos e linguagens digitais, por meio de plataforma virtual, de um curso online e autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Para alcançarmos esse objetivo, outros foram necessários, sendo: analisar possibilidades do/no uso do Design Instrucional como estratégia de planejamento, estruturação e proposição de curso on-line e autoinstrucional na área da saúde; identificar possibilidades e/ou dificuldades de interação e (re)construção de conhecimento, em um curso on-line e autoinstrucional sobre Segurança do Paciente; e analisar contribuições de um curso on-line e autoinstrucional para o processo de formação profissional com possibilidade de aplicação em ambiente profissional.

Esta pesquisa foi desenvolvida seguindo uma perspectiva qualitativa pois, visa analisar o uso de recursos e linguagens digitais em um curso online autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente,

destacando a importância de compreender que as experiências e percepções dos cursistas em relação a esse formato, pode transformar e ampliar a aprendizagem na área da saúde. A abordagem qualitativa é fundamental para identificar elementos nas práticas educativas, além de desafios e oportunidades oferecidos pelos cursos autoinstrucionais. Além disso, permite o diálogo entre teoria e prática, levando à reflexão sobre as escolhas durante o planejamento, organização e estruturação de cursos autoinstrucionais, resultando em possibilidades de propostas inovadoras na formação profissional. Para isso, foi elaborado um curso que seguiu o modelo de design instrucional de Kemp, Morrison e Ross (2004) e utilizou fontes relevantes como o Programa Nacional de Segurança do Paciente e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a construção do conteúdo.

Por fim, destacamos que essa dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma discussão sobre as tecnologias digitais e a formação profissional na perspectiva do materialismo histórico dialético. No segundo capítulo estão indicadas as metas internacionais de segurança do paciente. No terceiro capítulo tratamos do design instrucional como um possível método para planejamento e estruturação de cursos autoinstrucionais. Já no quarto capítulo apresentamos a perspectiva metodológica da pesquisa, bem como as etapas de produção de um curso autoinstrucional e uma plataforma para disponibilização desse curso. Por fim, no capítulo cinco serão encontradas algumas reflexões após o percurso da pesquisa e as Considerações Finais.

1. TECNOLOGIAS DIGITAIS E A FORMAÇÃO/ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DO MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO

O Materialismo Histórico-Dialético é uma teoria desenvolvida por Karl Marx e Friedrich Engels, que se concentra na análise das mudanças históricas, na luta de classes e na evolução dos modos de produção na sociedade. Essa teoria explora como as forças produtivas e as relações sociais de produção moldam o curso da história.

O Materialismo Histórico sustenta que as condições materiais de produção e as relações sociais de produção são fundamentais para entender a dinâmica da história humana. As mudanças na base econômica de uma sociedade, como as tecnologias de produção e a organização do trabalho, influenciam as instituições sociais, as ideias e a cultura (Stalin, 1973).

A Dialética, outra parte essencial do pensamento marxista, é uma abordagem filosófica que enfatiza a natureza contraditória e em constante mudança da realidade. Ao contrário da lógica formal, a dialética reconhece que as contradições e os conflitos são motores do desenvolvimento histórico (Stalin, 1973). Essa abordagem é encapsulada na famosa máxima de Marx: "Toda a história da sociedade até hoje é a história da luta de classes."

De acordo com Karl Marx (1996), a nova força produtiva manifesta sua existência por meio das novas relações de produção, nas quais os trabalhadores assalariados usam as ferramentas que o próprio capital disponibiliza. As relações trabalhistas definem para quem se trabalha, com quem se trabalha e sob quais regras. Essas regras (implícitas ou explícitas, escritas ou não) determinam o tipo de trabalho, o tipo e o valor da remuneração, as horas de trabalho, os graus de aptidão física e a tensão psicológica, bem como o grau de liberdade e autonomia associados ao trabalho. Dessa forma, essas relações desempenham um papel importante no desenvolvimento do comércio regulado pelo mercado de trabalho.

Para sobreviver e se desenvolver, os homens devem trabalhar para criar riqueza material. É esse processo que faz a diferença em cada época. Como expressão da relação entre o homem e a natureza, as forças produtivas estão constantemente se movendo e se desenvolvendo na produção de riqueza material. Hoje, a moderna revolução da ciência e da tecnologia, que promove o avanço cada vez mais profundo da digitalização, está impactando a economia de todos os países

e do mundo. Nesse sentido, com o processo de desenvolvimento social e tecnológico, as forças produtivas da economia e do trabalho também passam por mudanças (MARX, 1987).

Assim, do ponto de vista de Marx, pode-se entender que as forças produtivas são um conceito usado para se referir à combinação de trabalhadores e meios de produção para criar uma determinada força produtiva.

Neste contexto de atuação e produção, precisamos considerar a presença, o desenvolvimento e o uso de tecnologias. Para compreendermos o conceito de tecnologias, é importante salientar que elas se referem ao conjunto de conhecimentos, técnicas, métodos, processos e ferramentas utilizados para criar, desenvolver, produzir e melhorar produtos, serviços e sistemas, com o objetivo de atender a necessidades humanas, resolver problemas e facilitar a vida. Em outras palavras, a tecnologia é uma extensão da capacidade humana de inovação e criatividade, desempenhando um papel fundamental na transformação e no avanço da sociedade (Christensen, 2015).

Assim, a tecnologia é um conceito amplo que engloba o conjunto de conhecimentos e recursos usados para criar e aprimorar soluções para uma variedade de necessidades humanas, impulsionando o progresso e a inovação em muitos campos.

Para ele, a tecnologia é um meio de dominação capitalista do empresário sobre o trabalhador; ou seja, ela liberta o trabalhador do conteúdo de seu trabalho, mas não do trabalho em si. Os humanos fazem máquinas e desenvolvem tecnologias a partir de ideias brilhantes; no entanto, assim que materialmente concretizadas, essas tecnologias são incorporadas e refletem a necessidade de que a sociedade se molde conforme as atuais demandas.

Os capitalistas creem que a tecnologia pode ser uma fonte de lucros, mesmo que temporariamente. Porém, equivocam-se ao acreditar que são essas tecnologias as fontes de lucro. Na verdade, o lucro surge devido à relação social entre capital e trabalho. A ideia de que as máquinas são uma fonte de valor é, portanto, a extensão fetichista do efeito da máquina do mundo real na geração de lucros excedentes.

A relação entre capital e trabalho é fundamental na compreensão da geração de lucros no contexto capitalista, conforme a teoria marxista. O lucro não é apenas um produto da tecnologia ou dos meios de produção, mas emerge da dinâmica social entre os trabalhadores e os capitalistas. Os trabalhadores vendem sua força

de trabalho, produzindo mais-valia, que é a base do lucro do capitalista, pois a remuneração recebida é inferior ao valor total que produzem.

Embora as tecnologias possam aumentar a eficiência e a produtividade, sua eficácia e o valor gerado dependem das relações sociais e do contexto em que são aplicadas. Assim, ao desenvolver um curso sobre a aplicação de tecnologias na saúde e na formação profissional, é crucial enfatizar a formação crítica dos profissionais. O curso deve promover discussões sobre como as tecnologias podem ser utilizadas para melhorar as condições de trabalho e a qualidade do atendimento ao paciente, desafiando a lógica que prioriza o lucro em detrimento do bem-estar dos trabalhadores. Ao integrar essa abordagem, os participantes serão capacitados não apenas em habilidades técnicas, mas também em uma compreensão crítica das dinâmicas sociais que moldam sua prática profissional, fortalecendo uma classe trabalhadora mais consciente e engajada.

O desenvolvimento do capital constante é uma indicação do grau em que o conhecimento social geral é transformado em uma força produtiva imediata. Portanto, é também uma indicação da extensão em que as condições do processo de vida têm sido submetidas ao controle do saber e aperfeiçoadas para se adequar a esse processo. Assim, as forças produtivas são criadas não apenas na forma de conhecimento, mas também como agentes de práticas sociais diretas do processo da vida real (Marx, 2002).

A relação entre a tecnologia e a alienação, segundo Marx (1996), inclui diversos argumentos, entre os quais estão o fetichismo da mercadoria e da tecnologia, sendo bem distinguido entre objetificação e alienação. O trabalho é o ato físico, enquanto a força de trabalho é a capacidade de trabalho que é mercantilizada sob o capitalismo. A diferença entre o valor de uso e o valor de troca das mercadorias também afeta diferentes tipos de trabalho. Fatores como a divisão do trabalho e o deslocamento de certas habilidades contribuem para a alienação, apesar da automação do trabalho manual.

O fetichismo se manifesta quando se entende que a produtividade é um resultado que contrasta com o reconhecimento do que o lucro cria como uma relação social entre trabalho e capital. Segundo Marx (1996), o fundamento da humanidade é seu envolvimento no ato de autocriação. É assim que nos distinguimos dos animais, pois os indivíduos são responsáveis por sua própria

natureza, ou seja, geram os meios de sua própria existência. Ao fazerem isso, exercem sua essência humana; do contrário, estarão alienados dela.

Na sociedade capitalista, os trabalhadores vivem em estado de alienação, pois seu engajamento com a produção é uma questão de sobrevivência e não de autocriação. Ou seja, não produzem para estimular a criatividade, mas sim em troca de um salário.

O curso pode desempenhar um papel fundamental na promoção da criatividade, desde que adote uma abordagem que estimule a autonomia e a reflexão crítica dos alunos, afastando-se da mera repetição de conteúdos tradicionais que perpetuam a alienação do trabalhador. Ao integrar metodologias ativas, como a aprendizagem baseada em projetos e o uso de tecnologias interativas, o curso pode facilitar um ambiente de aprendizagem mais dinâmico e participativo, onde os alunos não apenas absorvem informações, mas também são incentivados a aplicar e adaptar conhecimentos de maneira inovadora. Dessa forma, o curso se torna um espaço propício para a autocriação e o desenvolvimento de habilidades criativas, possibilitando que os alunos se tornem agentes ativos de transformação em suas áreas de atuação, em vez de meros executores de tarefas que reforçam sua alienação no contexto capitalista.

A alienação, do ponto de vista sociológico, pode ser descrita como um sentimento de impotência, falta de sentido e estranhamento por não conseguir se realizar no trabalho. No entanto, a nova tecnologia também contradiz essa afirmação ao possibilitar a desalienação por meio da natureza interativa no uso dessas tecnologias, que produzem novas oportunidades. A forma como as tecnologias são adotadas, adaptadas e incorporadas na prática de trabalho é crucial para que sejam utilizadas em sua integralidade, com um objetivo claro. Porém, se não houver apropriação tecnológica e metodológica, corre-se o risco de serem subutilizadas, afastando-se do pretendido no processo de ensino-aprendizagem e, assim, contribuindo para a alienação.

Partindo de uma compreensão da teoria social gramsciana e desenvolvendo uma conceituação mais atual, os alunos contemporâneos formados para o mercado de trabalho estão vivendo sob pressão crescente, com mudanças constantes e incerteza global no mercado de trabalho. Gramsci (1999) sugere uma fusão absoluta entre a educação e o mundo da produção. É essa preocupação que o levou a

afirmar as virtudes da 'educação politécnica' que Marx (1987) considerava, defendendo a relação entre educação e produção.

A tecnologia deslocou certas habilidades e criou novas perspectivas. Essa apropriação pode envolver customização no sentido tradicional, ou seja, a reconfiguração explícita da tecnologia para atender às necessidades locais, mas também pode envolver simplesmente o uso da tecnologia para fins além daqueles para os quais foi originalmente projetada, ou para servir a novos fins. Além disso, as práticas sociais e culturais das pessoas também desempenham um papel importante na forma como a tecnologia é interpretada, levando a diferentes padrões de apropriação.

Além disso, a tecnologia não se limita apenas a objetos ou produtos tangíveis. Ela também abrange os conhecimentos e práticas que sustentam a criação e o uso de inovações. A rápida evolução da tecnologia tem um impacto profundo na sociedade, na economia, na cultura e em muitos aspectos da vida cotidiana. Ela pode capacitar as pessoas, melhorar a eficiência, aumentar a qualidade de vida e resolver desafios complexos, mas também pode apresentar questões éticas e sociais que exigem atenção cuidadosa.

Mas há diferença entre tecnologias e tecnologias digitais? As tecnologias digitais referem-se àquelas que englobam o uso de dados e informações, e têm como características exemplos como o uso de mídias digitais, a internet e redes, tecnologia da informação, software, entre outros (Castells, 2010). Ou seja, as tecnologias digitais referem-se a um conjunto de ferramentas e recursos que utilizam eletrônica e computação para facilitar a criação, o compartilhamento e o armazenamento de informações. Segundo Castells (2013, p. 18), as tecnologias digitais “transformaram a maneira como a informação é gerada, distribuída e consumida na sociedade contemporânea”. Essas tecnologias incluem, entre outras, computadores, dispositivos móveis, redes sociais e plataformas online, que possibilitam outras formas de comunicação e interação entre indivíduos. A digitalização, nesse contexto, não apenas amplia a produção e o acesso à informação, mas também possibilita interação em tempo real, mudando drasticamente a dinâmica de produção em áreas como educação, saúde e entretenimento, entre outras.

Devemos considerar que, no âmbito da educação, as tecnologias digitais têm sido utilizadas para criar e disponibilizar ambientes de aprendizagem interativos,

com a possibilidade de dar foco às necessidades formativas dos estudantes. Afinal, de acordo com Lima e Silva (2020, p. 102), “a implementação de tecnologias digitais na educação abre novas possibilidades pedagógicas que favorecem um aprendizado mais ativo e colaborativo”. Assim, as tecnologias digitais possibilitam, entre outras ações didáticas e pedagógicas, a personalização do ensino, de maneira que os estudantes possam progredir em seu próprio ritmo e escolher recursos que atendam suas necessidades específicas. Essa flexibilidade é essencial na sociedade contemporânea.

Outro aspecto relevante das tecnologias digitais é o seu impacto nas relações sociais e na comunicação entre indivíduos. Medeiros (2021, p. 45) salienta que “o advento das redes sociais e das plataformas de comunicação instantânea revolucionou a forma como as pessoas se conectam e compartilham experiências”. Com a disponibilidade e uso de dispositivos digitais, as barreiras geográficas foram reduzidas, permitindo que indivíduos interajam globalmente em tempo real. No entanto, devemos ter atenção às questões relacionadas à privacidade, segurança e à qualidade das interações humanas. Afinal, as tecnologias digitais podem estar presentes no cotidiano, mas seu uso deve ser consciente e crítico.

O Materialismo Histórico Dialético e as tecnologias digitais são conceitos que, à primeira vista, podem parecer distantes, mas têm pontos de conexão interessantes. Assim como o Materialismo Histórico Dialético se concentra nas mudanças nas relações de produção, as tecnologias digitais estão transformando fundamentalmente a maneira como produzimos e consumimos bens e serviços. Além disso, as tecnologias digitais podem ter um impacto nas classes sociais. Aqueles que têm acesso e habilidades para lidar com a tecnologia digital podem ter vantagens, enquanto outros podem ficar para trás, criando, assim, uma nova dimensão na luta de classes.

No entanto, as tecnologias digitais proporcionam acesso fácil à informação e ao conhecimento. Isso capacita os trabalhadores, fornecendo-lhes ferramentas para aprender, se capacitar e se engajar em processos decisórios informados. A disseminação do conhecimento pode, portanto, reduzir assimetrias de poder e melhorar a participação ativa na sociedade.

A automação de tarefas repetitivas e monótonas por meio das tecnologias digitais pode liberar os trabalhadores para se envolverem em atividades mais

criativas e intelectuais. Isso poderia potencialmente elevar o valor do trabalho, permitindo que os trabalhadores se concentrem em tarefas mais significativas.

Um exemplo das mudanças na área da saúde provocadas pela disponibilidade e uso das tecnologias digitais é a telessaúde, que compreende a telemedicina dentro dos eixos de telemonitoramento, teleorientação, teletriagem, teleconsulta e teleinterconsulta. Conforme a resolução do CFM nº 2.314/2022, basicamente, a telemedicina consiste no “exercício da medicina com a transmissão segura de conteúdo audiovisual e de dados por tecnologias digitais seguras, para fins de assistência, prevenção a doenças e lesões, promoção da saúde, educação e pesquisa em saúde”.

As aplicações de telemedicina variam desde a teleconsulta síncrona entre paciente e provedor até o envio de tomografias computadorizadas de uma ambulância para um hospital antes da chegada do paciente, ou o telemonitoramento de sinais vitais, como, por exemplo, a pressão arterial.

Um estudo realizado por Rosa, Garcia e Almeida (2020) ressalta a importância da telemedicina nos serviços de saúde, trazendo à tona o papel da tecnologia na saúde desde a época das Guerras Mundiais. As soluções de telemedicina podem aumentar a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde, especialmente em áreas rurais e remotas.

Sendo assim, é visível que essa transformação digital está reconfigurando as estruturas de poder em várias indústrias e sociedades, considerando também as áreas de conhecimento e produção, que transcendem fronteiras. A globalização é uma característica-chave, permitindo a difusão de ideias, tecnologia e influência em escala global.

Em consequência, a atual relação entre a educação e as tecnologias digitais tem sido alavancada pela imediata produção e reprodução do que o profissional recebe, sem uma reflexão para averiguação e concepção, o que acaba resultando em uma limitação, tornando menos propício que a dimensão do uso da tecnologia seja utópica, contrapondo-se às conjunturas sociais de exploração a que está submetida.

No entanto, a implementação de tecnologias digitais não é uma simples questão de mudança técnica. Uma transformação digital de sucesso requer uma mudança complexa e adaptativa, particularmente na experiência e habilidades humanas, bem como na organização do trabalho. Essa lacuna de habilidades

precisa ser abordada de forma eficaz para garantir progresso e evitar esforços desnecessários por parte dos profissionais já atuantes na área. Frente à transformação social do ser humano, Saviani (2007) ressalta que trabalho e aprendizagem estão intrinsecamente vinculados, exercendo o aprendizado continuamente em sua atuação profissional.

2. METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O relatório de 2023 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresenta os resultados das notificações de eventos adversos realizadas pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde do Brasil, conforme a Resolução RDC nº 36/2013, que obriga a implantação desses núcleos. As notificações são feitas mensalmente ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) por meio do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), com o objetivo de monitorar incidentes relacionados à assistência à saúde e promover práticas seguras. A análise dos dados busca identificar riscos, determinar causas dos eventos adversos e propor medidas de prevenção para melhorar a segurança do paciente.

No Brasil, entre janeiro e dezembro de 2023, foram notificados um total de 368.895 incidentes relacionados à assistência à saúde. Entre os incidentes mais frequentemente relatados, destacam-se falhas durante a assistência à saúde, falhas envolvendo cateter venoso e lesões por pressão. Esses tipos de ocorrências representam um risco significativo à segurança do paciente, e sua recorrência evidencia a necessidade de aprimorar processos de cuidado e monitoramento clínico.

Dentre os incidentes que resultaram em óbito, três se destacam: falhas durante a assistência à saúde, broncoaspiração e falhas durante procedimentos cirúrgicos. Esses eventos são particularmente graves, pois refletem falhas críticas em diferentes etapas do atendimento, desde o cuidado básico até intervenções complexas. A ocorrência de broncoaspiração, por exemplo, ressalta a importância da monitorização adequada de pacientes em risco, enquanto as falhas em procedimentos cirúrgicos sublinham a necessidade de protocolos mais rigorosos e a capacitação contínua das equipes.

A distribuição dos incidentes e o grau de dano variam conforme a faixa etária. Os grupos etários mais afetados são os de 66 a 75 anos, seguidos por pacientes de 56 a 65 anos e de 76 a 85 anos. Essa distribuição sugere uma vulnerabilidade crescente dos pacientes mais idosos, que geralmente apresentam condições clínicas mais complexas e demandam cuidados mais intensivos. A análise desses dados ressalta a urgência em implementar estratégias de prevenção mais efetivas,

especialmente voltadas para a assistência de populações idosas, com foco em práticas seguras e na redução de riscos associados aos cuidados de saúde.

No estado de Mato Grosso do Sul (MS), entre janeiro e dezembro de 2023, foram notificados 681 incidentes relacionados à assistência à saúde, registrados pelos NSP no sistema NOTIVISA. Os tipos de incidentes mais frequentes no estado refletem falhas comuns observadas também em outras regiões do país, com ênfase em falhas durante a assistência à saúde, falhas na identificação do paciente e lesões por pressão. Essas ocorrências indicam lacunas em processos fundamentais de cuidado e gerenciamento de riscos, ressaltando a importância de melhorar as práticas de segurança e vigilância nos serviços de saúde locais.

Em relação à distribuição dos incidentes por faixa etária e ao grau de dano, os grupos mais afetados no MS foram os pacientes de 56 a 65 anos, seguidos pelos de 66 a 75 anos e, em terceiro lugar, os de 46 a 55 anos. Isso sugere que a faixa etária mais vulnerável no estado envolve indivíduos de meia-idade e idosos, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias preventivas específicas para essas populações que frequentemente apresentam comorbidades e maior dependência de cuidados prolongados.

Ao comparar os dados de estado com o cenário nacional, observam-se similaridades e algumas particularidades. Nacionalmente, foram notificados 368.895 incidentes no mesmo período, um volume significativamente maior do que o observado no MS, o que é esperado dada a diferença de população e abrangência de serviços de saúde. No entanto, os tipos de incidentes mais comuns no Brasil — falhas durante a assistência à saúde, falhas envolvendo cateter venoso e lesão por pressão — apresentam uma convergência com os dados do MS, embora falhas na identificação do paciente tenham destaque particular no estado.

A distribuição etária dos incidentes notificados também apresenta algumas diferenças. Nacionalmente, as faixas etárias mais afetadas são de 66 a 75 anos, seguidas pelos grupos de 56 a 65 anos e de 76 a 85 anos, o que indica um foco maior em pacientes idosos. No MS, entretanto, o grupo de 46 a 55 anos aparece como uma faixa etária mais afetada em comparação com os dados nacionais, o que pode sugerir variações regionais nas condições de saúde e nos padrões de atendimento. Essas comparações revelam a necessidade de personalizar as estratégias de segurança do paciente, levando em consideração as particularidades regionais e os perfis de risco de cada faixa etária.

No Brasil, algumas estratégias nacionais importantes têm sido desenvolvidas para melhorar a segurança do paciente, particularmente em relação à gestão de incidentes como os notificados no sistema NOTIVISA. Dentre essas iniciativas, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), em parceria com instituições de excelência, como o Hospital Sírio-Libanês, tem sido uma referência na implementação de práticas de segurança e qualidade assistencial.

O PROADI-SUS é um programa que envolve a participação de hospitais de excelência (como o Sírio-Libanês, Albert Einstein e Oswaldo Cruz), e seu principal objetivo é contribuir para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) através da transferência de conhecimento, inovação e tecnologia. Em relação à segurança do paciente, o PROADI-SUS tem desenvolvido ações como capacitações de profissionais em hospitais públicos para a prevenção de incidentes, a implantação de protocolos de segurança e o monitoramento de indicadores de qualidade, como a prevenção de lesão por pressão e controle de infecções relacionadas a dispositivos invasivos, como catéteres venosos.

Dentro do PROADI-SUS, o Hospital Sírio-Libanês é responsável por vários projetos voltados à segurança do paciente, como a criação e disseminação de cursos autoinstrucionais focados nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Estes cursos visam capacitar profissionais de saúde sobre medidas práticas para evitar falhas durante a assistência, como a correta identificação do paciente, manejo adequado de dispositivos invasivos e prevenção de eventos adversos como broncoaspiração e falhas cirúrgicas.

Integração com Cursos Autoinstrucionais: Essas estratégias nacionais estão diretamente interligadas ao desenvolvimento de cursos autoinstrucionais sobre segurança do paciente. Ao utilizar o design instrucional baseado em TDIC, o curso autoinstrucional pode replicar os conhecimentos adquiridos por essas instituições e adaptá-los à realidade de diferentes regiões e instituições, como o SUS em todo o Brasil. O uso de módulos virtuais permite que profissionais de saúde em locais distantes ou com menor acesso a treinamentos presenciais possam participar de forma autônoma e autodirigida, potencializando a disseminação de boas práticas de segurança.

Essas iniciativas são essenciais para fortalecer a cultura de segurança no Brasil e podem ser ampliadas através de uma abordagem sistêmica que integre o

uso de cursos autoinstrucionais com as metas internacionais de segurança do paciente, alinhadas às políticas do PROADI-SUS e ações do Sírio-Libanês.

Atualmente, a segurança do paciente é uma nova questão de saúde nas organizações de saúde que inclui a redução e prevenção de falhas médicas que muitas vezes levam a danos consequências para a saúde. Os cuidados de saúde tornaram-se mais eficientes e também mais complexos, com maior aplicação de novas tecnologias e terapias, e que necessitam da adoção das metas internacionais de segurança do paciente para não apenas melhorar a segurança do paciente, mas também simular a competição internacional e aumentar a competitividade das vantagens das organizações de saúde no nível nacional e internacional.

O conceito de segurança do paciente tem sido conceituado de várias formas. Segurança do paciente forma a base da alocação de cuidados de saúde, tanto fisiológicos quanto biológicos, segurança necessidades formam a base da hierarquia de Maslow (Maslow, 1954). Da mesma forma pode ser alcançado se o paciente não se sentir seguro ou não estiver realmente seguro. Mas o sistema de saúde é extremamente complexo, e garantir a segurança do paciente requer esforços contínuos e concentrados de cada membro da equipe de saúde. A definição mais simples de segurança do paciente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a prevenção de erros e efeitos colaterais aos pacientes associados aos cuidados de saúde (Brasil, 2014).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil (2014) com o objetivo de promover a segurança do paciente no sistema de saúde do país. O programa foi criado como parte das ações do governo para melhorar a qualidade da assistência médica e reduzir riscos para os pacientes em ambientes de cuidados de saúde. O PNSP é baseado em diretrizes internacionais de segurança do paciente e tem como foco a prevenção de eventos adversos, a promoção de práticas seguras e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. As ações preconizadas pelo Ministério da saúde incluem:

- Envolvimento dos pacientes e suas famílias na promoção de sua própria segurança e na tomada de decisões relacionadas ao tratamento.
- Capacitação dos profissionais de saúde e funcionários na implementação de práticas seguras e na conscientização sobre a segurança do paciente.

- Incentivar os profissionais de saúde a relatar e registrar eventos que atinjam o paciente e que ocorram durante a prestação da assistência.
- Desenvolvimento e promoção dos protocolos de segurança que incluem diretrizes e procedimentos para prevenir erros médicos e eventos adversos.
- Fomentar uma cultura organizacional que valoriza a segurança do paciente, incentivando a comunicação aberta sobre eventos adversos e a busca contínua pela melhoria.
- Trabalhar para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, visando reduzir erros médicos e eventos adversos.
- Identificar e gerenciar proativamente riscos potenciais para a segurança do paciente.
- Avaliar continuamente os resultados e o progresso em direção às metas de segurança do paciente.

A segurança do paciente em hospitais de saúde tem apresentado muita conscientização para reforçar a cultura de segurança do paciente, já que em sua publicação histórica, "To Err Is Human", o Institute of Medicine define a segurança do paciente como "livre de lesões acidentais, o erro é definido como "a falha de uma ação planejada para ser concluída como preparada (ou seja, erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (ou seja, erro de planejamento)" (Romero et al., 2018).

Segundo a OMS, a frequência e a dimensão de eventos adversos evitáveis em pacientes não eram bem conhecidos até a década de 1990, quando muitos países relataram números terríveis de pacientes feridos e mortos por erros médicos. Reconhecendo que os erros de saúde afetam 1 em cada 10 pacientes em todo o mundo, considera-se a segurança do paciente uma preocupação endêmica (Romero et al., 2018).

De acordo com Siman et al. (2019) a segurança do paciente emergiu como uma questão de saúde discreta apoiada por um quadro científico não totalmente desenvolvido. Existe uma necessidade transdisciplinar significativa de literatura teórica e de pesquisa que baseia a ciência da segurança do paciente. Por outro lado, Amaral e Pinheiro (2021) perceberam que a falta de padrões e problemas de qualidade na prestação de serviços de saúde têm sido identificados como razões para a necessidade de metas internacionais como uma abordagem. Koerich,

Erdmann E Lanzoni (2020) reconhecem que há uma tendência de foco na padronização para melhorar a cultura de segurança do paciente para promover a segurança do paciente nos hospitais. Isso é dar consideração ao número crescente de registros da literatura sobre segurança do paciente desempenho.

Lemos et al. (2018) acreditam que a liderança é um elemento importante para a eficácia das iniciativas de segurança do paciente. A resposta aos erros é um determinante importante de segurança em organizações de saúde. Para que as organizações de saúde criem uma cultura de segurança e melhoria, eles devem eliminar o medo da culpa e fornecer um clima de comunicação aberta e aprendizagem contínua. A segurança do paciente é importante componente de gestão de risco, metas internacionais.

Promover uma cultura de segurança tornou-se um dos pilares da segurança do paciente. Como estabelecimentos de saúde envidaram todos os esforços para melhorar a qualidade de seus cuidados e fornecer aos seus atendimentos em padrão adequado, com foco na segurança do paciente, tornou-se uma prioridade (Lemos et al., 2018). De acordo com Reis et al. (2019), nos últimos anos, muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento publicaram pesquisas sobre a cultura de segurança do paciente em hospitais, e a cultura de segurança situante no hospital é o primeiro passo para desenvolver uma cultura de segurança, enquanto várias áreas do mundo têm cultura de segurança do paciente documentada, há uma falta de tais empreendimentos brasileiros com algumas exceções, o que indica que a conscientização sobre os riscos de segurança existentes cultura de um indivíduo ou grupo é o passo inicial para a melhoria dos cuidados de saúde atendimento seguro e de qualidade.

Há escassez de estudos voltados à adesão dos profissionais Médicos nas práticas seguras, porém, vastas publicações se tratando dos profissionais de Enfermagem. Para que as práticas seguras tenham adesão, Andrade et al. (2018) ressaltam o quanto é importante a criação de uma cultura de segurança. A cultura organizacional é um conjunto de valores, expectativas, práticas formais e informais e comportamentos que definem o ambiente corporativo único. A cultura está profundamente enraizada no tecido da vida organizacional; determina como a organização conduz seus negócios, trata seus funcionários, avalia seus líderes, atende seus clientes e lida com produtividade e desempenho.

Cultura de segurança são os aspectos da cultura organizacional que se relacionam com a gestão de saúde e segurança. É definido como “um produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização” (Andrade et al., 2018).

A cultura de segurança do paciente é focada nos aspectos da cultura organizacional que se relacionam com a segurança do paciente. É definido como um padrão de comportamento individual e organizacional, baseado em crenças e valores compartilhados, que busca continuamente minimizar os danos ao paciente, que podem resultar do processo de prestação de cuidados (Andrade et al., 2018). Portanto, torna-se imprescindível discutir as metas preconizadas pela OMS, sendo:

Meta 1 - Identificar corretamente os pacientes: O objetivo desta meta é duas vezes: primeiro, para identificar de forma confiável o paciente para prestar o serviço ou tratamento e, em segundo lugar, para combinar o serviço ou tratamento com aquele determinado paciente. O processo de identificação utilizado em todo o hospital requer um mínimo de dois critérios, como o nome do paciente e data de nascimento, conferidos em pulseira (Brasil, 2018).

Meta 2 - Melhorar a comunicação eficaz: A comunicação é considerada eficaz na redução de erros e na melhoria da qualidade de vida do paciente. segurança quando é oportuno, preciso, completo, inequívoco e bem compreendido pelo destinatário. Ordens verbais não são permitidas e são aceitáveis apenas em condições de risco de vida, quando lidos de volta procedimento é rigorosamente aplicado. Todas as ordens verbais devem ser assinadas pelo médico que deu as ordens dentro de 24 horas (Brasil, 2018).

Meta 3 - Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância: Quaisquer medicamentos, que muitas vezes as pessoas comprem sem receita, se usados de forma inadequada podem causar ferimentos. Exemplos de medicamentos de alerta máximo incluem medicamentos em investigação, medicamentos controlados, quimioterápicos, anticoagulantes, psicoterapêuticos medicamentos e *look-alike* e *sound-alike* (LASA) (Brasil, 2018).

Meta 4 - Garantir local correto, procedimento correto e cirurgia do paciente (Cirurgia segura): lesão do paciente e eventos adversos/ eventos sentinela resultantes de local errado, procedimento errado e cirurgia de paciente errado são preocupações contínuas para os hospitais. É obrigatório que a marcação do local

seja feita pelo cirurgião ou o médico da equipe cirúrgica. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (SSC) deve ser preenchida para garantir a segurança da cirurgia/procedimento (Brasil, 2018).

Meta 5 - Reduzir o perigo de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS): Infecções comuns a todas ou quaisquer configurações de cuidados de saúde incluem infecções do trato urinário, infecções de corrente sanguínea e pneumonia associada à ventilação mecânica. As orientações de higiene das mãos devem ser postadas em áreas apropriadas e a equipe precisa ser educada para a lavagem adequada das mãos e desinfecção das mãos para a realização de procedimentos (Brasil, 2018).

Meta 6- Reduzir o risco de danos ao paciente decorrentes de quedas e lesão por pressão: Risco de queda é avaliada usando *Morse Fall Scale* para adultos e a ferramenta *Humpty Dumpty* para pacientes pediátricos. Todos os cuidados para prevenir a queda do paciente deve ser tomada como: manter as grades da cama eretas, usar cintos de segurança durante o transporte de pacientes em cadeira de rodas, usando placa de advertência de queda, entre outros. Para a avaliação de lesão por pressão, são utilizadas escalas como Braden, de Norton e de Waterlow (Brasil, 2018).

A partir das metas indicadas anteriormente, ressaltamos que a cultura de segurança enfatiza mais medidas preventivas ou preditivas de segurança do que retrospectivas. Além disso, a cultura de segurança enfatiza a abordagem do sistema ou “por que” os atos inseguros ocorreram, em vez da abordagem da pessoa ou “quem” cometeu os atos inseguros. Ao desenvolver uma abordagem de sistema, os hospitais devem promover um ambiente de aprendizado contínuo, relatando e discutindo riscos clínicos e incidentes de segurança sem medo de punição, com base nas metas visando o paciente.

Assim, a segurança do paciente deve ser um tema central nas instituições de saúde, afinal, o objetivo é diminuir falhas e suas consequências prejudiciais aos pacientes. À medida que os cuidados de saúde se tornam mais complexos e que novas tecnologias são adotadas, seguir metas internacionais de segurança do paciente tornou-se essencial na área da saúde. Como destacado anteriormente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, criado pelo Ministério da Saúde, visando a qualidade e a segurança dos procedimentos em postos de saúde e hospitais, por exemplo, indica algumas ações com o objetivo de destacar a

importância da prevenção de problemas e a promoção de práticas seguras. Além disso, ressalta a relevância da participação dos pacientes e da capacitação contínua dos profissionais de saúde.

Criar uma cultura de segurança do paciente é fundamental para garantir cuidados de qualidade e proteger os pacientes e isso significa disseminar valores e comportamentos que priorizem a segurança, criando um ambiente em que erros e incidentes possam ser discutidos e corrigidos. As metas da Organização Mundial da Saúde, como garantir a identificação correta dos pacientes e melhorar a comunicação entre as equipes, por exemplo, são essenciais para diminuir riscos. Impulsionar uma cultura na área da saúde focada na segurança é uma prioridade que, se realizada, pode transformar a maneira como os cuidados de saúde são prestados, tornando-os mais seguros e eficientes para os pacientes.

3. O DESIGN INSTRUCIONAL COMO MÉTODO DE PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO DE CURSOS PARA FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

O uso de tecnologias digitais tem transformado a forma como a aprendizagem ocorre em diversos níveis, desde a Educação Infantil, passando pelo Ensino Fundamental e Médio, até o Ensino Superior. Essas tecnologias oferecem oportunidades para melhorar o acesso à informação, personalizar o aprendizado, promover a colaboração e desenvolver habilidades relevantes para o século XXI.

Assim, para o planejamento, produção e proposição de cursos utilizando tecnologias digitais, especialmente em espaços virtuais, podemos considerar o design instrucional como um processo formal para elaborar uma solução instrucional eficaz, com base em como as pessoas aprendem e qual é a melhor forma de instruí-las a produzir produtos autênticos, bem organizados e materiais envolventes para resolver um problema de treinamento.

O design instrucional é tanto uma arte quanto uma ciência, pois o desenvolvimento de materiais instrucionais é uma atividade altamente criativa, mas o processo está enraizado na teoria científica. Por isso, o design instrucional é um processo complexo e intencional que requer criatividade, colaboração e um amplo conhecimento da teoria da aprendizagem, da teoria instrucional e dos modelos de design instrucional (Batista, 2008).

A utilização dessa prática também é conhecida como design educacional e inclui o planejamento, desenvolvimento e implementação de materiais de ensino e aprendizagem para alcançar objetivos educacionais específicos. A integração de tecnologias digitais no design instrucional pode melhorar a eficácia do ensino e da aprendizagem, oferecendo recursos interativos, acessíveis e personalizados.

Os modelos de design instrucional definem o processo que o designer instrucional deve usar para realizar o design instrucional. Esses modelos são prescritivos e não descritivos, o que significa que fornecem orientação relacionada à criação de produtos de aprendizagem, em vez de descrever como os alunos adquirem conhecimento e habilidades a partir dos produtos instrucionais (Filtró, 2004). Embora os modelos de design instrucional sejam frequentemente apresentados como um gráfico simples de representação, eles são importantes e úteis para o projeto de instrução, pois fornecem aos designers instrucionais as

ferramentas conceituais necessárias para visualizar, direcionar e gerenciar o processo de desenvolvimento instrucional (Macedo, 2019).

Teoricamente, quando as atividades delineadas por um modelo de design instrucional são conduzidas, uma solução instrucional é produzida de forma eficiente, treinando os indivíduos para melhorar o desempenho no trabalho (Macedo, 2019). Por outro lado, quando algumas das atividades delineadas pelos modelos de design instrucional não são realizadas, a solução instrucional pode não ser analisada adequadamente, projetada, desenvolvida, implementada e pode não ser eficaz ou de alta qualidade.

Existem muitos modelos diferentes de design instrucional disponíveis para informar a prática do design instrucional, embora alguns modelos sejam mais adequados para o desenvolvimento de instrução e outros sejam mais adequados para o desenvolvimento de novos cursos. Em ambos os casos, há um conjunto de princípios que pode ser encontrado na maioria dos modelos de design instrucional, os quais são necessários para uma instrução eficiente e eficaz. Nenhum modelo único deve ser utilizado para cada projeto, e um conhecimento prático de vários modelos é necessário para realizar o trabalho de um designer instrucional de forma eficaz (Facalde, 2015).

Um elemento dos modelos de design instrucional que causa confusão na indústria é o uso inconsistente de terminologia pelos autores dos modelos. Isso cria um desafio único para os designers instrucionais, que devem ser capazes de traduzir a terminologia de um modelo para outro de maneira rápida e segura. A teoria do design instrucional ainda está em evolução, e um acordo sobre a terminologia usada para identificar eventos instrucionais e condições ainda não foi alcançado (Macedo, 2019). Outro desafio que os designers instrucionais enfrentam é decidir quão detalhado deve ser o desempenho de cada atividade. Quando diagramados, muitos modelos de design instrucional parecem ser lineares e rígidos. Na prática, porém, a maioria dos modelos pode ser interativa e flexível, permitindo ao designer instrucional a liberdade de se mover para frente e para trás entre as atividades e deixando ao designer a decisão sobre quanto detalhe é necessário para cada atividade.

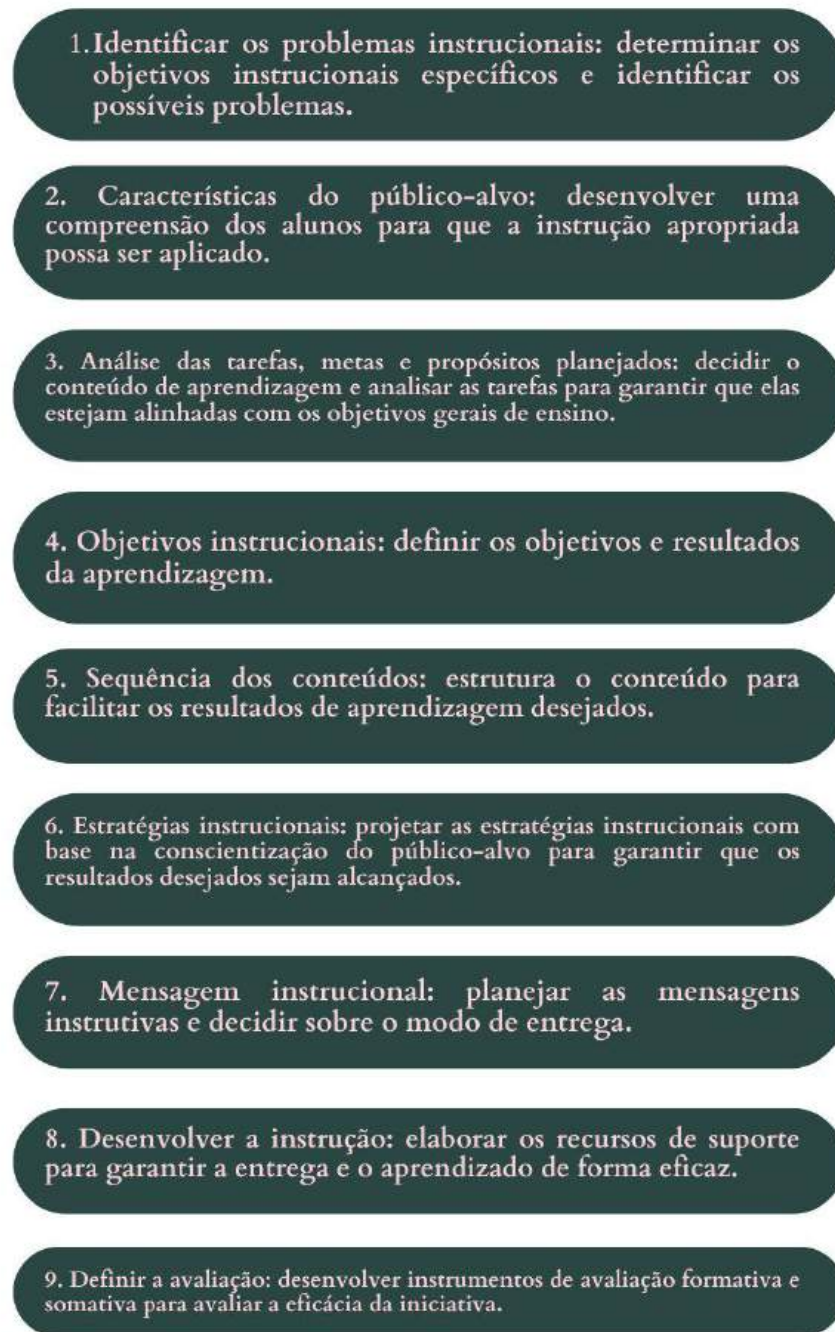
O desempenho de todas as atividades descritas por modelos de design instrucional comuns leva muito tempo. Mesmo designers instrucionais experientes não conseguem fazê-lo rapidamente. Por exemplo, o modelo de design instrucional

ADDIE identifica 19 atividades diferentes que devem ser realizadas durante cinco fases do processo de desenvolvimento do treinamento. Cada uma das atividades identificadas por modelos de design instrucional foi especificamente selecionada para manter os designers instrucionais focados no desenvolvimento de instruções relevantes, personalizadas e eficazes (Macedo, 2019). Embora possa parecer demorado realizar cada uma das atividades, em última análise, os modelos fornecem aos designers instrucionais as diretrizes necessárias para criar soluções instrucionais que permitam aos alunos atingir os objetivos de aprendizagem e melhorar o desempenho no trabalho.

O modelo instrucional escolhido para a elaboração deste curso autoinstrucional foi baseado no modelo de Kemp, Morrison e Ross. Este modelo é amplamente utilizado na criação de ambientes de aprendizado e no desenvolvimento de materiais educacionais. Foi proposto por Jerrold Kemp em 1977 e posteriormente refinado por Morrison e Ross. É conhecido por seu foco na interatividade e na participação ativa do aluno no processo de aprendizagem.

Este consiste em nove componentes que se sobrepõem, inter-relacionadas, que podem ser adaptadas e personalizadas de acordo com as necessidades do projeto educacional, conforme a Figura 1, a seguir.

Figura 1 - Modelo e Etapas do design instrucional proposto por Kemp, Morrison e Ross.



Fonte: Adaptado de Morrison, Ross e Kemp (2004).

O modelo geralmente é ilustrado em forma oval, indicando que não há uma ordem particular ou uma sequência na qual as etapas devem ser executadas. No entanto, o modelo enfatiza que é lógico iniciar o processo com definições do problema instrucional e que o desenvolvimento da instrução segue as fases de análise e design. No entanto, como outros modelos de design instrucional, o modelo

de Kemp, Morrison e Ross enfatiza a importância da revisão e avaliação formativa para melhorar a qualidade da instrução (Morrison; Ross; Kemp, 2004).

O Modelo de Design Instrucional de Kemp, Morrison e Ross é flexível e se adapta bem a uma variedade de contextos de aprendizagem, permitindo que os designers instrucionais personalizem o processo de acordo com as necessidades específicas de cada projeto educacional. Ele enfatiza a importância da análise cuidadosa, planejamento detalhado e avaliação contínua para alcançar os objetivos de aprendizagem.

É importante notar que esse modelo é cíclico e interativo, o que significa que o processo de avaliação e revisão pode levar a melhorias contínuas no design instrucional. Dessa forma, os designers instrucionais podem repetir etapas ou ajustar o design com base no feedback e nos resultados da avaliação para aprimorar o aprendizado.

A primeira etapa propõe o processo de projetar soluções de aprendizagem que começa com a determinação da natureza do problema que causa as lacunas no desempenho dos alunos e estabelece se a instrução é a melhor maneira de abordá-lo. Por exemplo, remarcar o horário do exame de alto nível porque ele coincide com o exame em outras aulas pode resolver o problema de desempenho dos alunos, reduzindo sua ansiedade. Nesse caso, instruções adicionais sobre o assunto podem não ter sido a resposta; em vez disso, uma solução não instrucional, como o reagendamento, resolveu o problema de desempenho dos alunos.

A segunda etapa compreende as características dos alunos, conhecimento prévio, experiências, crenças e suposições determinará a abordagem instrucional. Por exemplo, um professor universitário pode considerar as notas de avaliação ou as reflexões dos alunos do semestre anterior para planejar o ensino do próximo semestre.

A terceira etapa consiste na análise de tarefas referente à avaliação dos tipos de conteúdo que serão incluídos na instrução. O instrutor determina que tipo de conhecimento, habilidades ou procedimentos precisam ser incluídos na instrução para que os alunos possam atingir os objetivos instrucionais.

A quarta etapa ressalta que os objetivos não são usados apenas para avaliar o desempenho do aluno, mas também para determinar se nossa instrução aborda os problemas de desempenho. Os objetivos instrucionais variam de simplesmente

relembrar as informações (por exemplo, identificar, descrever), aplicar conceitos (por exemplo, organizar, escolher) até mais complexos, como analisar ou criar.

O sequenciamento de conteúdo, na quinta etapa, refere-se a projetar a ordem mais eficiente na qual as informações são apresentadas ao aluno, ajudando-o a atingir os objetivos de aprendizagem. O modelo de Kemp, Morrison e Ross sugere organizar as informações de maneira consistente com a lógica e o mundo real. A sequência do conteúdo também é determinada pelos resultados do aluno e pela avaliação do conteúdo.

A sexta etapa enfatiza que as estratégias instrucionais podem variar de “uma analogia simples a uma simulação complexa” a palestras, atividades em grupo, etc. As estratégias devem estar alinhadas com os objetivos instrucionais e o tipo de desempenho associado a cada objetivo.

Já a sétima etapa descreve como os instrutores usam linguagem, conceitos e design visual para se comunicar com os alunos. Por exemplo, o instrutor pode usar uma lista de pontos onde cada item começa com um verbo de ação para criar prompts de atribuição. O design da mensagem também pode envolver o uso de letras em negrito ou itálico para chamar a atenção dos alunos nos folhetos ou o uso de imagens ou gráficos para ilustrar conceitos complexos.

Em sequência, a oitava etapa parte do processo ocorre após a conclusão das etapas de análise e design. O desenvolvimento da instrução indica a produção dos materiais instrucionais, que podem incluir a organização de unidades instrucionais, a criação de vídeos instrucionais, palestras, apostilas ou outros materiais impressos, páginas da web, etc.

E na nona e última etapa, os instrumentos de avaliação indicam os métodos usados para avaliar se os alunos alcançaram os objetivos de aprendizagem. Eles podem incluir testes simples, mas também projetos ou trabalhos de portfólios mais complexos ou simulações.

A partir das etapas indicadas anteriormente, ressaltamos que a interdependência entre elas é de fundamental importância para que o aprendizado ocorra de modo cíclico, permitindo flexibilidade na elaboração do material a ser produzido para o acadêmico. Dessa forma, este modelo permite que sejam levados em consideração todos esses elementos para a elaboração da solução instrucional.

Assim, destacamos que o design instrucional, sendo um processo sistemático de etapas, é fundamental para a organização, planejamento e estruturação de

cursos, especialmente quando ofertados em plataformas virtuais, integrando teorias de aprendizagem e materiais interativos. Modelos como o de Kemp, Morrison e Ross, com as nove etapas inter-relacionadas, enfatizam a análise detalhada do problema instrucional, características dos estudantes e o sequenciamento de todo o conteúdo que será abordado no curso, promovendo uma abordagem flexível e adaptável que permite revisões constantes baseadas em feedback do próprio autor e, também, dos participantes. A implementação cuidadosa desses princípios é essencial para garantir que as instruções não apenas atendam aos objetivos educacionais, mas também melhorem o desempenho dos cursistas, ilustrando a importância de um planejamento cuidadoso e sistemático na produção de materiais para a formação e qualificação profissional, por exemplo, que promovam um aprendizado significativo.

4. PERSPECTIVA METODOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de uma perspectiva qualitativa, afinal, buscamos analisar possibilidades de uso de recursos e linguagens digitais, por meio de plataforma virtual, de um curso online e autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Assim, segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa é essencial para identificarmos diferentes formas de experiências e percepções de indivíduos e, na área da saúde, isso se torna ainda mais relevante, uma vez que a aprendizagem por meio de cursos autoinstrucionais pode ser uma alternativa para a ampliação de oferta e participação em propostas de formação visando o aperfeiçoamento da prática profissional.

Uma das características de pesquisas qualitativas é a capacidade de desvelar significados que permeiam as práticas educativas, que é o objeto de estudo desta pesquisa. Bogdan e Biklen (1994) afirmam que essa abordagem busca entender as possíveis realidades que permeiam cursistas, instituições de ensino e de formação na área da saúde, a partir da perspectiva e das condições materiais dos participantes. Quando consideramos a organização e proposição de cursos autoinstrucionais na área da saúde, essa abordagem favorece aos alunos o desenvolvimento de sua autonomia em momentos de aprendizagem e, além disso, a ressaltar as motivações profissionais que os levam a se envolver com cursos desse formato.

Outro ponto importante é que a pesquisa qualitativa nos possibilita identificar tanto os desafios quanto às oportunidades que os cursos autoinstrucionais apresentam. De acordo com Silva e Ribeiro (2021), ao analisarmos os resultados de um curso autoinstrucional, a partir de relatórios de participação e de feedbacks enviados pelos cursistas, podemos reconhecer não apenas as dificuldades enfrentadas ao se adaptar a esses cursos, mas também as possíveis estratégias que foram criadas para lidar com essas dificuldades. Essa compreensão é fundamental para aqueles que organizam, planejam e propõem cursos neste formato pois, assim, poderão implementar melhorias necessárias para a continuidade da oferta, garantindo que os cursos atendam às expectativas e também as necessidades dos cursistas.

Além disso, a pesquisa qualitativa oferece um espaço para o diálogo e o estabelecimento de uma relação entre teoria e prática. Freire (1996) destaca a

importância de a educação ser um ato de liberdade e conscientização. Nesse sentido, a investigação qualitativa pode fomentar momentos de reflexão por parte de quem propõe cursos autoinstrucionais, destacando elementos de suas escolhas, ampliando possibilidades de práticas e suas consequências na formação de profissionais na saúde. Esse momento é importante e pode acarretar em inovações na forma como os cursos autoinstrucionais são organizados e propostos, resultando em uma experiência de aprendizado também para os proponentes dos cursos.

Seguindo a perspectiva de pesquisa apresentada anteriormente, elaboramos um curso online e autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente considerando: o modelo de design instrucional proposto por Kemp, Morrison e Ross (2004), enquanto etapas de planejamento, organização e estruturação do curso; e o Programa Nacional de Segurança do Paciente e as Metas de Segurança do Paciente da OMS, enquanto fontes de informação inicial para o conteúdo apresentado no curso proposto.

4.1 Etapas da Produção do Curso Autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente

A partir do modelo de design instrucional de Kemp, Morrison e Ross (2004), composto por 9 etapas, propomos a organização dessas etapas em 4 fases, sendo:

1ª Fase: Pesquisa Bibliográfica - identificação e análise de fontes de informação sobre o tema central do curso, a partir das Etapas 1, 2, 3 e 4.

2ª Fase: Seleção de Informações/Conteúdo - em formato textual e de imagens (sendo ou não audiovisual), a partir da Etapa 5.

3ª Fase: Produção do Material - produção de autoria, a partir das fontes textuais e imagéticas selecionadas na fase anterior, a partir das Etapas 6 e 7.

4ª Fase: Organização do Material - criação e organização do espaço virtual para disponibilização do curso, incluindo-se proposta de avaliação, a partir das Etapas 8 e 9.

É preciso destacar que este modelo considera os quatro elementos do design instrucional que são partes integrantes do desenvolvimento do curso: cursistas, objetivos, métodos e avaliação. Assim, passamos a apresentar as quatro fases e as nove etapas seguidas durante o processo de planejamento, organização e

proposição do curso autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

1ª Fase / Etapa 1 - Identificando os Problemas e Objetivos Instrucionais

Através da revisão de literatura com estudos publicados nas bases de dados PubMed, Scielo, BVS e Bireme, foi possível identificar as necessidades instrucionais que foram determinantes nesta dissertação. Foram utilizadas as palavras-chave: Metas Internacionais de Segurança do Paciente e Segurança do paciente.

Um estudo realizado entre os anos de 2008 e 2011, nos Estados Unidos, realizado pelo *Institute for Healthcare Improvement*, identificou que os eventos adversos graves variavam de 14 a 21%, resultando em aproximadamente 210 mil mortes (CDC, 2011). Conforme dados do *Center for Disease Control and Prevention (CDC)*, ao menos 10 pacientes hospitalizados em cada 100, manifestam Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), aumentando as taxas de mortalidade (WHO, 2022).

Outro estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2011, evidenciou que as não conformidades relacionadas à adesão de práticas seguras eram de 42,85%, sendo apenas 9,5% considerados em conformidade (FRANCISCATTO et al., 2011).

Considerando que objetivo instrucional refere-se ao que os cursistas são capazes de fazer no final da instrução; a avaliação de necessidades do currículo e a experiência prática com dificuldades de aprendizagem dos cursistas, ou inovações na prática profissional, permitem que um designer instrucional determine um objetivo instrucional. Diante disso, estabelecemos como objetivos instrucionais para este curso:

- Identificar as principais metas internacionais de segurança do paciente, compreendendo sua importância na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde em contextos globais.
- Avaliar as metas específicas estabelecidas pelas organizações internacionais de saúde, como a OMS e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), visando a redução de eventos adversos e a prevenção de danos aos pacientes.
- Aplicar os princípios das metas internacionais de segurança do paciente na elaboração do curso, desenvolvendo estratégias eficazes para promover a

cultura de segurança, implementar protocolos de prevenção de erros e garantir a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado.

1ª Fase / Etapa 2 - Características do Público-Alvo

Tendo identificado os objetivos instrucionais, é importante determinar que tipo de aprendizagem é exigida dos cursistas. A análise dos objetivos instrucionais auxilia a identificar habilidades exigidas do participante e as etapas processuais necessárias para aprender um determinado processo, por exemplo. Diante dos objetivos instrucionais e dos possíveis problemas, este curso terá como público-alvo os profissionais da área da saúde, pois visa capacitar os profissionais da saúde à compreensão, aplicação e promoção das metas internacionais de segurança do paciente em suas práticas clínicas. Portanto, é necessário que haja formação prévia na área da saúde, com conhecimentos clínicos e assistenciais, além de domínio sobre as terminologias específicas da área.

1ª Fase / Etapa 3 - Análise das Tarefas, Metas e Propósitos Planejados

Nesta etapa, foram revisados cuidadosamente os objetivos instrucionais estabelecidos para garantir que estejam alinhados com os propósitos gerais do curso e que abordam adequadamente as necessidades de aprendizagem dos alunos. Também foram examinadas as metas estabelecidas, verificando se eram alcançáveis e relevantes para o contexto da segurança do paciente.

1ª Fase / Etapa 4 - Objetivos Instrucionais

Considerando os objetivos instrucionais indicados na 1ª Fase / Etapa 1, estabelecemos como objetivo instrucional para este curso: “Identificar e analisar as principais metas internacionais de segurança do paciente, estabelecida pela OMS, considerando a promoção da qualidade dos cuidados de saúde, a redução de eventos adversos e a implementação de estratégias eficazes que garantam uma cultura de segurança e a melhoria contínua do atendimento na área da saúde.

2ª Fase / Etapa 5 - Sequência dos Conteúdos

Para atingir o objetivo instrucional, houve uma divisão dos temas/conteúdos de forma a viabilizar a construção de conhecimento dos cursistas. Sendo assim, o curso foi organizado a partir de temas/conteúdos divididos em quatro módulos, a

partir dos três objetivos instrucionais da 1ª Fase / Etapa 1, sequencialmente, conforme as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, conforme o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Módulos do Curso e Objetivos Instrucionais.

Módulo	Tema Central	Objetivo Instrucional
Apresentação	Metas internacionais de Segurança do paciente	Identificar as principais metas internacionais de segurança do paciente, compreendendo sua importância na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde em contextos globais.
1	Introdução a segurança do paciente e seus conceitos	
2	Identificação do paciente, eficácia na comunicação e segurança medicamentosa	Analisar as metas específicas estabelecidas pelas organizações internacionais de saúde, como a OMS e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), visando a redução de eventos adversos e a prevenção de danos aos pacientes.
3	Cirurgia segura, higienização das mãos e prevenção de lesão e queda	Aplicar os princípios das metas internacionais de segurança do paciente na prática clínica, desenvolvendo estratégias eficazes para promover a cultura de segurança, implementar protocolos de prevenção de erros e garantir a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado.

Fonte: Autores da pesquisa.

A partir da organização dos módulos e identificação dos temas centrais de cada, a partir dos objetivos instrucionais, iniciamos um processo de revisão das diretrizes oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras autoridades em segurança do paciente para identificar os principais pontos sobre as metas internacionais de segurança. Foram considerados os tópicos essenciais que precisam ser cobertos para garantir uma compreensão completa das metas de segurança do paciente. Também foram observados os documentos e artigos disponíveis sobre os temas, destacando as seções que abordam diretamente cada uma das metas de segurança. As informações a respeito dos temas/conteúdos

foram adaptadas a uma linguagem informal, porém considerando terminologias da área da saúde, para torná-las mais acessíveis e compreensíveis para os cursistas, sem perder a precisão técnica.

Como já mencionado anteriormente o conteúdo foi organizado em três módulos temáticos, garantindo que cada meta de segurança fosse abordada de forma detalhada e contextualizada. Foram selecionadas ilustrações em repositórios de imagens, de acesso livre e gratuito, para apresentar de forma clara os conceitos abordados.

Por exemplo, a figura 2, a seguir, representa uma receita médica sem data que ajuda a demonstrar o conceito de erros de medicação de uma forma que é visualmente impactante e facilmente compreendida. Assim, acompanhada de explicações textuais, a figura reforça a aprendizagem sobre a importância da segurança medicamentosa.

Figura 2 - Receita Médica sem data



Fonte: Autores da pesquisa.

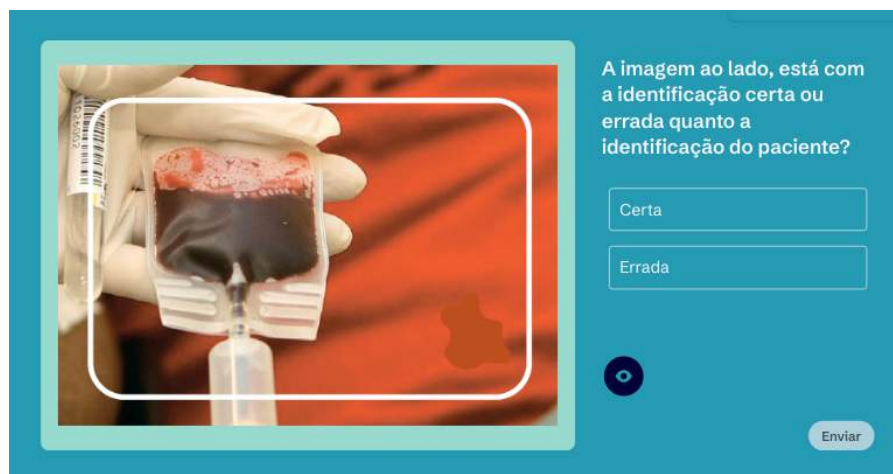
Ao utilizar ilustrações em Atividades, que estão presentes ao longo de todo o curso e que promovem uma avaliação do conteúdo apresentado anteriormente e que contextualizam situações do cotidiano, como apresentado nas Figuras 3 e 4, a seguir, acabamos por reforçar, por meio da imagética, a importância da medida preventiva e aumentar a conscientização entre os profissionais de saúde a partir de uma avaliação realizada. A ilustração oferece uma referência prática que os profissionais de saúde podem consultar facilmente e isso facilita a implementação correta das práticas de higiene das mãos em seus ambientes de trabalho.

Figura 3 - Atividade sobre higienização



Fonte: Autores da pesquisa.

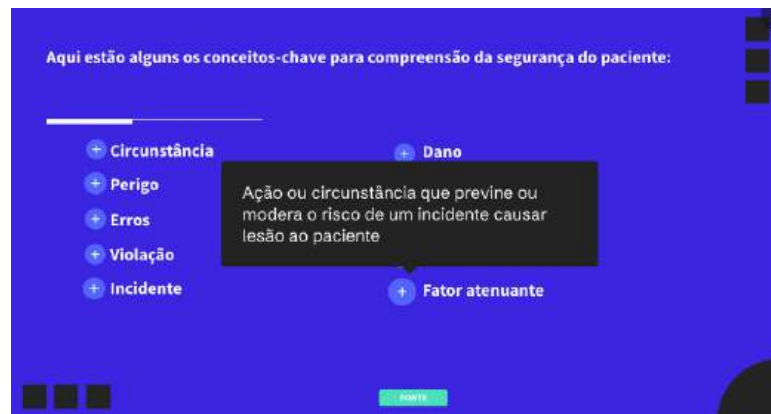
Figura 4 - Atividade sobre Identificação do Paciente



Fonte: Autores da pesquisa.

Outro exemplo utilizado ao longo do curso, foram os *pop-ups* pois permitem distribuir a informação de forma mais gerenciável, reduzindo a carga cognitiva ao apresentar apenas uma quantidade limitada de texto por vez, como pode ser observado nas Figuras 5 e 6, a seguir. Além disso, a inclusão de *pop-ups* aumenta a interatividade com o conteúdo do curso. Os cursistas precisam clicar para revelar mais informações, o que pode aumentar o engajamento e a atenção, permitindo, inclusive, que os alunos controlem o ritmo da aprendizagem. Assim, podem acessar informações adicionais conforme sua necessidade e ritmo, promovendo uma aprendizagem autodirigida.

Figura 5 - Exemplo de *pop-up*



Fonte: Autores da pesquisa.

Figura 6 - Exemplo de *pop-up* em uma ilustração

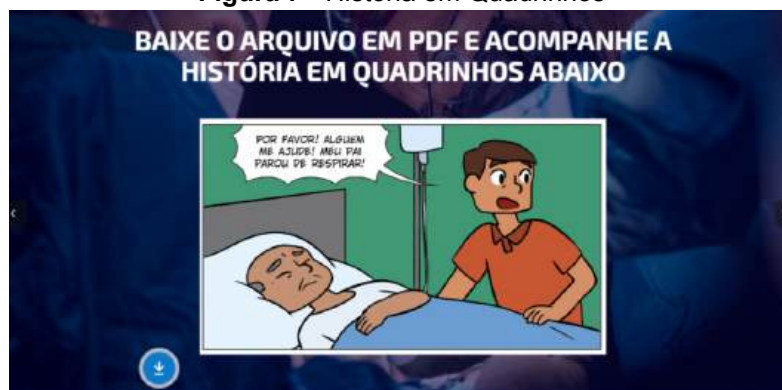


Fonte: Autores da pesquisa.

Outra consideração necessária é que os *Pop-ups* possibilitam organizar a informação de forma hierárquica, onde os conceitos principais são apresentados primeiro e os detalhes suplementares são acessíveis conforme necessário. Isso favorece a compreensão e a retenção das informações, reduz a quantidade de texto na tela e melhora a estética do curso, tornando-o menos intimidante e mais acessível visualmente. Telas limpas e organizadas são mais convidativas e menos cansativas para os cursistas.

Continuando na organização dos temas/conteúdos e uso de recursos digitais, para abordarmos a meta relacionada a comunicação efetiva, foi inserida uma história em quadrinhos pois, combinam elementos visuais e narrativos que podem simplificar conceitos complexos, tornando-os mais compreensíveis e memoráveis, conforme a Figura 7, a seguir.

Figura 7 - História em Quadrinhos



Fonte: Autores da pesquisa.

A narrativa visual ajuda a contextualizar situações reais, permitindo que os participantes do curso visualizem cenários práticos e reconheçam a aplicação dos princípios de comunicação efetiva. O formato de história em quadrinhos é inerentemente envolvente e pode capturar a atenção dos cursistas mais efetivamente do que textos longos ou apresentações tradicionais. Essa escolha ocorreu considerando a divisão de informações em partes menores e mais manejáveis, reduzindo a sobrecarga cognitiva e facilitando a compreensão e a assimilação do conteúdo.

Mas além de materiais textuais e ilustrações, também foram utilizados conteúdos audiovisuais, conforme a Figura 8, a seguir.

Figura 8 - Recurso Audiovisual



Fonte: Autores da Pesquisa

O vídeo selecionado oferece uma visão profunda e realista dos desafios e soluções na segurança do paciente, proporcionando um contexto real, por meio de

um recurso audiovisual, para a teoria. Este tipo de aprendizagem contextual é eficaz para auxiliar os cursistas a compreender a relevância prática dos conceitos ensinados. A utilização de documentários, por exemplo, é uma possibilidade em cursos autoinstrucionais uma vez que estas fontes contêm informações atualizadas sobre o tema central ou do módulo organizado, refletindo as últimas pesquisas e práticas recomendadas. Isso garante que os cursistas estejam acessando e aprendendo com os conceitos mais atuais e relevantes.

O ícone para acesso a um link externo presente no vídeo da Figura 8, direciona para o site do Proqualis, que é uma fonte confiável e respeitada de informações sobre qualidade e segurança em saúde. Disponibilizar um link¹ para acesso ao livro "Errar é Humano", através do Proqualis, garante que os alunos tenham acesso a mais uma fonte de informações, ampliando os conteúdos apresentados durante o módulo. Esse livro, publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, é um documento pioneiro que trouxe à luz a magnitude dos erros médicos e a necessidade urgente de melhorar a segurança do paciente. Fornecer acesso a este livro permite que os cursistas compreendam a evolução histórica da segurança do paciente.

Assim, a combinação do documentário com o livro proporciona uma experiência de aprendizado rica e diversificada. Enquanto o documentário oferece uma visão prática e emocional, o livro fornece uma compreensão teórica e histórica detalhada. Essa abordagem multimodal enriquece o aprendizado e promove uma compreensão mais abrangente.

Estes foram alguns exemplos dos temas/conteúdos abordados durante a organização do curso, ao longo da 2ª Fase / Etapa 5 - Sequência dos Conteúdos, bem como da seleção e escolha de recursos digitais para a apresentação desses temas/conteúdos, promovendo interação do cursista diretamente com as informações ao longo do desenvolvimento curso, seguindo uma abordagem que buscou reduzir a sobrecarga cognitiva, a partir do excesso de informações, e favorecer a compreensão e a assimilação dos conteúdos apresentados.

3ª Fase / 6ª Etapa - Estratégia Instrucionais

¹ Acessível em:

<https://nap.nationalacademies.org/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system#tocing-a-safer-health-system#toc>

Com base nas cinco etapas anteriores, foram selecionadas e desenvolvidas estratégias específicas que atendam às necessidades de aprendizagem dos alunos, incluindo uma variedade de métodos como quizzes, questionário, complete a frase, verdadeiro e falso, certo e errado, palavras cruzadas, caça-palavras e pergunta objetiva, como pode ser observado nas Figuras 9, 10, 11 e 12, a seguir.

Figura 9 - Quizz



Fonte: Autores da pesquisa.

Figura 10 - Certo e Errado



Fonte: Autores da pesquisa.

Figura 11 - Caça-palavras

Encontre as palavras relacionadas as lesões

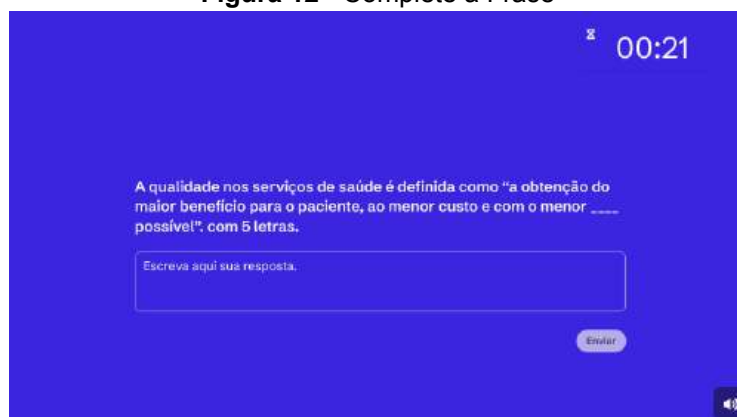
- Ação esperada para com os pacientes durante sua admissão.
- Instrumento recomendado para avaliação de risco lesão de pele.
- Ação diária dos profissionais de saúde com objetivo de prevenir a abertura de lesões.
- As fraldas devem ser trocadas pelo menos 1 vez ao turno para garantir o manejo da _____.
- O _____ deve ser acionado para otimização da nutrição e da hidratação.
- 6. Mudança de decúbito ou reposicionamento são medidas para minimizar a _____.



[Clique aqui](#)

Fonte: Autores da pesquisa.

Figura 12 - Complete a Frase



Fonte: Autores da pesquisa.

3ª Fase / 7ª Etapa - Mensagem instrucional

Foram utilizados recursos como textos, imagens, vídeos, animações, quadrinhos e outros recursos/fontes/materiais, com base nas estratégias instrucionais definidas na etapa anterior. Os materiais foram construídos/projetados de maneira atraente, acessível e responsivo, levando em consideração as características do público-alvo e as necessidades de aprendizagem identificadas.

4ª Fase / 8ª Etapa - Desenvolver a Instrução

O material foi organizado de modo que a diversificação de recursos digitais como vídeos, histórias em quadrinhos e quizzes, entre outros, para atender aos diferentes estilos de aprendizagem e formas de interação com informações em formato digital. A personalização do conteúdo aumenta a eficácia da aprendizagem, garantindo que todos os cursistas possam se engajar e compreender o material, considerando o sequenciamento dos módulos e tópicos de forma a favorecer a construção de conhecimento de maneira progressiva. Uma progressão lógica facilita a construção do conhecimento, auxiliando os cursistas a conectar “novos” conceitos com o que já foi aprendido anteriormente.

Diversas estratégias instrucionais podem manter o interesse dos cursistas e atender a diferentes preferências de aprendizagem, melhorando a retenção e a aplicação do conhecimento. Portanto, além dos textos, os recursos digitais citados anteriormente facilitam o acesso e a compreensão de conceitos a partir de situações práticas, permitindo a avaliação e autoavaliação da compreensão pelo próprio cursista. Materiais instrucionais bem desenvolvidos são essenciais para a

transmissão eficaz de temas/conteúdos e para causar o envolvimento dos cursistas, evitando desistências.

Como recurso de criação do material autoinstrucional foi utilizada a plataforma Genially² para elaborar os materiais instrucionais e apresentar o conteúdo de forma interativa e envolvente aos cursistas. Esta é uma plataforma online que permite a criação de apresentações multimídia, com a possibilidade de uso de infográficos, vídeos interativos e outros recursos educacionais dinâmicos. Nesta etapa, foram criadas as apresentações multimídia visualmente atrativas, que incluem textos, imagens, gráficos, vídeos e elementos interativos, como botões de navegação, links e questionários.

4ª Fase / 9ª Etapa - Definir os Instrumentos de Avaliação

Além das atividades de avaliação ao longo do curso, também foi elaborado um questionário de múltipla escolha, com rodada bônus, por meio da plataforma Wordwall³, com elementos gráficos e recursos interativos. Esta plataforma é um recurso online que permite a criação de quizzes de forma fácil e intuitiva. Nesta plataforma, os usuários podem desenvolver questionários interativos, testes de múltipla escolha e outros tipos de atividades de avaliação de conhecimento a partir de uma variedade de recursos, como a possibilidade de adicionar imagens, vídeos e áudio às perguntas, tornando o processo de aprendizagem mais dinâmico e envolvente.

Esse questionário foi projetado para avaliar o conhecimento e compreensão dos cursistas em relação aos temas/conteúdos abordados no curso sobre as metas internacionais de segurança do paciente. As perguntas foram formuladas de maneira clara e objetiva, com base nos objetivos instrucionais estabelecidos na 1ª Fase / 1ª Etapa. Além disso, foram incluídas alternativas de resposta que permitem avaliar diferentes níveis de conhecimento e complexidade.

O tempo de resposta para cada pergunta é controlado de forma a manter o ritmo e o interesse dos participantes, proporcionando uma experiência de avaliação dinâmica. Para tornar o questionário mais “divertido” e interativo, foram incorporados elementos como imagens contextualizando as situações apresentadas, animações e feedback imediato sobre as respostas dos cursistas.

² Acessível em <https://genially.com/pt-br/>

³ Acessível em <https://wordwall.net/pt>

Ao final do questionário, os cursistas recebem uma pontuação com base no número de respostas corretas, o que lhes permitirá avaliar seu próprio desempenho e identificar áreas que precisam de reforço. Além disso, o feedback fornecido após cada pergunta contribui para a aprendizagem contínua dos alunos, destacando pontos importantes e corrigindo possíveis equívocos.

4.2 Organização Completa do Curso Autoinstrucional sobre Metas de Segurança do Paciente

A apresentação completa do curso, conforme imagens apresentadas no Anexo A, reflete a proposta pedagógica adotada. O design gráfico prioriza clareza e acessibilidade, com elementos visuais que destacam os pontos principais de cada meta, garantindo uma experiência amigável e inclusiva. As telas do curso trazem explicações teóricas seguidas de exemplos práticos, reforçando a aplicação do conhecimento no contexto real da assistência à saúde. Além disso, foram integradas atividades avaliativas ao longo do curso para promover a autoavaliação do participante e consolidar os conhecimentos adquiridos.

A elaboração de um curso autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, fundamentado no modelo de design instrucional de Kemp, Morrison e Ross (2004), foi orientada por princípios essenciais de design instrucional e escolhas estratégicas que visam otimizar a experiência de aprendizagem.

A primeira fase do desenvolvimento, denominada pesquisa bibliográfica, foi escolhida por sua relevância na construção de uma base sólida de conhecimento. Essa etapa assegura que o conteúdo seja pertinente, atualizado e sustentado por evidências, além de possibilitar a identificação de lacunas na literatura que o curso pode abordar. Em seguida, na fase de seleção de informações e conteúdo, o designer instrucional realiza a curadoria de conteúdos de qualidade em diversos formatos, incluindo textos, imagens e recursos audiovisuais. Essa diversidade foi intencionalmente escolhida para atender a diferentes estilos de aprendizagem e facilitar a compreensão dos temas abordados.

A fase de produção do material é crucial, pois permite ao designer aplicar princípios de design que promovem a interatividade e a participação ativa do aluno. O uso de elementos visuais e a criação de materiais engajadores são fundamentais para motivar o estudante e manter seu envolvimento, uma vez que a teoria da

aprendizagem sugere que a interatividade aumenta a retenção de informações. A etapa de organização do material garante que o curso seja acessível e fácil de navegar, criando um espaço virtual estruturado que possibilita aos alunos se concentrarem nos objetivos de aprendizagem, minimizando distrações. A proposta de avaliação integrada contribui para alinhar as expectativas de desempenho com os objetivos do curso, assegurando que os alunos possam medir seu progresso.

A sequência de objetivos foi estruturada de forma a guiar os alunos de um entendimento básico das Metas Internacionais de Segurança do Paciente até uma compreensão mais aprofundada e aplicável. Cada objetivo foi escolhido para construir sobre o anterior, criando um caminho lógico de aprendizado que facilita a assimilação de informações. A sequência de conteúdo, organizada em quatro fases, reflete essa progressão: a pesquisa inicial estabelece o contexto e a fundamentação teórica, a seleção de conteúdo fornece as informações necessárias, a produção do material oferece uma oportunidade de aplicação prática, e a organização finaliza com uma estrutura que possibilita a avaliação do aprendizado.

A sequência dos slides está intimamente relacionada aos objetivos e ao fluxo de aprendizagem. Cada slide foi projetado para corresponder a um objetivo específico, garantindo que a apresentação do conteúdo seja clara e alinhada. A articulação entre os slides e os objetivos permite uma transição fluida entre os tópicos, facilitando a compreensão do aluno e promovendo um engajamento mais profundo com o material. A combinação de um design instrucional cuidadoso e uma sequência lógica de objetivos e conteúdos resulta em um curso que não apenas informa, mas também capacita os alunos a aplicar o conhecimento adquirido de forma prática, refletindo a eficácia da metodologia de design instrucional adotada.

4.3 Plataforma de Acesso ao Curso Autoinstrucional sobre Metas Internacionais de Segurança do Paciente

O curso autoinstrucional sobre “Metas Internacionais de Segurança do Paciente” está disponibilizado no repositório Vital Prime⁴, uma empresa privada de consultoria educacional, sob administração da pesquisadora, organizado a partir da

⁴ Disponível em

<https://vitalprimesolucoes.curseduca.pro/m/lessons/curso-autoinstrucional-metas-internacionais-de-seguranado-paciente-17132182703>

plataforma “Curseduca⁵”. Esta plataforma facilita a disponibilização de um link para acesso a um curso autoinstrucional de forma simples e eficaz.

Quanto à questão do pagamento, a proposta do curso pode ser estruturada de maneira flexível. Existe a possibilidade de oferecer o curso gratuitamente, permitindo que um maior número de alunos tenha acesso ao conteúdo sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Contudo, também podemos considerar a monetização do curso por meio de diferentes estratégias, como a cobrança de uma taxa de inscrição, a oferta de materiais complementares pagos ou a realização de certificações que exijam um pagamento. Essa abordagem híbrida pode ampliar o alcance do curso e, ao mesmo tempo, gerar receita para a continuidade e a melhoria da plataforma e dos materiais

O primeiro passo é fazer login ou criar uma nova conta na plataforma, conforme a Figura 13, a seguir.

Figura 13 - Tela de acesso ao repositório da Vital Prime.



Fonte: Autores da pesquisa.

Para criação de nova conta, de acordo com as Figuras 14 e 15, a seguir, é necessário clicar no ícone, localizado no canto superior direito, e informar nome pessoal ou institucional, e-mail válido, senha e clicar em cadastrar.

⁵ Disponível em <https://curseduca.com/>

Figura 14 - Tela para criação de nova conta.



Fonte: Autores da pesquisa.

Figura 15 - Tela para criação da nova conta.



Fonte: Autores da pesquisa.

Após criação da conta é necessária a leitura e aceite dos Termos de Uso da plataforma, conforme Figura 16, a seguir.

Figura 16 - Tela sobre os Termos de Uso.



Fonte: Autores da pesquisa.

Após o aceite dos Termos de Uso, de acordo com a Figura 17, a seguir, o usuário terá acesso aos cursos disponibilizados pela Vital Prime.

Figura 17 - Tela de disponibilização de cursos pela Vital Prime



Fonte: Autores da pesquisa.

5. ALGUMAS REFLEXÕES

As escolhas e a produção do conteúdo do curso autoinstrucional sobre “Metas Internacionais de Segurança do Paciente” são fundamentadas em uma intersecção entre a teoria do Materialismo Histórico Dialético e os princípios do design instrucional. Esta teoria enfatiza que as práticas e os conhecimentos são moldados pelas relações sociais e pelas condições materiais da sociedade, o que se reflete na abordagem adotada para a elaboração deste curso.

O design instrucional, por sua vez, orienta a criação de ambientes de aprendizagem que atendam às necessidades dos alunos, considerando as características dos contextos educacionais. A combinação dessas teorias permite que o curso seja não apenas informativo, mas também crítico e reflexivo em relação à realidade da segurança do paciente.

A partir da perspectiva do Materialismo Histórico Dialético, é essencial reconhecer que o aprendizado não ocorre em um vácuo, mas está intrinsecamente ligado às práticas sociais e às estruturas de poder existentes. Assim, o curso busca não apenas transmitir informações sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, mas também fomentar a consciência crítica dos alunos em relação a esses temas. As decisões sobre o conteúdo abordado foram pautadas na relevância social e na necessidade de formação de profissionais de saúde capazes de agir de maneira ética e informada dentro de um sistema de saúde complexo e muitas vezes desigual.

Além disso, a escolha de um modelo de design instrucional que privilegia a interatividade e a participação ativa do aluno reflete a compreensão de que o conhecimento deve ser construído de forma colaborativa. A estrutura do curso foi pensada para promover a reflexão crítica, encorajando os alunos a questionar e contextualizar as informações apresentadas. Isso se alinha ao princípio do Materialismo Histórico Dialético de que a transformação social é alcançada por meio da ação consciente e da reflexão sobre a realidade.

Portanto, ao desenvolver o curso, as decisões sobre a sequência de objetivos e conteúdos foram cuidadosamente articuladas com os princípios do Materialismo Histórico Dialético e do design instrucional, buscando uma formação que não apenas informe, mas também capacite os alunos a atuar de maneira proativa na promoção da segurança do paciente. Essa abordagem integrada é fundamental para

a formação de profissionais comprometidos com a melhoria da qualidade do atendimento em saúde e a construção de uma sociedade mais justa.

Com o desenvolvimento dessa pesquisa, com a organização, planejamento e estruturação de curso autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, buscamos apresentar um panorama da importância da segurança do paciente, em um contexto marcado pela evolução e transformação tecnológica na sociedade contemporânea, destacando a necessidade de aprimorar a formação de profissionais de saúde.

Durante a pesquisa buscamos destacar a relevância da segurança do paciente como uma das práticas essenciais do atendimento na área da saúde, evidenciando a necessidade de reduzir erros e eventos adversos que podem prejudicar a saúde dos pacientes e gerar, inclusive, custos adicionais para os sistemas de saúde. Nesse sentido, acreditamos que as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, definidas pela Organização Mundial da Saúde, surgem como um marco fundamental para a implementação de uma cultura de segurança em todos os níveis e locais de atuação dos profissionais da área da saúde, provocando a adoção de práticas e protocolos que garantam a qualidade e a segurança do cuidado.

Além disso, demonstramos como as tecnologias digitais, especialmente as plataformas virtuais de gerenciamento e disponibilização de cursos online, podem revolucionar a forma de oferta de cursos e, também, como a aprendizagem ocorre. Os cursos autoinstrucionais, que se configuram como uma possibilidade de atualização e capacitação profissional, ganham destaque por sua capacidade de oferecer flexibilidade e acessibilidade. O design instrucional, como metodologia para a criação de cursos instrucionais, assume um dos papéis centrais nesse processo, além do professor conteudista e dos recursos digitais, garantindo que o aprendizado seja dinâmico e interativo para os profissionais de saúde.

Considerando uma perspectiva qualitativa, essa pesquisa demonstra a importância de se aprofundar e investigar sobre a compreensão das experiências e percepções dos profissionais de saúde em relação aos cursos autoinstrucionais. Nesse sentido e considerando as condições materiais e humanas dessa área de atuação profissional, buscamos superar alguns desafios que estão presentes nas práticas educativas, a partir das condições materiais que podem influenciar nos processos de aprendizagem, de formação e qualificação profissional, evidenciando o

papel da autonomia de cursistas e o desenvolvimento de suas motivações profissionais.

A proposta do curso autoinstrucional sobre Metas Internacionais de Segurança do Paciente, desenvolvida a partir do modelo de design instrucional de Kemp, Morrison e Ross (2004), articula as principais etapas de criação de um curso autoinstrucional e online eficaz, desde a pesquisa bibliográfica, a partir dos temas/conteúdos, até a organização do espaço virtual. A utilização de recursos digitais, como vídeos, histórias em quadrinhos, quizzes e plataformas interativas, pode tornar o aprendizado mais dinâmico e engajador.

A pesquisa também indica que a plataforma utilizada para disponibilização do curso, considerados seus recursos digitais de apresentação e interação com as informações, torna-se um ambiente virtual que facilita o acesso ao curso e disponibiliza, entre outros, recursos de avaliação, promovendo uma experiência de aprendizado completa e eficiente, afinal, a plataforma oferece um questionário interativo, que avalia o conhecimento e a compreensão dos cursistas sobre as metas de segurança do paciente.

Além disso, destacamos a necessidade de uma abordagem que deve ser multidisciplinar para a segurança do paciente, envolvendo a participação ativa dos pacientes e seus familiares, a criação de protocolos, a capacitação dos profissionais e a implementação de medidas preventivas visando a redução de riscos. A comunicação eficaz, em todos os níveis da área da saúde, é essencial para a segurança do paciente, exigindo a adoção de práticas que garantam a troca de informações diretas e objetivas.

O curso autoinstrucional proposto, além de abordar as metas internacionais de segurança do paciente, também engloba outros tópicos relevantes, como a identificação do paciente, a comunicação eficaz, a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, a segurança da medicação, a prevenção de quedas e lesão por pressão. A abrangência do conteúdo contribui para a formação de profissionais de saúde, capacitando-os para a atuação segura e eficiente em diversos cenários.

Outro ponto que precisamos destacar é que a utilização de tecnologias digitais em cursos autoinstrucionais pode representar um avanço significativo para formação continuada na área da saúde. Esse recurso contribui para a democratização do acesso à informação e à capacitação profissional,

proporcionando aos profissionais dessa área a oportunidade de aprimorar suas habilidades e conhecimentos de forma flexível e acessível. A proposta do curso autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, apresentada nesta pesquisa, pode contribuir para a construção de uma cultura de segurança e para a promoção de uma assistência médica mais segura e eficiente.

Como desenvolvimento desta pesquisa, além de oferecer um recurso de aprendizado inovador para profissionais de saúde, desperta reflexões importantes sobre os diferentes usos da tecnologia na formação e qualificação profissional, a importância da cultura de segurança nos espaços de atendimento na área da saúde e a necessidade de se manter atualizado em relação às normas e práticas dessa área.

O curso autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente se diferencia dos cursos existentes ao integrar uma abordagem holística e atualizada que abrange não apenas os tópicos centrais de segurança, mas também a identificação do paciente, comunicação eficaz, prevenção de infecções, segurança da medicação e prevenção de quedas. Essa abrangência temática, aliada ao uso de tecnologias digitais, proporciona um ambiente de aprendizado interativo e acessível, que se adapta às necessidades e ritmos individuais dos profissionais de saúde. Além disso, o curso incorpora elementos de design instrucional contemporâneo, promovendo a interatividade e a participação ativa do aluno, características que muitas vezes são subestimadas em cursos tradicionais.

Os profissionais de saúde devem considerar a realização deste curso, pois ele não apenas oferece conhecimento atualizado e relevante sobre práticas de segurança, mas também fomenta a construção de uma cultura de segurança dentro dos serviços de saúde. A ênfase na aplicação prática das Metas Internacionais e a flexibilidade proporcionada pelo formato autoinstrucional garantem que os participantes possam aplicar imediatamente o que aprenderam em seu ambiente de trabalho, contribuindo para uma assistência mais segura e eficiente. Assim, a proposta do curso vai além do simples aprendizado, promovendo um aprimoramento contínuo das habilidades e a atualização necessária para a excelência na prática profissional.

Assim, acreditamos que essa pesquisa vai para além da criação de um curso autoinstrucional pois, evidenciamos a necessidade de pensar, planejar, propor e investir em soluções inovadoras e eficazes, considerando os contextos materiais e

humanos envolvidos na/para a formação de profissionais da área da saúde, com o intuito de garantir a segurança do paciente, por exemplo, tema desta pesquisa, promovendo um sistema de saúde mais seguro e humanizado.

A pesquisa e o curso autoinstrucional sobre o tema proposto apresentam algumas limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, a natureza autoinstrucional do curso pode restringir a interação entre os participantes e o instrutor, o que pode comprometer o aprofundamento das discussões e a troca de experiências práticas, fundamentais para a consolidação do conhecimento na área da saúde. Além disso, a eficácia do curso depende da motivação e autodisciplina dos profissionais que o realizam, o que pode resultar em variações significativas na absorção do conteúdo e na aplicação das práticas sugeridas.

Outro aspecto a ser destacado é que a pesquisa foi realizada em um contexto específico, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras realidades. A inclusão de profissionais de saúde de diferentes níveis de experiência, formação e contextos de trabalho poderia enriquecer o curso, mas também introduziria uma maior complexidade no planejamento e na adaptação do conteúdo. Assim, futuras investigações podem se beneficiar de uma abordagem mais abrangente, incorporando feedback dos participantes e explorando estratégias de integração das tecnologias digitais que favoreçam a interação e a prática colaborativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso autoinstrucional embora não tenha sido disponibilizado para uso, foi desenvolvido com base nos princípios do materialismo histórico dialético e na teoria do design instrucional. Essa abordagem teórica proporcionou uma estrutura sólida para a criação do conteúdo, garantindo que ele refletisse as realidades materiais e as necessidades dos profissionais de saúde.

O processo de elaboração do curso envolveu uma análise crítica das interações entre o conteúdo, o contexto e os usuários, permitindo que o projeto fosse moldado de maneira a atender às demandas do ambiente de trabalho na área da saúde. Assim, o curso não apenas incorpora as metas de segurança do paciente, mas também serve como um exemplo de como a teoria pode ser aplicada na prática, promovendo a formação continuada e a reflexão crítica sobre a atuação profissional, mesmo sem ter sido efetivamente disponibilizado.

Nessa pesquisa buscamos analisar possibilidades de uso de recursos e linguagens digitais, por meio de plataforma virtual, de um curso online e autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, considerando a existência de uma complexa relação entre a evolução tecnológica, a necessidade de aprimorar a formação de profissionais de saúde e a busca por uma cultura de segurança nas instituições de saúde. A partir do conceito de segurança do paciente, apresentamos a importância na adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Afinal, como um curso autoinstrucional pode favorecer a (re)construção de conhecimentos necessários para a atuação profissional na área da saúde?

Destacamos o papel crucial da tecnologia como recurso com um grande potencial de transformação para/nas propostas de formação continuada de profissionais da área da saúde, demonstrando a importância, as características e a potencialidade de utilização dos cursos autoinstrucionais. O uso de recursos digitais em plataformas virtuais, que oferecem flexibilidade, acessibilidade e conteúdo interativo, são cruciais para a capacitação e atualização de profissionais de saúde.

Por meio de uma perspectiva qualitativa, esta pesquisa apresenta uma discussão sobre a experiência de profissionais de saúde em relação aos cursos autoinstrucionais, destacando o papel da autonomia do cursista e a importância de se considerar suas motivações profissionais, revelando a importância de um ensino

que promova o desenvolvimento individual e a busca por um aprendizado significativo a partir de temas e problemáticas que levam a repensar suas práticas e ações no contexto profissional.

Acreditamos que a proposta do curso autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, desenvolvida a partir do modelo de design instrucional de Kemp, Morrison e Ross (2004), é apenas um dos resultados dessa pesquisa pois, o modelo, com suas etapas detalhadas, favorecem a organização, planejamento e estruturação de um curso online que pode ampliar os conhecimentos e levar, talvez, a mudanças de práticas no cotidiano profissional.

Durante a pesquisa apresentamos e discutimos sobre a utilização de tecnologias digitais, como o resultado de um processo de evolução das tecnologias humanas desenvolvidas ao longo do tempo, para a oferta de cursos autoinstrucionais e isso retoma os avanços das propostas de formação na área da saúde já existentes. Esses cursos, disponibilizados em plataformas virtuais, favorecem e ampliam o acesso à informação e à capacitação profissional, proporcionando aos profissionais dessa área a oportunidade de aprimorar suas habilidades, práticas e conhecimentos, ou seja, possibilita a (re)construção de conhecimentos necessários para a atuação profissional na área da saúde. Assim, acreditamos que a proposta do curso autoinstrucional sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, apresentada nesta pesquisa, tem potencial para contribuir com a formação continuada de profissionais da área da saúde.

Além de oferecer e utilizar recursos de aprendizado considerados inovadores, afinal, estamos apresentando um curso estruturado a partir de tecnologias digitais para profissionais de saúde, é preciso considerar a necessidade de se fazer reflexões sobre o papel da tecnologia em cursos de formação continuada pois, ao usar esses recursos, outras possibilidades metodológicas deverão estar presentes nas etapas do design instrucional adotado, ou corre-se o risco de propor um curso de baixa aceitação e finalização pelos cursistas.

Esperamos que essa pesquisa contribua para a proposição de outros cursos, com temas/conteúdos da área da saúde, mas não apenas dessa área, afinal, cursos autoinstrucionais podem ser planejados e ofertados para as demais áreas de conhecimento e profissional, mas que, nessas propostas, sejam consideradas a utilização de plataformas virtuais e de recursos digitais em suas diferentes

possibilidades de acesso e interação, afinal, muitas são as possibilidades de criação e proposição de ações de formação e qualificação na sociedade contemporânea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, T. R.; OLIVEIRA, F. J.; SOUZA, A. M. Eficácia de um curso autoinstrucional sobre saúde mental. **Revista Brasileira de Psicologia em Saúde**, 2020. 4(3), p. 201-210.
- ALMEIDA, T. R. Avaliação da aprendizagem em cursos autoinstrucionais na área da saúde: Desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, 2021. 55, p. 55.
- ARAGÃO, M. J.; TAVARES, C. L. Cursos autoinstrucionais na saúde durante a pandemia de COVID-19: Um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, 2024. 40(1), p. 150-162.
- BARBOSA, S.F.F.; MARIN, H. F. Simulação baseada na web: uma ferramenta para o ensino de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Am Enferm.**, v.17, n.1, p.7-13, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692009000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 12 abr. 2023.
- BATISTA, Márcia Luiza França da Silva. **Design Instrucional**: uma abordagem do design gráfico para o desenvolvimento de ferramentas de suporte à Educação a Distância. Dissertação (Mestrado em Design) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", 2008. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/89714/batista_mlfs_me_bauru.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 jun. 2023.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**: uma abordagem para a teoria e a prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 2.314**, de 20 de abril de 2022. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf. Acesso em: 01 jul. 2023.
- CASTELLS, Manuel. **The Rise of the Network Society**. Wiley Blackwell, 2010.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede**: A era da informação. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2013.
- CDC. **Centers for Disease Control**. US Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention Types of Healthcare-associated Infections, 2011. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hai/infectiontypes.html>. Acesso em: 12 abr. 2023.
- CHRISTIENSEN, Clayton M. **The Innovator's Dilemma**: When New Technologies Cause Great Firms to Fail (Management of Innovation and Change). Harvard Business Review Press, 2015.
- COSTA, R. S.; MARTINS, F. B. O impacto dos cursos autoinstrucionais na educação continuada de profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020. 36(4), e00030420.

ESCOBAR, M. L.; PEREIRA, L. G. Recursos multimídia em cursos autoinstrucionais: Engajamento na formação em saúde. **Saúde em Debate**, 2021. 45(2), p. 87-95.

FACALDE, Andressa. **Design Instrucional aplicado ao mundo virtual TCN5**. Dissertação (Mestrado em Informática) - Universidade Federal de Santa Maria, 2015. Disponível em:

https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15406/DIS_PPGCC_2015_FALCADE%20ANDRESSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 abr. 2023.

FEENBERG, Andrew. **Racionalização democrática, poder e tecnologia**. Brasília: Observatório do Movimento pela Tecnologia Social na América Latina/Centro de

Desenvolvimento Sustentável - CDS. Ciclo de Conferências Andrew

Feenberg. Neder, Ricardo T. (org.), 2009. Disponível em:

<https://www.sfu.ca/~andrewf/coletanea.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

FERREIRA, A. L.; COSTA, V. M. Avaliações formativas em cursos autoinstrucionais: Estratégias para monitoramento. **Revista de Educação em Saúde**, 2023. 6(1), p. 97-105.

FILATRO, Andrea Cristina. **Design instrucional contextualizado**: articulação entre teoria e prática no processo de ensino-aprendizagem on-line. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em:

<http://www.abed.org.br/congresso2004/por/pdf/049-TC-B2.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

FRANCISCATTO, Luísa et al. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. *Revista HPCA*, v. 31, n. 4, 2011. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/21146/14967>. Acesso em: 20 jun. 2023.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 41. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOLINELLI, Davide *et al.* Adoption of Digital Technologies in Health Care During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review of Early Scientific Literature. **J Med Internet Res.**, v. 22, n. 11, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652596/> . Acesso em: 02 nov. 2022.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do cárcere*: Antonio Gramsci: introdução ao estudo da filosofia; a filosofia de Benedetto Croce. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho; co-edição de Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GUSSO, Amanda Khetleen; CASTRO, Beatriz Cristina de; SOUZA, Thiago Nunes de. Tecnologias de Informação e Comunicação no ensino de Enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15576/13944> . Acesso em: 26 set. 2022.

KENSKI, Vani Moreira; MEDEIROS, Rosangela Araújo; ORDÉAS, Jean. Ensino superior em tempos mediados pelas tecnologias digitais. **Dossiê tecnologias e a educação a distância no ensino superior**, v. 28, n. 1, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9872> . Acesso em: 20 out. 2022.

LIMA, A. C.; SILVA, R. P. Tecnologias digitais na educação: Possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Educação**, 2020. 25(74), p. 100-115.

LIMA, C. B.; SOUZA, E. F. A experiência de um curso autoinstrucional na promoção de saúde: Um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2022. 26(1), p. 59-72.

MACEDO, Cíntia Costa. **O Designer Instrucional e o Designer Educacional no Brasil**: identidade e prática em uma visão educacional. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/211483/PEED1463-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 jul. 2023.

MARX, Karl [(1867:189)1996]. O Capital, **Editora Nova Cultural**, v. III, Capítulo XV, 1996.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. A Ideologia Alemã. 6.e d. São Paulo: **Hucitec**, 1987.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Marx & Engels Collected Works, v. 46, **Taylor & Francis Ltd**, 2002.

MASLOW, Abraham. **Motivation and Personality**. New York, NY: Harper & Row Publishers, 1954.

MEDEIROS, D. A. O impacto das tecnologias digitais nas relações sociais. **Cadernos de Comunicação**, 2021. 34(2), p. 40-55.

MENDES, A. P.; SILVEIRA, L. A. A utilização de tecnologias digitais nos cursos autoinstrucionais na educação em saúde. **Educação em Saúde**, 2023. 5(1), p. 101-120.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p.01-12, abr.

2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59> . Acesso em: 20 mai. 2022.

MINAYO, Maria de Kátia Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 30. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORRISON, Gary; ROSS, Steven; KEMP, Jerry. **Designing Effective Instruction**. 4ed. NJ: Jown Wiley & Sons, 2004.

PEREIRA, L. G.; et al. Metodologias ativas em cursos autoinstrucionais na formação em saúde: Um olhar crítico. **Saúde em Debate**, 2019. 43(3), p. 111-123.

PISSAIA, Luís Felipe *et al.* Uso da tecnologia como recurso didático no ensino em enfermagem: percepções dos estudantes. **Rev. Sustinere**, v. 7, n. 2, 2019.

Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/38455/32021>. Acesso em: 06 nov. 2023.

ROSA, Thalyanne; GARCIA, Arnaldo; ALMEIDA, Bruna. A importância da telemedicina nos serviços de saúde. **Repositório Laboro**, 2020. Disponível em: <http://repositorio.laboro.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/277/1/A%20IMPORT%c3%82NCIA%20DA%20TELEMEDICINA%20NOS%20SERVI%c3%87OS%20DE%20SA%c3%9aDE.pdf> . Acesso em: 01 jul. 2023.

SANTOS, H. M.; LIMA, E. A. Impacto da autonomia no aprendizado em cursos autoinstrucionais. **Revista Brasileira de Educação em Saúde**, 2022. 9(2), p. 75-85.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e histórico. **Rev. Bras. Educ.**, v. 12, n. 34, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbedu/a/wBnPGNkvstzMTLYkmXdrkWP/abstract/?lang=pt> .

Acesso em: 28 mai. 2022.

SILVA, Patrícia; RIBEIRO, Thiago. Desafios da autoaprendizagem em cursos autoinstrucionais na saúde. **Educação em Revista**, v. 37, n. 2, p. 123-142, 2021.

STALIN, Joseph. **Dialectical and Historical Materialism**. Ed. International Publishers, 1973.

VELOSO, Braian Garrito; MILL, Daniel; MONTEIRO, Maria Iolanda. Docência, educação a distância e tecnologias digitais: um estudo bibliométrico. **Reveduc**, v. 13, n. 1, 2019. Disponível em:

<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/2167>. Acesso em: 28 mai. 2022.

WHO. **World Health Organization**. Healthcare - associated infections Fact Sheet, 2022. Disponível em:

<https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>. Acesso em: 20 jun. 2023.

ANEXO A - Imagens das telas do curso completo



Objetivos específicos

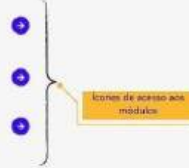
- Compreender a importância das seis metas internacionais de segurança do paciente na construção de melhores práticas;
- Reconhecer a importância na adesão aos protocolos institucionais;
- Refletir sobre a aplicabilidade de cada meta na prática;
- Relacionar a aplicação das seis metas em cenários reais da assistência hospitalar.

Conteúdo

Módulo 1. Introdução a Segurança do paciente e seus conceitos

Módulo 2. Identificação do paciente, eficácia na comunicação e segurança medicamentosa

Módulo 3. Cirurgia segura, higienização das mãos e prevenção de lesão e queda



Apresentação



Link de acesso: https://www.youtube.com/watch?v=xCPB7_urw3k&t=10s

Bons estudos!

Ícone de acesso ao módulo 1

MÓDULO 1 >



Segurança do paciente e seus conceitos

Módulo 1



Início de acesso ao curso/
próxima página

Start

Objetivo geral



Promover melhorias específicas na segurança do paciente através de estratégias que abordam aspectos problemáticos na assistência à saúde.

Objetivos específicos

01

Objetivo 1

Conhecer e aplicar os conceitos e termos-chave da segurança do paciente;

02

Objetivo 2

Compreender os sistemas de saúde e o efeito da complexidade no cuidado em saúde;

03

Objetivo 3

Refletir sobre a importância dos fatores humanos para a segurança do paciente;

04

Objetivo 4

Identificar estratégias que podem ser incorporadas ao exercício da prescrição para alcançar a segurança do paciente.

Introdução

A busca pela qualidade nos serviços de saúde decorre da necessidade de redução dos riscos advindos da necessidade de adesão aos protocolos Institucionais, assim como da ampliação do acesso da sociedade aos diversos níveis de complexidade do sistema em questão nas últimas décadas.



Introdução

A busca pela qualidade nos serviços de saúde decorre da necessidade de redução dos riscos advindos da necessidade de adesão aos protocolos Institucionais, assim como da ampliação

Essa redução deve alcançar níveis aceitáveis, ou seja, compatíveis com os objetivos do cuidado profissional: promoção, proteção e recuperação da saúde.



A própria criação das Agências Reguladoras no Brasil, em especial a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), se confunde com o processo de amadurecimento da sociedade no que diz respeito à exigência de qualificação dos serviços essenciais à vida, o que vem a contemplar os direitos de 2ª dimensão.





A própria criação das Agências Reguladoras no Brasil, Vigilância Sanitária e Saúde Suplementar, é de respeito às coisas essenciais à direitos de 2º

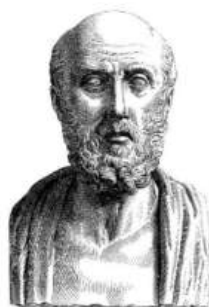
Nos direitos de 2ª dimensão, o Estado tem o compromisso de disponibilizar de modo equitativo garantias de qualidade de vida, respeitando sempre os princípios jurídicos do mínimo existencial e da reserva do possível.

» INFO

Assim, os serviços de saúde devem primar pela qualidade e segurança do cuidado, gerando uma cultura de inconformidade com a ocorrência de **eventos adversos (EAs)** durante a prestação assistencial, os quais podem indicar a presença de falhas nos processos de trabalho em saúde. Esses eventos decorrem de circunstâncias que causaram danos desnecessários aos usuários dos serviços.



Pai da Medicina

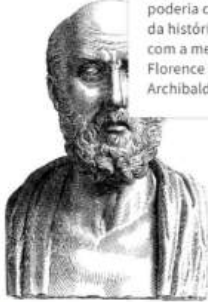


Ícone para janela pop-up

Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado Primum non nocere, que significa – primeiro não cause o dano.

Pop-up aberto

Medicina



Desde essa época ele sabia que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. Ao longo da história, outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde como Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Archibald Cochrane, entre outros.

Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano.

To err is human

Link de vídeo externo

A partir da divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human*, o tema segurança do paciente ganhou relevância. Esse relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de EAs em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado.



+ Info

Ícone para acesso a link externo

Link de acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=8l2Zu8CzEhU>

Responda



Os principais profissionais envolvidos no processo de Segurança do paciente pertencem a equipe de Enfermagem.

Verdadeiro Falso

ENVIAR

Ícone para envio da resposta selecionada

O que é Ambiente Seguro?



Diversos fatores influenciam no processo de ambiente seguro dentro de um hospital, dentre eles:

- Doença.
- Tratamento.
- Procedimentos invasivos.
- Procedimentos de apoio.
- Área física.
- Infraestrutura.
- Equipamentos.
- Insumos.
- Pessoas.
- Entregas.
- Mão de obra.
- Qualificação.
- Engajamento do paciente.



EA

Nessas pesquisas, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta.



O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos.



Estados Unidos da América

O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos.



custou cerca de 2 bilhões de libras ao ano, e o gasto do Sistema Nacional de Saúde com questões litigiosas associadas a EAs foi de 400 milhões de libras ao ano. Nos EUA, os gastos anuais decorrentes de EAs foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais.



Reino Unido e na Irlanda do Norte, o prolongamento do tempo de permanência no hospital devido aos EAs custou cerca de 2 bilhões de libras ao ano, e o gasto do Sistema Nacional de Saúde com questões litigiosas associadas a EAs foi de 400 milhões de libras ao ano. No Reino Unido, os gastos anuais decorrentes de EAs foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais.

Um estudo de Harvard constatou que em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis.



Alguns conceitos

Segurança

Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.

Efetividade

Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).⁸

Oportunidade

Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.

Cuidado centrado no paciente

Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.

Eficiência

Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.

Equidade

Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

A qualidade nos serviços de saúde é definida como “a obtenção do maior benefício para o paciente, ao menor custo e com o menor risco possível”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como “o grau em que os serviços de saúde prestados a pessoas e populações aumentam a probabilidade de se obter os resultados favoráveis e são coerentes com o conhecimento científico corrente”.

A ideia de mensurar a qualidade dos serviços em saúde começou a ser desenvolvida na década de 1960 por Avedis Donabedian, na Universidade de Michigan, nos EUA. Sua abordagem envolveu três principais elementos: estrutura, processo e resultado.



A ideia de mensurar a qualidade dos serviços em saúde começou a ser desenvolvida na década de 1960 por

Esses elementos são conhecidos como a triade Donabedian. Saiba mais em: Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med., v. 114, n. 11, 1990.



a Universidade de Michigan, nos EUA. Sua abordagem envolveu três principais elementos: estrutura, processo e resultado.



A ideia de mensurar a qualidade dos serviços em saúde começou a ser desenvolvida na década de 1960 por Avedis Donabedian, na Universidade de Michigan, nos EUA. Sua abordagem envolveu três principais elementos: estrutura, processo e resultado.

A **Estrutura** corresponde às **características relativamente estáveis** e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico administrativos, apoio político e condições organizacionais.

Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e a utilização dos recursos nos seus aspectos **quantitativos**. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.

Por sua vez, o **Resultado** corresponde às **consequências** das atividades **realizadas** nos serviços de saúde, ou pelo profissional, em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.

Os 7 Pilares da Qualidade

A eficácia consiste na habilidade da ciência e da arte da assistência em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar e representa o alicerce para a construção de uma organização focada na qualidade. Ser eficaz é comprovar a relação adequada entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.

Diagrama dos 7 pilares da qualidade. No topo, o termo "Estrutura" está conectado por setas duplas aos termos "Processo" (à esquerda) e "Resultado" (à direita). Uma seta dupla horizontal também conecta "Processo" e "Resultado".

Os 7 Pilares da Qualidade

A eficácia consiste na habilidade da ciência e da arte da assistência em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar e representa o alicerce para a construção de uma organização focada na qualidade. Ser eficaz é comprovar a relação adequada entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.



Os 7 Pilares da Qualidade

A eficácia consiste na habilidade da ciência e da arte da assistência em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar e representa o alicerce para a construção de uma organização focada na qualidade. Ser eficaz é comprovar a relação adequada entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.



Os 7 Pilares da Qualidade

A eficácia consiste na habilidade da ciência e da arte da assistência em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar e representa o alicerce para a construção de uma organização focada na qualidade. Ser eficaz é comprovar a relação adequada entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.



Os 7 Pilares da Qualidade

A eficácia consiste na habilidade da ciência e da arte da assistência em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar e representa o alicerce para a construção de uma organização focada na qualidade. Ser eficaz é comprovar a relação adequada entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.



Os 7 Pilares da Qualidade

A eficácia consiste na habilidade da ciência e da arte da assistência em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar e representa o alicerce para a construção de uma organização focada na qualidade. Ser eficaz é comprovar a relação adequada entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.



Os 7 Pilares da Qualidade

A eficácia consiste na habilidade da ciência e da arte da assistência em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar e representa o alicerce para a construção de uma organização focada na qualidade. Ser eficaz é comprovar a relação adequada entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.



Princípios da Segurança do Paciente

- Qualidade e Segurança como valor central da Instituição
- Liderança que encoraje o relato de problemas
- Ações para reduzir frequências e consequências
- Foco no sistema/processos
- Transparência
- Colaboração e integração entre equipes
- Comunicação efetiva
- Aprendizado com o erro
- Busca pela melhoria contínua

Mas afinal, o que são eventos adversos?

Os danos desnecessários são conhecidos como **EVENTOS ADVERSOS**, os quais são danos não intencionais causados pela prestação de cuidados de saúde, não relacionados à evolução natural da doença de base ou lesão subjacente, resultando em lesões mensuráveis, prolongamento do tempo de internação ou incapacidade.

O incidente também pode atingir o paciente, mas não resultar em danos com comprometimento de estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito prejudicial decorrente disso, recebendo a classificação de **INCIDENTE SEM DANO**. A importância da identificação do conceito reside na indicação da possibilidade de falhas, refletindo a dicotomia entre o cuidado real e o cuidado ideal.



Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

- + Circunstância
- + Perigo
- + Erros
- + Violação
- + Incidente

(icone para janela/pop-up)

- + Dano
- + Risco
- + Detecção
- + Fatores contribuintes
- + Fator atenuante

FONTE:

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

Situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa.

- + Circunstância
- + Perigo
- + Erros
- + Violação
- + Incidente

- + Dano
- + Risco
- + Detecção
- + Fatores contribuintes
- + Fator atenuante

FONTE:

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

Circunstância, agente ou ação que pode causar dano.

- + Perigo
- + Erros
- + Violação
- + Incidente

- + Dano
- + Risco
- + Detecção
- + Fatores contribuintes
- + Fator atenuante

FONTE:

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

Ita na execução de uma ação corretamente planejada ou aplicação de um plano correto.

- + Erros
- + Violação
- + Incidente

- + Dano
- + Risco
- + Detecção
- + Fatores contribuintes
- + Fator atenuante

FONTE:

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

- + Erros
- + Violação
- + Incidente
- + Dano
- + Risco
- + Detecção
- + Fatores contribuintes
- + Fator atenuante

vio deliberado de um procedimento, rão ou regra vigente.

FONTE

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

- + Circunstância
- + Incidente
- + Dano
- + Risco
- + Detecção
- + Fatores contribuintes
- + Fator atenuante

nto ou circunstância que poderia ter iltado, ou resultou, em dano necessário ao paciente.

FONTE

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

- + Circunstância
- + Perigo
- + Erros
- + Violação
- + Incidente
- + Dano
- + Risco
- + Detecção
- + Fatores contribuintes
- + Fator atenuante

Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito prejudicial decorrente disso. Inclui doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte.

FONTE

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

- + Circunstância
- + Perigo
- + Erros
- + Violação
- + Incidente
- + Risco
- + Detecção
- + Fatores contribuintes
- + Fator atenuante

Probabilidade de um incidente ocorrer.

FONTE

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

- + Circunstância
 - + Perigo
 - + Erros
 - + Violação
 - + Incidente
- Ação ou circunstância que resulta na descoberta de um incidente
- + Detecção
 - + Fatores contribuintes
 - + Fator atenuante

FONTE:

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

- + Circunstância
 - + Perigo
 - + Erros
 - + Violação
 - + Incidente
- Circunstâncias, ações ou influências que se acredita terem contribuído para origem ou desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.
- + Fatores contribuintes
 - + Fator atenuante

FONTE:

Aqui estão alguns os conceitos-chave para compreensão da segurança do paciente:

- + Circunstância
 - + Perigo
 - + Erros
 - + Violação
 - + Incidente
- Ação ou circunstância que previne ou modera o risco de um incidente causar lesão ao paciente
- + Dano
 - + Fator atenuante

FONTE:



Atualmente, há conscientização e provas abundantes de que os cuidados em saúde podem causar danos e de que não ocorrem por intenção dos profissionais, e sim pela complexidade dos sistemas de saúde, indo além das competências de cada profissional da saúde. Contudo, o profissional de saúde deve compreender as categorias de possíveis circunstâncias que poderiam resultar em danos ao paciente.

Ícone para janela pop-up


+ LEIA MAIS



Atualmente, há conscientização e provas abundantes de que os cuidados em saúde podem causar danos e de que não ocorrem por intenção dos profissionais, e sim pela complexidade dos sistemas de saúde, incluindo cada profissional de saúde e as várias categorias de profissionais que poderiam cometer erros.

Já parou para pensar quais são os erros mais comuns relacionados à assistência em saúde? Em 25 de maio de 2017, o INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP) divulgou uma matéria com a lista dos cinco erros mais comuns e suas potenciais consequências.

[+ LEIA MAIS](#)



A OMS, em 2004, demonstrando preocupação com a situação, criou a World Alliance for Patient Safety. Os objetivos desse programa, (que passou a chamar-se Patient Safety Program) eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos.

[Ícone para acesso a link externo](#)

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.

[+ Link](#)

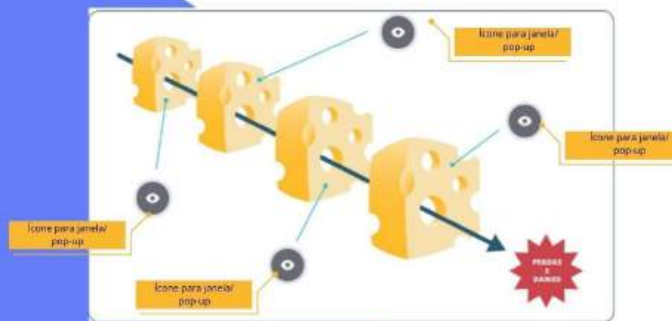
[Ícone para acesso a link externo](#)

Modelo do queijo suíço

James Reason parte do pressuposto de que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas. **Errot é humano**, mas há **mecanismos para evitar o erro** e mitigar os eventos adversos.

A figura a seguir mostra o modelo do queijo suíço que mostra uma abordagem sistêmica para gerenciar o erro ou a falha. O modelo mostra que quando não há camadas de queijo (barreiras), os buracos se comunicam. O vetor, mostrado na figura, representa que o risco não encontrou barreira e atingiu o paciente. As barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser: profissionais atualizados; uso de protocolos clínicos; uso de check list cirúrgico; protocolos de higiene das mãos; dose unitária de medicamentos etc.

Modelo do queijo suíço



Modelo do queijo suíço





Atividade 1

Ícone para acesso a link externo



"O principal dever de um hospital é não prejudicar o paciente."

Florence Nightingale

Até o próximo módulo

Ícone para acessar a página inicial

Ícone de acesso ao próximo módulo

MÓDULO 2

Identificação do paciente

Meta 1

Start

Ícone para iniciar o módulo

Objetivo geral

Garantir corretamente os pacientes com as intervenções planejadas para eles.

Objetivos específicos

Padronizar o processo de identificação;

Reconhecer os principais sistemas de identificação;

Melhorar as informações sobre identificação nos serviços de saúde.

Idosa que teve medicação trocada por paciente com mesmo nome consegue vaga em hospital de MS: 'Aliviada'

Foto de arquivo do [g1](#) sobre o caso de identificação incorreta em um hospital. Sobre a mãe de Evandro, Sílvia, que não quis se identificar por não querer.

clique para acesso a link externo

A D. Eva deu entrada na UPA numa manhã de sexta, com pedra na vesícula e anemia. Na ocasião, ainda conforme a filha, uma médica a avaliou e informou que "seria necessário fazer a transfusão de sangue, só que ali não era possível e seria necessário aguardar vaga em qualquer hospital da rede".

Sem a vaga, ela continuou na UPA. No entanto, no mesmo dia em que ela entrou no hospital, outra paciente de nome Eva foi internada. "A minha mãe chegou lá 9 horas da manhã e a outra D. Eva só chegou às 21 horas, do mesmo dia. Os problemas de saúde eram bem diferentes. E fiquei sabendo disto quando a assistente social foi lá e me questionou porque ainda estávamos no local", explicou na ocasião.

A identificação incorreta do paciente é cada vez mais reconhecida como um **problema mundial** significativo que constitui um dos mais graves riscos para a segurança do paciente, impactando na qualidade do cuidado oferecido em instituições de atendimento à saúde.

A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ESTÁ PREVISTA NA LEI Nº 10.274, DE 17 DE MARÇO DE 1999, QUE DISPÕE SOBRE OS DIREITOS DOS PACIENTES E PREVE QUE O PACIENTE TEM DIREITO DE SER IDENTIFICADO E TRATADO PELO SEU NOME E SOBRENOME.



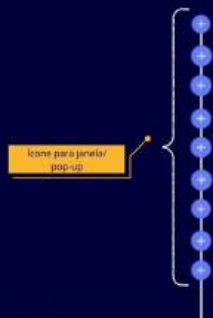
Preocupação com a identificação correta do paciente

A partir de relatos na literatura sobre o impacto da incorreta identificação do paciente na qualidade da assistência e na segurança do paciente, a Joint Commission, nos Estados Unidos da América (EUA), publicou em 2003 o **Desafio Nacional para Segurança do Paciente**, que abordava a importância da correta identificação do paciente.

Preocupação com a **identificação correta** do paciente

Em parceria com a Organização Mundial da Saúde, membros desta comissão publicaram em 2007 as Soluções para Segurança do Paciente, sendo a identificação do paciente a **segunda solução proposta**.

Principais pontos críticos do processo de identificação



Desaja fazer um conteúdo genial como este? [CADASTRE-SE AGORA](#)

Principais pontos críticos do processo de identificação

Pacientes com identificadores similares, como nomes, datas de nascimento, nomes das mães.



Principais pontos críticos do processo de identificação

Pacientes com identificadores similares, como nomes, datas de nascimento, nomes das mães.

Nascimento de gemelares ou adultos gêmeos hospitalizados no mesmo período.



Principais pontos críticos do processo de identificação

Pacientes com identificadores similares, como nomes, datas de nascimento, nomes das mães.

Uso de apenas um identificador.

Nascimento de gemelares ou adultos gêmeos hospitalizados no mesmo período.



Principais pontos críticos do processo de identificação

Pacientes com identificadores similares, como nomes, datas de nascimento, nomes das mães.

Uso de apenas um identificador.

Nascimento de gemelares ou adultos gêmeos hospitalizados no mesmo período.

Transcrição incorreta de nomes ou números de identificação.



Principais pontos críticos do processo de identificação

Pacientes com identificadores similares, como nomes, datas de nascimento, nomes das mães.

Uso de apenas um identificador.

Identificação incorreta, incompleta, rasurada, ilegível ou apagada nas pulseiras de identificação.

Nascimento de gemelares ou adultos gêmeos hospitalizados no mesmo período.

Transcrição incorreta de nomes ou números de identificação.



Principais pontos críticos do processo de identificação

Pacientes com identificadores similares, como nomes, datas de nascimento, nomes das mães.

Uso de apenas um identificador.

Identificação incorreta, incompleta, rasurada, ilegível ou apagada nas pulseiras de identificação.



Nascimento de gemelares ou adultos gêmeos hospitalizados no mesmo período.

Transcrição incorreta de nomes ou números de identificação.

Perda de pulseiras de identificação.

Principais pontos críticos do processo de identificação

Pacientes com identificadores similares, como nomes, datas de nascimento, nomes das mães.

Uso de apenas um identificador.

Identificação incorreta, incompleta, rasurada, ilegível ou apagada nas pulseiras de identificação.

Protocolos de identificação do paciente inadequados ou inexistentes.



Nascimento de gemelares ou adultos gêmeos hospitalizados no mesmo período.

Transcrição incorreta de nomes ou números de identificação.

Perda de pulseiras de identificação.

Principais pontos críticos do processo de identificação

Pacientes com identificadores similares, como nomes, datas de nascimento, nomes das mães.

Uso de apenas um identificador.

Identificação incorreta, incompleta, rasurada, ilegível ou apagada nas pulseiras de identificação.

Protocolos de identificação do paciente inadequados ou inexistentes.



Nascimento de gemelares ou adultos gêmeos hospitalizados no mesmo período.

Transcrição incorreta de nomes ou números de identificação.

Perda de pulseiras de identificação.

Ausência de padronização para o uso das pulseiras de identificação, como forma de preenchimento, tipo de pulseira, local de instalação.

Principais pontos críticos do processo de identificação

Pacientes com identificadores similares, como nomes, datas de nascimento, nomes das mães.

Uso de apenas um identificador.

Identificação incorreta, incompleta, rasurada, ilegível ou apagada nas pulseiras de identificação.

Protocolos de identificação do paciente inadequados ou inexistentes.

Não cumprimento do protocolo de verificação da identificação do paciente.



Nascimento de gemelares ou adultos gêmeos hospitalizados no mesmo período.

Transcrição incorreta de nomes ou números de identificação.

Perda de pulseiras de identificação.

Ausência de padronização para o uso das pulseiras de identificação, como forma de preenchimento, tipo de pulseira, local de instalação.

Outros fatores críticos



Pacientes inconscientes, confusos, crianças desacompanhadas.



Pacientes de outras nacionalidades que não compreendem a língua portuguesa.



Cultura organizacional deficiente, com ausência de protocolos e capacitação dos profissionais.

Ícone para janela pop-up

INFO

Além dos fatores supracitados, a **recusa** do paciente ou familiar em aceitar a identificação pode comprometer consideravelmente o processo proposto pelas instituições de saúde. Autores relatam que **a minoria dos profissionais que participam do processo de identificação** informa enfrentamento de recusa por parte dos pacientes e familiares, e os que já vivenciaram, relacionam a rejeição principalmente ao desconforto ocasionado pela pulseira.

A aceitação por parte dos pacientes e familiares do uso da identificação é favorecida quando ocorre orientação baseada em exemplos das consequências que a incorreta identificação do paciente pode implicar. Nos casos de resistência à identificação mesmo após orientação, o **profissional deve registrar no prontuário** do paciente as informações abordadas e o risco da ausência de identificação.

INFO

Diferenciação de pacientes desconhecidos, inconscientes ou com o mesmo nome

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo e data do nascimento, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.



Ícone para janela pop-up

Diferenciação

Se o paciente encontra-se impossibilitado de se comunicar devido a idade, etnia ou condições físicas e clínicas (como, por exemplo, crianças pequenas, pacientes confusos ou inconscientes ou que não falam a língua nativa do local de atendimento), torna-se extremamente relevante que algum mecanismo de identificação apropriado a essas condições seja adotado para auxiliar na sua identificação.



inconscientes

A identidade desses pacientes pode ser verificada com acompanhantes, parentes ou conhecidos, intérpretes, quando apropriado, ou pela verificação de outras formas de identificação, como, por exemplo, carteira de motorista ou outros documentos que a pessoa esteja portando.

Ícone para janela pop-up

Para pacientes inconscientes ou irresponsivos, cuja capacidade de comunicação está abolida, e para os quais momentaneamente não há como confirmar sua identidade, deve-se atribuir um "**nome temporário**" e um número de identificação. Esses identificadores podem ser utilizados para identificar o próprio paciente assim como exames, prescrições, medicamentos ou hemoderivados.

E quando houver recusa ou impossibilidade de colocação em membros...

Nos casos de recusa do paciente ou quando não seja possível a colocação de uma pulseira de identificação, alternativas para a identificação do paciente devem ser implementadas, e isso **obrigatoriamente** documentado haja vista os riscos inerentes a estas situações.

+ info

Ícone para janela pop-up

Em circunstâncias excepcionais, se não há um membro disponível, a pulseira de identificação deve ser seguramente fixada na roupa do paciente em uma área do corpo que seja **claramente visível**. A identificação deve ser **refixada** todas as vezes que houver mudança na vestimenta e deve permanecer no paciente o tempo todo. Em situações nas quais as roupas são removidas, a identificação deve ser fixada na pele do paciente com uma película transparente, de preferência junto ao ombro direito do paciente.

Outras formas de identificação do paciente podem incluir o uso de **fotografias e crachás**. Quando uma fotografia é utilizada para a identificação o prontuário do paciente deve estar disponível no local para comparação, permitindo assim que a verificação de semelhanças entre a pessoa e a fotografia seja realizada.

Em caso de pacientes com o mesmo nome...

Em situações onde houver pacientes com o mesmo nome, um **protocolo** de alerta para esta situação deve ser estabelecido. Estes protocolos devem incluir estratégias como a divulgação desta situação para toda a equipe, distribuição de etiquetas com este alerta nas gavetas de medicações, prontuários, leito e porta do quarto dos pacientes. Este mesmo alerta deve ser **fixado** na listagem de pacientes internados.

Recém-nascidos

A identificação do recém-nascido requer **cuidados adicionais**. A **pulseira de identificação deve conter minimamente a informações como:**



Nome da mãe



Conter gravação numérica ou o código de barras idênticos ao da pulseira da mãe



Estar lacrada



Número do prontuário do RN



Ser inviolável



Ser indelével



Mecanismos de identificação

Diferentes métodos podem ser utilizados para gerar os **identificadores do paciente** a serem incluídos na pulseira de identificação nos serviços de saúde. Estes identificadores podem ser impressos diretamente do computador do serviço de saúde ou até mesmo manuscritos.

Mecanismos de identificação

O primeiro identificador a ser utilizado é o nome completo do paciente.



Diferentes métodos podem ser utilizados para gerar os **identificadores do paciente** a serem incluídos na pulseira de identificação nos serviços de saúde. Estes identificadores podem ser impressos diretamente do computador do serviço de saúde até mesmo manuscritos.

Mecanismos de identificação

O segundo identificador é a data de nascimento.



Diferentes métodos podem ser utilizados para gerar os **identificadores do paciente** a serem incluídos na pulseira de identificação nos serviços de saúde. Estes identificadores podem ser impressos diretamente do computador do serviço de saúde ou até mesmo manuscritos.

De maneira geral, como forma de segurança, ao menos dois identificadores devem ser adotados, sendo eles diretamente associados àquele indivíduo em questão.



Pop up com informação

+ INFO



Contudo, identificadores relacionados à localização do paciente, como número do apartamento ou leito não devem ser utilizados, pois podem ser alterados com frequência e não são exclusivos para um único paciente.

De maneira geral, como forma de segurança, ao menos dois identificadores devem ser utilizados diretamente com o indivíduo em qualquer situação.

» INFO

A identificação de todos os pacientes, seja em regime de hospital dia, internação ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório, deve ser realizada em sua admissão no serviço através de pulseira de identificação, pelo prontuário ou etiquetas de identificação.

Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado, devendo a identificação ser removida apenas **no momento da alta**.



A confirmação da identidade do paciente nunca deve ser realizada verbalmente, como por exemplo, “O seu nome é João?”, como única forma de identificação, mas sim com a participação ativa do paciente ou familiar, a partir da informação do nome e data de nascimento.



Outras formas de identificar o paciente devem ser consideradas como a **implementação de tecnologias de identificação**, com sistemas informatizados, com o uso de códigos de barras, avaliações biométricas ou por radiofrequência, que podem ser utilizadas para a confirmação das informações na ausência de outro profissional ou familiar, ou ainda quando o paciente é incapaz de participar da conferência de sua identificação.




OBJETIVO

Propagar mensagens aos profissionais, paciente, familiar, de maneira clara e coesa, impactando na segurança do paciente, e na redução de omissões de informações ou eventos adversos provocados por erros.

A comunicação é o processo em que informações, pensamentos e sentimentos são expressos através da linguagem verbal e não verbal.

Trata-se da derivação feminina do verbo comunicar, ou seja, pôr em comum, participar, fazer saber, pegar, transmitir, representar troca de informação e compreensão entre as pessoas para transmitir fatos, pensamentos e valores. A comunicação desenvolve-se de maneira verbal escrita, verbal, falada ou não verbal.


Comunicação...



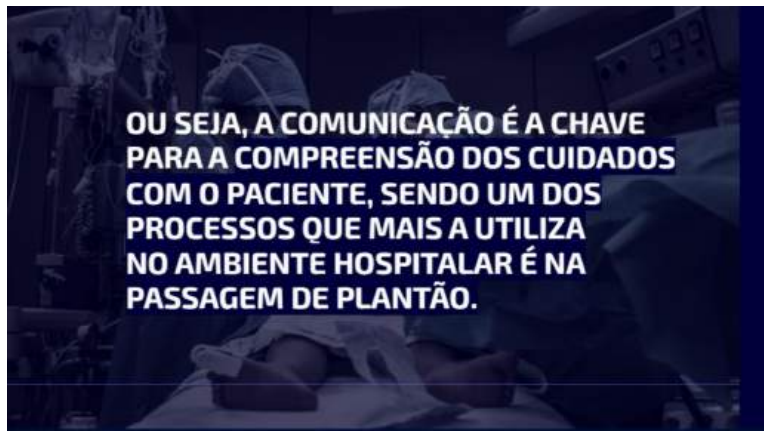
É uma palavra derivada do latim "communicare", que significa tornar comum, compartilhar, participar de algo.




Ferramenta de integração, instrução, de troca mútua e desenvolvimento.



É um processo que consiste na transmissão de informações entre um emissor e um receptor que descodifica (interpreta) determinada mensagem.






Os erros mais comuns relacionados a comunicação



consistem na informação de resultados de exames críticos, como o recebimento de resultados de exames urgentes por telefone, divergências de informações, comunicação não pelo receptor da mensagem, não compreensão da escrita nas evoluções, entre outros.

Uma comunicação efetiva precisa oferecer informações completas, sem ambiguidade e que sejam plenamente compreendidas pelo receptor, reduzindo assim a ocorrência de erros/falhas, promovendo assim melhoria na segurança do paciente. A comunicação pode ser eletrônica, verbal, escrita ou não verbal.

Dentre as falhas mais comuns nesse processo destacam-se a quantidade excessiva ou reduzida de informações; pouco tempo para questionamentos e dúvidas, informações inconsistentes; omissão ou repasse de informações de maneira errônea; não utilização de processos padronizados; registros ilegíveis; uso de siglas não oficializadas na instituição; falta de trabalho em equipe; interrupções e distrações; e perdas de documentos importantes para a continuidade do cuidado do paciente.

BAIXE O ARQUIVO EM PDF E ACOMPANHE A HISTÓRIA EM QUADRINHOS ABAIXO



icone para download

Qual foi a maior falha na comunicação no caso em questão?

Falha na comunicação sobre a mudança no atendimento ao paciente

Falha na comunicação beira-leito ao paciente.

Falha na identificação do paciente

Enviar

icone para enviar a resposta

Fatores que influenciam na comunicação na assistência em saúde



O Programa Nacional de Segurança do Paciente

estabelece alguns objetivos como...

Envolvimento do paciente e seus familiares

Ampliação de acesso da sociedade às informações

Difundir conhecimentos sobre Segurança do Paciente

Fomentar a inclusão deste tema em cursos técnicos, de graduação e de pós graduação

Promover e apoiar iniciativas que visem à Segurança do Paciente

Comunicação verbal e não verbal

Estudiosos em Comunicação afirmam, citando as experiências do psicólogo Albert Mehrabian que **7% das intenções do pensamento são transmitidas por meio de palavras; 38% são os sinais paralinguísticos**, como a entonação de voz e a velocidade em que as palavras são ditas e **55% são transmitidos pela linguagem corporal**, como a expressão facial, gestos, a postura, o contato ocular e os demais elementos paraverbais. Assim, conclui-se que os sinais não verbais podem estar comunicando muito mais do que o verbal, por meio das palavras (Silva, 2002).

Anotações e registros

Tais registros correspondem a **50% das informações inerentes** ao cuidado do paciente, sendo o prontuário **documento legal** do paciente e **defesa dos profissionais** (COFEN, 2016).

É a forma de **comunicação escrita** para se registrar as informações sobre a assistência prestada e, assim, compartilhá-las com os membros da equipe de saúde (Barros et al., 2015).

Passagem de plantão/caso clínico

Processo importante e abrangente para a **continuidade da assistência** e se refere à **informação específica** de pacientes que foram assistidos por um profissional ou equipe e seguirá com a assistência por outro profissional ou equipe de saúde ou ainda de profissionais de saúde para pacientes e familiares quando esses vão para casa (WHO, 2007).

Falhas na comunicação podem levar a atrasos no tratamento e diagnósticos, omissão de cuidados e Eventos Adversos (EAs) (Smeulers, 2014).

Para finalizar...

- A comunicação efetiva é bidirecional. Para que ela ocorra com segurança, é necessário que haja resposta e validação das informações emitidas.
- O paciente e o acompanhante têm papel fundamental no processo do cuidado, e as informações recebidas destes devem ser valorizadas e registradas.
- Deve ser garantido o direito do paciente, ou pessoa legalmente estabelecida, de conhecer as informações que constam em seu prontuário.
- A alta hospitalar é uma etapa do cuidado em que a comunicação efetiva com o paciente e acompanhante é fundamental.

SEGURANÇA MEDICAMENTOSA

Meta 3

Os medicamentos contribuem de forma significativa para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que deles fazem uso, sendo a tecnologia sanitária mais utilizada no cuidado à saúde. Entretanto, seu uso não é isento de riscos.

Isso os torna uma fonte comum de incidentes nos tratamentos sanitários, que incluem qualquer irregularidade no processo de uso do medicamento, como uma reação adversa, um potencial evento adverso, erros de medicação.

Eles podem ocorrer em qualquer ponto do processo de uso de medicamentos, como a prescrição, transcrição, dispensação, administração.

Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que sentimentos como insegurança, medo, ansiedade, impotência e até raiva acometem profissionais de enfermagem após a ocorrência de um erro de medicação e, por vezes, relatam ficar transtornados, culpados e apavorados por terem cometido um erro.

Kazaoka et al., 2007; Santos et al., 2007.

Erros de medicação são diferentes de reações adversas

A reação adversa é conceituada como "qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas para profilaxia, diagnóstico ou terapia de doenças ou para a modificação de funções fisiológicas humanas".

Dessa forma, as reações adversas a medicamentos ocorrem nas doses usualmente utilizadas, ou seja, não ocorrem por equívocos ou erros de dose.

Fatores de risco contribuintes

Paciente

Certos pacientes são particularmente vulneráveis a erros de medicamentos. Incluem-se nesses casos pacientes:

- com condições específicas, por exemplo, grávidas, disfunções renais, etc.;
- com uso de muitos medicamentos, particularmente se foram prescritos por mais de um profissional de saúde;
- com vários problemas de saúde;
- com problemas de memória, por exemplo, Alzheimer;
- incapazes de se comunicar bem, incluindo pacientes inconscientes, bebês e crianças jovens; e ainda aqueles que não falam a mesma língua dos profissionais;
- crianças e bebês. Especialmente os neonatos são mais expostos a erros de medicação, devido a necessidade de cálculo das doses de drogas requeridas em seus tratamentos.

Fatores de risco contribuintes

Profissional

- Inexperiência profissional;
- Pressa, como em situações de emergência;
- Realização de multitarefas;
- Interrupções;
- Fadiga;
- Tédio;
- Ausência de supervisão;
- Falta de hábito de realização de dupla checagem ou checagem por diferentes pessoas, de acordo com as recomendações do serviço;
- Trabalho em equipe ineficaz;
- Falha de comunicação entre os profissionais;
- Relutância em usar memória auxiliar como bulas, protocolos, livros, artigos, ou outras fontes de informação.

Fatores de risco contribuintes

Ambiente de trabalho

- Ausência da cultura de segurança, que pode ser evidenciada pela falta de um sistema de notificações, além de falhas no aprendizado com erros do passado;
- Dificuldade ao acesso de informações para os profissionais de saúde;
- Dificuldade ou impossibilidade de acesso ao diagnóstico médico dos pacientes pela equipe de farmácia;
- Funcionários trabalhando em locais inapropriados.

Fatores de risco contribuintes

Medicamento

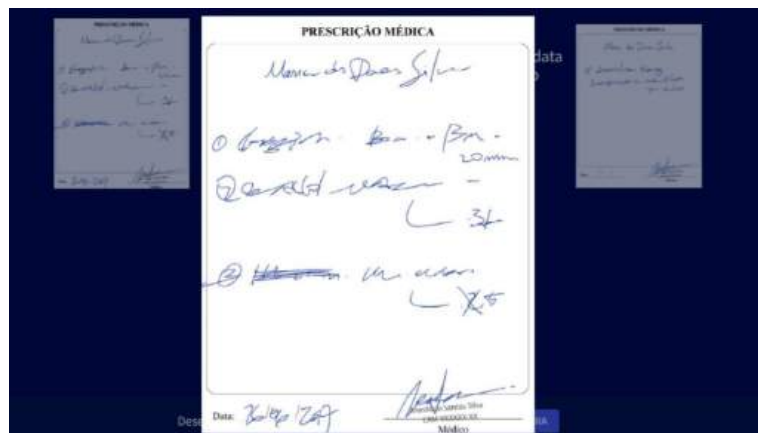
- Alguns medicamentos podem ser facilmente confundidos, devido a sua ambiguidade quanto ao nome, rótulo, embalagem, cor e forma;
- Letras muito pequenas nas etiquetas ou rótulos dificultam a leitura.

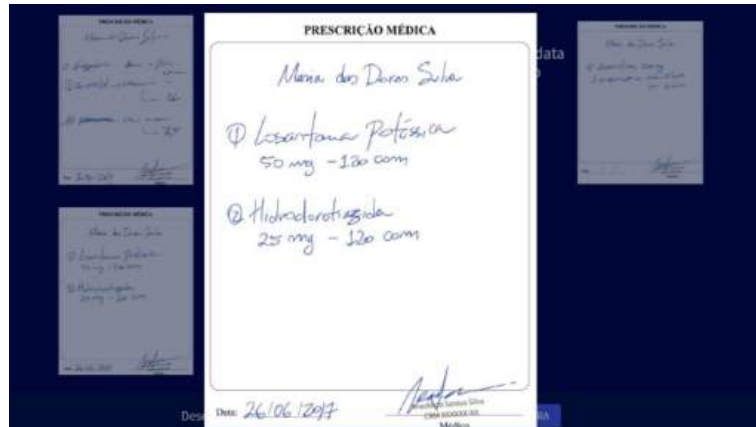
Fatores de risco contribuintes

Outros fatores técnicos

- A identificação incorreta de acessos intravenosos, intratecal e nasoenteral é fator de risco para a administração de uma droga pela via errada;
- Falhas de comunicação;
- Ausência ou pouco engajamento no trabalho em equipe;
- Ausência ou pouco envolvimento do paciente-família.







Classificação dos erros envolvendo a terapia medicamentosa

Seleção incorreta do medicamento (baseada na indicação, contra-indicação, alergias conhecidas, existência de certas terapias medicamentosas, interações medicamentosas e outros fatores); dose, velocidade de infusão e instruções feitas pelo médico; prescrição ilegível que possa induzir ao erro.







Classificação dos erros envolvendo a terapia medicamentosa



Classificação dos erros envolvendo a terapia medicamentosa



O processo de administração de medicamento é composto por várias etapas que compreendem desde a leitura da prescrição, o aprazamento, o preparo, a escolha e a manutenção da via até a administração e o monitoramento das respostas do paciente.



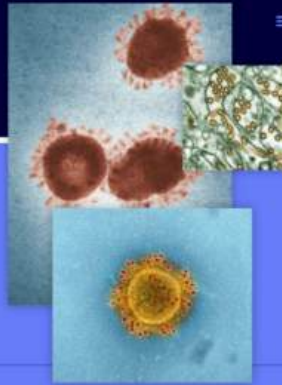
A administração segura de medicamento consiste em um conjunto de barreiras adotadas por uma instituição de saúde e executadas pelo profissional de enfermagem que visam à interceptação de erros. Por ser a última barreira para evitar a ocorrência de um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, requer do profissional a incorporação efetiva de um novo olhar sobre o processo de administração de medicamento.

9 certos da medicação



Gestão de risco

O Ministério da Saúde (Brasil, 2013) define gestão de riscos como sendo a "aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional".



A gestão de riscos está diretamente ligada a programas de segurança do paciente que, por sua vez, estão incluídos nos programas de certificação de qualidade ou acreditação hospitalar.

Ambos os conceitos, gestão de risco e segurança do paciente, e bem como suas práticas são indissociáveis, o que torna imprescindível que o farmacêutico os conheça e saiba aplicá-los na sua rotina técnico-assistencial.

O ideal é que os riscos sejam identificados antes que causem dano ao paciente, a tempo de implementar melhorias que evitem o resultado negativo na assistência.

Estratégias e barreiras relacionadas à segurança no preparo, administração e monitoramento de medicamentos

- 1 A Prescrição Médica (PM) deve ser legível.
- 2 A PM deve conter data e identificação do prescritor com carimbo e assinatura.
- 3 As normas seguras para identificação do paciente devem ser conhecidas e aplicadas por todos os profissionais.
- 4 As siglas e abreviaturas adotadas na PM devem ser divulgadas na instituição.

Ícones para acesso a [janeiro-2019-up](#)

Estratégias e barreiras relacionadas à segurança no preparo, administração e monitoramento de medicamentos

- 1 A Prescrição Médica (PM) deve ser legível.
- 2 A PM deve conter data e identificação do prescritor com
 Preferencialmente emitida a partir de sistema informatizado que possua alerta para inadequações ou discordâncias da prescrição ou, no mínimo, digitada, mas não mais manuscrita.
- 3
- 4 As siglas e abreviaturas adotadas na PM devem ser divulgadas na instituição.

Estratégias e barreiras relacionadas à segurança no preparo, administração e monitoramento de medicamentos

- 1 Também deve conter as informações necessárias dos medicamentos, tais como, nome, dosagem, via, horário, frequência e velocidade de infusão.
- 2 carimbo e assinatura.
- 3 As normas seguras para identificação do paciente devem ser conhecidas e aplicadas por todos os profissionais.
- 4 As siglas e abreviaturas adotadas na PM devem ser divulgadas na instituição.

Estratégias e barreiras relacionadas à segurança no preparo, administração e monitoramento de medicamentos

A PM deve conter identificação completa e legível do paciente, com no mínimo dois identificadores, como nome completo e data de nascimento. Pode ser acrescida com o número do prontuário ou registro do atendimento, conforme norma institucional.

A pulseira de identificação do paciente deve ser disponibilizada e padronizada. Deve conter, no mínimo, dois identificadores do paciente, como nome completo e data de nascimento. Pode ser acrescida com o número do prontuário ou registro do atendimento, conforme norma institucional.

Estratégias e barreiras relacionadas à segurança no preparo, administração e monitoramento de medicamentos

- 1 A Prescrição Médica (PM) deve ser legível.
- 2 A DM deve conter data e identificação do prescritor com
 Ter sistema de orientação do serviço da farmácia que possa privilegiar informações de prevenção e segurança quanto à compatibilidade e a estabilidade entre os medicamentos prescritos e entre os medicamentos e materiais.
- 3
- 4 As siglas e abreviaturas adotadas na PM devem ser divulgadas na instituição.

Estratégias e barreiras relacionadas à segurança no preparo, administração e monitoramento de medicamentos

- Ter e divulgar a política institucional para uso seguro de novos medicamentos.
- Usar sistema de controle da farmácia quanto à rastreabilidade e validade do medicamento.
- Nem todo medicamento pode ser triturado.
- Promover a cultura da segurança quanto à "Redução de interrupções".

Ítem para acesso a janela pop-up

Estratégias e barreiras relacionadas à segurança no preparo, administração e monitoramento de medicamentos

Adotar alertas como etiquetas para MPP, ou para aqueles que possuem sons, grafias e embalagens semelhantes, conhecidos como "Medicamentos LASA", isto é, medicamentos com "Look-Alike (embalagem / grafia semelhantes) e Sound-Alike" (som semelhante).

Estratégias e barreiras relacionadas à segurança no preparo, administração e monitoramento de medicamentos

- Ter e divulgar a política institucional para uso seguro de novos medicamentos.
- Usar sistema de controle da farmácia quanto à rastreabilidade e validade do medicamento.

Ter sistema de orientação do serviço da farmácia que possa privilegiar informações de prevenção e segurança quanto à compatibilidade e a estabilidade entre os medicamentos prescritos e entre os medicamentos e materiais.

Estratégias e barreiras relacionadas à segurança no preparo, administração e monitoramento de medicamentos

Adotar o uso de etiquetas de alertas para os medicamentos que não devem ser triturados. Há formas farmacêuticas orais que não foram desenvolvidas para serem administradas por sondas enterais ou ostomas.

É desejável possuir alerta desde a dispensação da farmácia e disponibilizar a lista destes medicamentos nos serviços.

Disponibilizar local específico de leitura e preparo de medicamento mantido em boas condições de higiene, limpeza, iluminação, ventilação, baixo nível de ruído, sem fonte de distração e interrupção, como televisão ou rádio, além de mobiliário e estrutura que facilitem essas ações e a postura corporal.

Estabelecer área especial de "não interrupção da leitura e preparo dos medicamentos". Ex: considerar áreas do silêncio, nas quais a interrupção não é permitida. Para evidenciar esta área recomenda-se marcar o piso com materiais de delimitação em cores fortes. É necessário colocar cartazes e fazer a divulgação que esclareça o significado do espaço delimitado.



Utilizar processos de comunicação interna favoráveis à segurança do paciente e uso seguro dos medicamentos.

- Promover a educação permanente sobre o uso seguro de medicamentos, de forma periódica ou conforme necessidade.
- Implementar sistema de notificação de incidentes.

Ícones de acesso a janela pop-up

Utilizar processos de comunicação interna favoráveis à segurança do

Ex.: divulgação de alertas como cartazes, quadros de avisos, campanhas educacionais, e-mails por intranet e outros, sobre uso seguro de medicamentos.

Estruturar a continuidade das informações sobre os pacientes entre as equipes multidisciplinares. Ex.: passagem de plantão e visita multidisciplinar com roteiro, documentada e disponibilizada, preferencialmente computadorizada.

Usar comunicação organizacional facilitadora do aprendizado, que estimule o reconhecimento da dependência mútua e a reciprocidade das demandas de dúvidas. Ex.: expor as dúvidas livre de críticas, falar em linguagem acessível ao receptor da mensagem.

Utilizar processos de comunicação interna favoráveis à segurança do

Realizar programa de capacitação antecipada à execução de atividades na função. O programa deve incluir rol de medicamentos comuns no setor e suas implicações farmacológicas, como diluições, limites de volumes, concentrações, cálculos matemáticos para atender doses prescritas, entre outros cuidados para o uso seguro dos medicamentos.

Realizar capacitação para todos os profissionais da Enfermagem e, sempre que houver introdução de nova tecnologia, produto ou medicamento novo no serviço.

Utilizar processos de comunicação interna favoráveis à segurança do



Implementar sistema de notificação de incidentes, que envolva o uso de medicamentos para a elaboração de bancos de dados e de indicadores de desempenho no preparo e administração de medicamentos.

As notificações dos incidentes coletadas devem ser analisadas com destaque aos casos relacionados aos medicamentos mais frequentemente envolvidos e que causaram dano ao paciente, principalmente os relativos aos MPP, estabelecendo metas para redução e meios para alcançá-las.

As três primeiras metas internacionais de segurança do paciente estabelecidas visam abordar áreas-chave que são fundamentais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Ao alcançar essas metas, os sistemas de saúde podem reduzir significativamente o risco de danos aos pacientes e melhorar os resultados clínicos.

A primeira meta, identificação correta do paciente, destaca a importância de implementar processos eficazes para garantir que os pacientes sejam corretamente identificados em todos os pontos de cuidado, minimizando erros associados à identificação incorreta.

A segunda meta, melhoria na comunicação efetiva, enfatiza a necessidade de promover uma comunicação clara e precisa entre os profissionais de saúde, pacientes e famílias para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados. Isso inclui a utilização de técnicas de comunicação padronizadas e a transferência adequada de informações clínicas durante as transições de cuidados.

A terceira meta, melhoria na segurança dos medicamentos de alta vigilância, concentra-se na redução de erros relacionados à medicação, especialmente em relação aos medicamentos de alto risco. Isso envolve a implementação de práticas seguras de prescrição, dispensação, administração e monitoramento de medicamentos para minimizar os riscos de eventos adversos.

Em resumo, ao atingir essas metas, os sistemas de saúde podem fortalecer sua capacidade de fornecer cuidados seguros e eficazes, promovendo uma cultura de segurança centrada no paciente e priorizando a prevenção de danos e a promoção da qualidade do cuidado.

Referências bibliográficas

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiotruz. Protocolo de identificação do paciente. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotais/segurancadopaciente/documentos/ulho/Protocolo%20-%20Segura%C3%A7a%20na%20Prescri%C3%A7%C3%A3o%20de%20%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos.pdf>.

Brasil. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf.

The Joint Commission. National Patient Safety Goals Effective. Disponível em: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAH_NPSG_Chapter_2014.pdf.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Program 2008-2009. Citado 2014 Mar 12. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety>.

Até o módulo 3!



Ícone de acesso à página inicial

Módulo 3

Cirurgia segura

Meta 4

Start

Ícone de acesso ao curso



Esta meta...



é uma iniciativa crucial para garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos em todo o mundo.

Ícone de acesso a general hospital

genially Education

Esta meta...



Esta meta foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parte de uma série de medidas destinadas a melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde em nível global.

ara garantir a segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

genially Education

“
3 a 16% das cirurgias apresentam complicações.
Brasil, 2017.

“
Em países em desenvolvimento, 5 a 10% dos pacientes evoluem para óbito por complicação cirúrgica.
Brasil, 2017.

Página seguinte

genially Education



A **cirurgia** é uma das áreas da medicina com maior potencial de risco para os pacientes, envolvendo uma série de complexidades e variáveis que podem impactar diretamente nos resultados do procedimento.



Desde complicações durante a operação até erros na administração de medicamentos pós-operatórios, os pacientes **estão sujeitos** a uma série de ameaças à sua segurança ao longo do processo cirúrgico.

“

O conceito de cirurgia é definido como “qualquer procedimento realizado na sala de operações envolvendo incisão, excisão, manipulação ou sutura de tecido, que geralmente requer anestesia regional, geral ou sedação profunda para controle da dor.

OMS, 2009.

Entre os principais objetivos do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" estão:

- Melhorar a comunicação e a coordenação da equipe cirúrgica
- Fortalecer a segurança do paciente
- Padronizar práticas de segurança em cirurgias
- Reduzir complicações e mortalidade cirúrgica

Ícones de acesso a Janelas pop-up

Entre os principais objetivos do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" estão:

Padronizar práticas de segurança em cirurgias

Melhorar a comunicação

Fortalecer a segurança do paciente

O programa busca estabelecer protocolos e diretrizes claras para garantir a segurança em todas as etapas do processo cirúrgico, desde a admissão do paciente até o período pós-operatório.

reduzir a mortalidade

Entre os principais objetivos do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" estão:

Incentivar uma comunicação eficaz entre os membros da equipe cirúrgica, incluindo cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e demais profissionais de saúde, para garantir uma atuação coordenada e colaborativa durante o procedimento.

Melhorar a comunicação e a coordenação da equipe cirúrgica

Fortalecer a segurança do paciente

Reduzir complicações e mortalidade cirúrgica

segurança em

Entre os principais objetivos do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" estão:

Implementar medidas preventivas para reduzir o risco de complicações durante a cirurgia, como infecções hospitalares, hemorragias e erros na administração de medicamentos, com o objetivo de diminuir a morbidade e mortalidade relacionadas à cirurgia.

Melhorar a comunicação

Fortalecer a segurança do paciente

Reduzir complicações e mortalidade cirúrgica

segurança em

Entre os principais objetivos do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" estão:

Promover uma cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, incentivando a identificação proativa de riscos, a notificação de eventos adversos e a implementação de medidas corretivas para prevenir futuras ocorrências.

Melhorar a comunicação

Fortalecer a segurança do paciente

segurança em

mortalidade

Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica
de acordo com as diretrizes do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluem:

- 01 Realizar verificação pré-operatória
- 02 Marcar o local da incisão
- 03 Confirmar o procedimento a ser realizado
- 04 Utilizar lista de verificação cirúrgica
- 05 Proteger contra infecções

Ícones de acesso a janela/pop-up

genially Educator

Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica
de acordo com as diretrizes do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluem:

- 01 Realizar verificação pré-operatória

Antes de iniciar qualquer procedimento cirúrgico, a equipe deve realizar uma verificação completa do paciente, da equipe e dos equipamentos, garantindo que todos os aspectos necessários para a cirurgia estejam prontos e em conformidade.

03 Confirmar o procedimento a ser realizado

04 Utilizar lista de verificação cirúrgica

genially Educator

Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica
de acordo com as diretrizes do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluem:

É essencial marcar o local exato da incisão no corpo do paciente antes da cirurgia, garantindo que o procedimento seja realizado na área correta e evitando erros ou confusões.

- 02 Marcar o local da incisão
- 03 Confirmar o procedimento a ser realizado
- 04 Utilizar lista de verificação cirúrgica
- 05 Proteger contra infecções

genially Educator

Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica

A equipe cirúrgica deve confirmar o procedimento a ser realizado, verificando o consentimento informado do paciente, os registros médicos e quaisquer outras informações relevantes para garantir que todos estejam alinhados quanto ao que será realizado.

genially Educator

Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica
de acordo com as diretrizes do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluem:

Implementar uma lista de verificação cirúrgica padronizada, como a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, que orienta a equipe a seguir uma sequência de etapas cruciais antes, durante e após a cirurgia.

04 Utilizar lista de verificação cirúrgica

05 Proteger contra infecções

genially Educativos

Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica
de acordo com as diretrizes do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluem:

01 Adotar medidas rigorosas de prevenção de infecções, incluindo a higienização das mãos, a preparação adequada da pele do paciente, o uso de técnicas assépticas durante o procedimento e a administração apropriada de antibióticos.

05 Proteger contra infecções

genially Educativos

06 Otimizar o uso de anestesia

07 Monitorar e registrar o paciente

08 Comunicar de forma eficaz

09 Preparar para emergências

10 Fornecer cuidados pós-operatórios adequados

genially Educativos

06 Otimizar o uso de anestesia

07 Monitorar e registrar o paciente

Garantir uma administração segura da anestesia, monitorando continuamente os sinais vitais do paciente, prevenindo complicações relacionadas à anestesia e proporcionando uma recuperação tranquila no pós-operatório.

genially Educativos

Monitorar de perto o paciente durante todo o procedimento cirúrgico, registrando com precisão os sinais vitais, o consumo de fluidos, os medicamentos administrados e quaisquer eventos adversos que ocorram.

- 07 Monitorar e registrar o paciente
- 08 Comunicar de forma eficaz
- 09 Preparar para emergências
- 10 Fornecer cuidados pós-operatórios adequados

genially

Promover uma comunicação aberta e eficaz entre todos os membros da equipe cirúrgica, garantindo que informações críticas sejam compartilhadas prontamente e que quaisquer preocupações ou problemas sejam abordados imediatamente.

genially

Está preparado para lidar com emergências ou complicações inesperadas durante a cirurgia, tendo acesso a equipamentos de ressuscitação, medicamentos de emergência e planos de ação claros para diferentes cenários.

- 09 Preparar para emergências
- 10 Fornecer cuidados pós-operatórios adequados

genially

Verificação Pré-Anestesia:

Aqui está um exemplo simplificado de uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica:

Revisar alergias, medicamentos em uso e outras condições médicas relevantes.

- Identificação do Paciente
- História Clínica
- Consentimento Informado

Verificação Pré-Anestesia:

Aqui está um exemplo simplificado de uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica:

Verificar se o paciente deu consentimento informado para o procedimento.

- Identificação do Paciente
- Procedimento Cirúrgico
- Consentimento Informado

Verificação Pré-Incisão:

Ícones de acesso à janela pop-up

- Equipe Cirúrgica
- Antissepsia
- Instrumentos e Equipamentos
- Sinais Vitais

Verificação Pré-Incisão:

Ícones de acesso à janela pop-up

- Equipe Cirúrgica
- Antissepsia
- Instrumentos e Equipamentos
- Sinais Vitais

Ver Confirmar a presença e a identidade de todos os membros da equipe cirúrgica.

Antes de toda cirurgia

COMUNICAÇÃO

- 1) Confirmar que todos os membros da equipe cirúrgica estejam presentes e identificados.
- 2) Identificar, nomear e contar a equipe cirúrgica.
- 3) Identificar o paciente e o local da cirurgia.
- 4) Identificar o procedimento a ser realizado.
- 5) Identificar o local da cirurgia.
- 6) Identificar o local da cirurgia.
- 7) Identificar o local da cirurgia.
- 8) Identificar o local da cirurgia.
- 9) Identificar o local da cirurgia.
- 10) Identificar o local da cirurgia.

Equipe Cirúrgica

Antissepsia

Instrumentos e Equipamentos

Sinais Vitais

Verificação Pré-Incisão:

Garantir que a pele do paciente tenha sido preparada adequadamente para a cirurgia.

Antes de toda cirurgia

COMUNICAÇÃO

- 1) Confirmar que todos os membros da equipe cirúrgica estejam presentes e identificados.
- 2) Identificar, nomear e contar a equipe cirúrgica.
- 3) Identificar o paciente e o local da cirurgia.
- 4) Identificar o procedimento a ser realizado.
- 5) Identificar o local da cirurgia.
- 6) Identificar o local da cirurgia.
- 7) Identificar o local da cirurgia.
- 8) Identificar o local da cirurgia.
- 9) Identificar o local da cirurgia.
- 10) Identificar o local da cirurgia.

Antissepsia

Instrumentos e Equipamentos

Sinais Vitais

Verificação Pré-Incisão:

Verificar se todos os instrumentos e equipamentos necessários estão disponíveis e funcionando corretamente.

Antes de toda cirurgia

COMUNICAÇÃO

- 1) Confirmar que todos os membros da equipe cirúrgica estejam presentes e identificados.
- 2) Identificar, nomear e contar a equipe cirúrgica.
- 3) Identificar o paciente e o local da cirurgia.
- 4) Identificar o procedimento a ser realizado.
- 5) Identificar o local da cirurgia.
- 6) Identificar o local da cirurgia.
- 7) Identificar o local da cirurgia.
- 8) Identificar o local da cirurgia.
- 9) Identificar o local da cirurgia.
- 10) Identificar o local da cirurgia.

Equipe Cirúrgica

Instrumentos e Equipamentos

Sinais Vitais

Verificação Pré-Incisão:

Confirmar os sinais vitais do paciente e quaisquer preocupações pré-operatórias.

Antes de toda cirurgia

COMUNICAÇÃO

- 1) Confirmar que todos os membros da equipe cirúrgica estejam presentes e identificados.
- 2) Identificar, nomear e contar a equipe cirúrgica.
- 3) Identificar o paciente e o local da cirurgia.
- 4) Identificar o procedimento a ser realizado.
- 5) Identificar o local da cirurgia.
- 6) Identificar o local da cirurgia.
- 7) Identificar o local da cirurgia.
- 8) Identificar o local da cirurgia.
- 9) Identificar o local da cirurgia.
- 10) Identificar o local da cirurgia.

Equipe Cirúrgica

Antissepsia

Sinais Vitais

Verificação Antes de o Paciente Deixar o Centro Cirúrgico:

Contagem de Instrumentos

Relatórios

Encaminhamento Pós-Operatório

Ícones de acesso a [panel]p[ro]p

Atende a seguinte lista de verificação

Atende

- 1. Verificar se o paciente está devidamente identificado.
- 2. Verificar se o paciente está devidamente preparado para a cirurgia.
- 3. Verificar se o paciente está devidamente informado sobre o procedimento cirúrgico.
- 4. Verificar se o paciente está devidamente consentido para o procedimento cirúrgico.
- 5. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um responsável legal.
- 6. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 7. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 8. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 9. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 10. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.

genially Educação

Realizar uma contagem final de todos os instrumentos e compressas para garantir que nada tenha sido deixado dentro do paciente.

Paciente Deixar o Centro Cirúrgico:

Contagem de Instrumentos

Relatórios

Encaminhamento Pós-Operatório

Atende a seguinte lista de verificação

Atende

- 1. Verificar se o paciente está devidamente identificado.
- 2. Verificar se o paciente está devidamente preparado para a cirurgia.
- 3. Verificar se o paciente está devidamente informado sobre o procedimento cirúrgico.
- 4. Verificar se o paciente está devidamente consentido para o procedimento cirúrgico.
- 5. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um responsável legal.
- 6. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 7. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 8. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 9. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 10. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.

genially Educação

Verificação Antes de o Paciente Deixar o Centro Cirúrgico:

Fornecer um relatório completo sobre o procedimento cirúrgico realizado, incluindo quaisquer complicações ou eventos adversos.

Relatórios

Encaminhamento Pós-Operatório

Atende a seguinte lista de verificação

Atende

- 1. Verificar se o paciente está devidamente identificado.
- 2. Verificar se o paciente está devidamente preparado para a cirurgia.
- 3. Verificar se o paciente está devidamente informado sobre o procedimento cirúrgico.
- 4. Verificar se o paciente está devidamente consentido para o procedimento cirúrgico.
- 5. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um responsável legal.
- 6. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 7. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 8. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 9. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 10. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.

genially Educação

Verificação Antes de o Paciente Deixar o Centro Cirúrgico:

Contagem de Instrumentos

Encaminhamento Pós-Operatório

Orientar a equipe que irá receber o paciente no pós-operatório sobre quaisquer necessidades específicas ou cuidados adicionais.

Atende a seguinte lista de verificação

Atende

- 1. Verificar se o paciente está devidamente identificado.
- 2. Verificar se o paciente está devidamente preparado para a cirurgia.
- 3. Verificar se o paciente está devidamente informado sobre o procedimento cirúrgico.
- 4. Verificar se o paciente está devidamente consentido para o procedimento cirúrgico.
- 5. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um responsável legal.
- 6. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 7. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 8. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 9. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.
- 10. Verificar se o paciente está devidamente acompanhado por um acompanhante.


genially Educação

A melhoria da segurança cirúrgica é fundamental

para garantir resultados positivos para os pacientes. Aqui estão algumas estratégias que podem ser adotadas para melhorar a segurança durante os procedimentos cirúrgicos:



genially Education



genially Education



genially Education



Avaliação de Riscos

Realizar avaliações periódicas de riscos e auditorias de segurança para identificar áreas de vulnerabilidade e implementar medidas corretivas.

gentilly Education

Uso de Tecnologia

Utilizar tecnologias avançadas, como sistemas de rastreamento de pacientes, monitoramento remoto, robótica cirúrgica e realidade aumentada, para melhorar a precisão e a segurança dos procedimentos.

gentilly Education

Controle de Infecções

Implementar medidas rigorosas de controle de infecções, incluindo práticas de higiene adequadas, esterilização de equipamentos, uso adequado de antibióticos profiláticos e monitoramento da taxa de infecção pós-operatória.

gentilly Education

Gestão de Medicamentos e Anestesia

Garantir uma gestão segura de medicamentos e anestesia, incluindo a verificação de alergias, dosagens corretas, administração adequada e monitoramento contínuo durante a cirurgia.

gentilly Education

Menu de opções de conteúdo:

- Padronização de Processos
- Treinamento e Educação
- Checklists de Segurança
- Comunicação Efetiva
- Cultura de Segurança
- Avaliação de Riscos
- Uso de Tecnologia
- Feedback e Melhoria Contínua

Solicitar feedback regular dos pacientes e da equipe cirúrgica, analisar dados e métricas de segurança, e utilizar essas informações para promover melhorias contínuas nos processos e práticas cirúrgicas.



Responda ao quiz abaixo

Link



Higiene das mãos

Meta 5

Start

icone de acesso ao curso



Enfatiza a **importância** da higiene das mãos como uma estratégia-chave para melhorar a segurança do paciente.

É uma prática **fundamental** para prevenir a transmissão de micro-organismos patogênicos, reduzindo assim o risco de infecções associadas à assistência à saúde.



Esta meta...



estabelece diretrizes e padrões para garantir que profissionais de saúde em todo o mundo adotem práticas adequadas de higiene das mãos.

icone de acesso a janela/pop-up

genially Education

Esta meta...



Esta meta foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parte de uma série de medidas destinadas a melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde em nível global.


padrões para is de saúde em ráticas is mãos.

genially Education

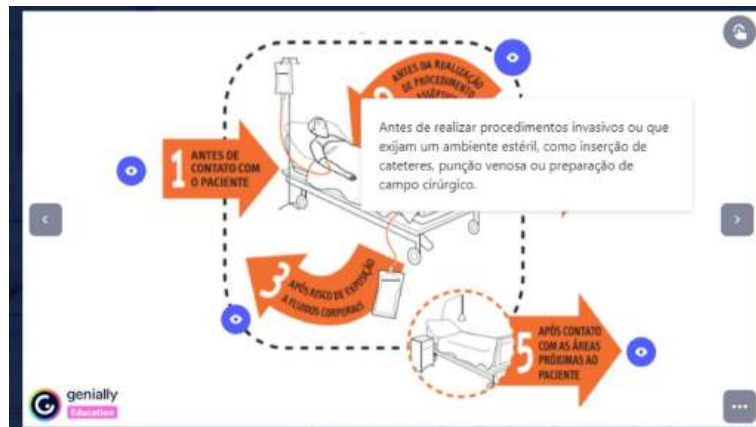
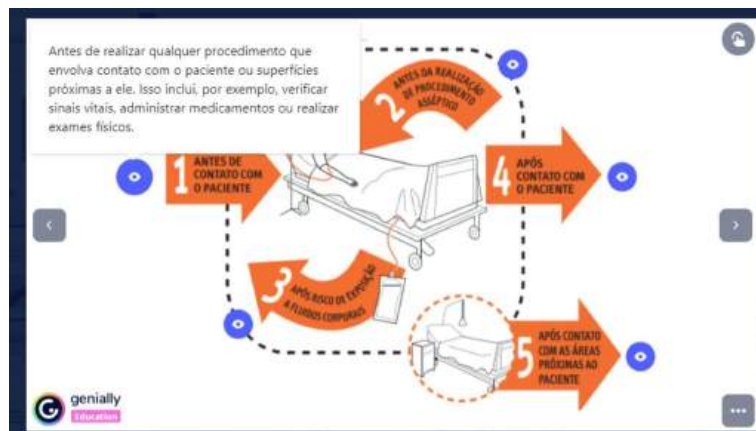
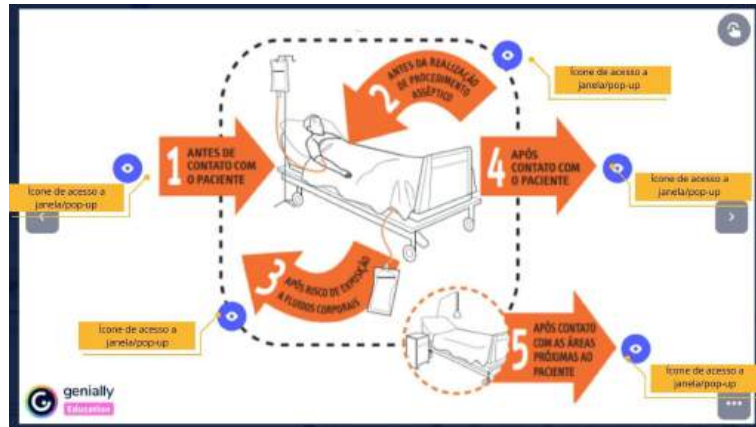
A higiene das mãos é uma medida simples, porém eficaz, para prevenir a disseminação de infecções nos ambientes de assistência à saúde, contribuindo significativamente para a segurança e o bem-estar dos pacientes.

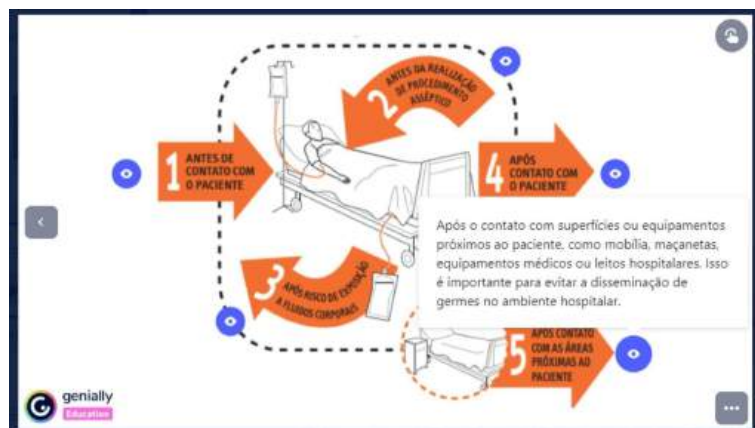
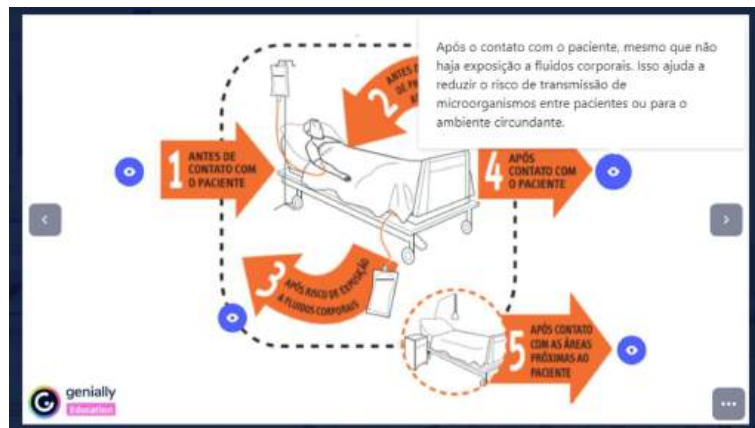
genially Education

E quais os cinco momentos de higiene das mãos?



genially Education





Clique no link abaixo e assinale se a imagem está correta ou incorreta quanto a limpeza das mãos

Jogue aqui

Ícone de acesso a arcade

Assinale se a imagem está correta ou incorreta

Assinale C ou E

Certa

Errada

ERRADA

Ícone de acesso a janela/pop-up

Ícone para envio da resposta

ganfilly Educação

Assinale se a imagem está correta

A torneira é adaptada para que as mãos, após a lavagem, não seja utilizada para o fechamento da mesma.

Assinale C ou E

✓ Certa

Errada

ERRADA

Ícone de acesso a janela/pop-up

ganfilly Educação



E quais as estratégias para melhorar?

Envolve o compromisso e o apoio das lideranças administrativas e clínicas, destacando a importância da higienização das mãos e fornecendo recursos necessários para sua implementação.

Melhorar a adesão à prática de higienização das mãos em ambientes de saúde.

Comprometimento da Liderança

Treinamento e Educação

Lembrete no Local de Trabalho

Ambiente Institucional

Incentivos e Engajamento dos Profissionais de Saúde

gambilly Educação

Estabelece sistemas de monitoramento regular para avaliar a adesão à higienização das mãos e fornecer feedback aos profissionais de saúde sobre seu desempenho. Isso pode incluir observações diretas, auditorias de conformidade e relatórios de indicadores de desempenho.

gambilly Educação

E quais as estratégias para melhorar?

é um método abrangente desenvolvido pela OMS para melhorar a adesão à prática de higienização das mãos em ambientes de saúde.

Cria um ambiente que facilite a higienização das mãos, garantindo o acesso fácil a piaas, sabonete líquido, álcool gel e outros produtos necessários. Isso também pode envolver a padronização dos suprimentos de higiene das mãos em toda a instituição.

Comprometimento da Liderança

Treinamento e Educação

Lembrete no Local de Trabalho

Ambiente Institucional

Incentivos e Engajamento dos Profissionais de Saúde

gambilly Educação

E quais as estratégias para melhorar?

é um método abrangente desenvolvido pela OMS para melhorar a adesão à prática de higienização das mãos em ambientes de saúde.

Fornece treinamento abrangente e contínuo sobre as práticas adequadas de higienização das mãos, incluindo técnicas de lavagem e uso de antissépticos, bem como informações sobre a importância da prática para prevenir infecções.

Comprometimento da Liderança

Treinamento e Educação

Lembrete no Local de Trabalho

Ambiente Institucional

Incentivos e Engajamento dos Profissionais de Saúde

gambilly Educação

E quais as estratégias para melhorar?

é um método abrangente desenvolvido pela OMS para **melhorar a adesão à prática** de higienização das mãos em ambientes de saúde.

Implementa estratégias visuais, como cartazes, adesivos ou lembretes eletrônicos, para lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e os momentos específicos em que ela deve ser realizada.

genially Education

E quais as estratégias para melhorar?

é um método abrangente desenvolvido pela OMS para **melhorar a adesão à prática** de higienização das mãos em ambientes de saúde.

Reconhece e recompensa os profissionais de saúde pelo seu compromisso com a higienização das mãos e envolve-os ativamente na identificação de estratégias para melhorar a adesão.

genially Education

Prevenção de lesão por pressão e quedas

Meta 6

Start

Ícone de acesso ao curso

genially Education

Queda

É definida como o evento não intencional em que o paciente deixa de estar em uma posição segura para o nível inferior, seja no mesmo nível ou em níveis diferentes.

Isso pode ocorrer em qualquer local onde ocorre o cuidado com o paciente, como hospitais, clínicas, lares de idosos ou ambientes domiciliares.

Ícone de acesso a janela pop-up

genially Education

Que

O objetivo da Meta 6 é implementar práticas e medidas preventivas para reduzir a incidência de quedas, protegendo assim a segurança e bem-estar dos pacientes.

Isso pode incluir a avaliação de risco de queda de cada paciente, a implementação de medidas de precaução, como a instalação de grades laterais nas camas, a garantia de que os pisos estão livres de obstáculos e a educação dos pacientes e cuidadores sobre os riscos de queda e como evitá-los.

ncional
em uma
seja
entes,
al onde
como
ou

genially
Educação

Causas de quedas

Fatores do paciente

Fatores ambientais

Procedimentos médicos

Fatores organizacionais

Ícones de acesso a janela/pop-up

genially
Educação

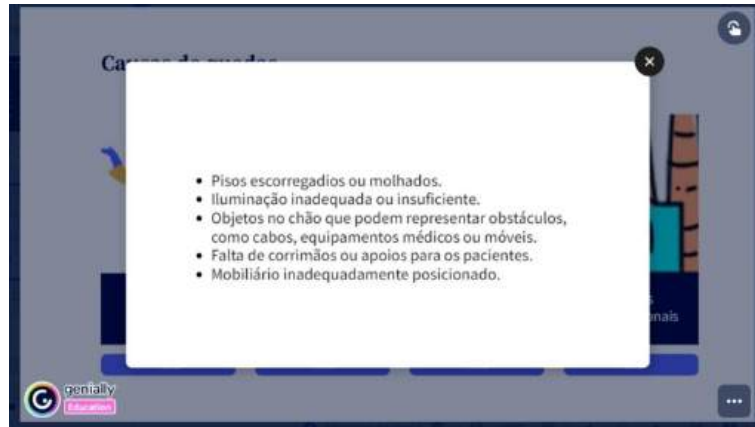
Causas de quedas

- Fraqueza muscular devido a doenças ou condições crônicas.
- Dificuldades de mobilidade, como problemas de equilíbrio ou dificuldade para andar.
- Uso de medicamentos que causam tontura, sonolência ou diminuição da coordenação.
- Alterações sensoriais, como visão comprometida, audição prejudicada ou perda de equilíbrio.
- Confusão ou desorientação, especialmente em pacientes idosos ou com demência.
- Incontinência urinária, que pode levar a idas frequentes ao banheiro e aumentar o risco de queda, especialmente durante a noite.

genially
Educação

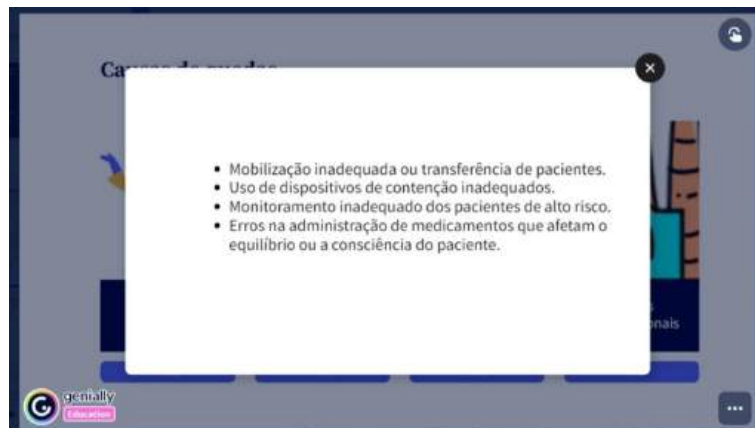
Causes de quedas

- Pisos escorregadios ou molhados.
- Iluminação inadequada ou insuficiente.
- Objetos no chão que podem representar obstáculos, como cabos, equipamentos médicos ou móveis.
- Falta de corrimãos ou apoios para os pacientes.
- Mobiliário inadequadamente posicionado.



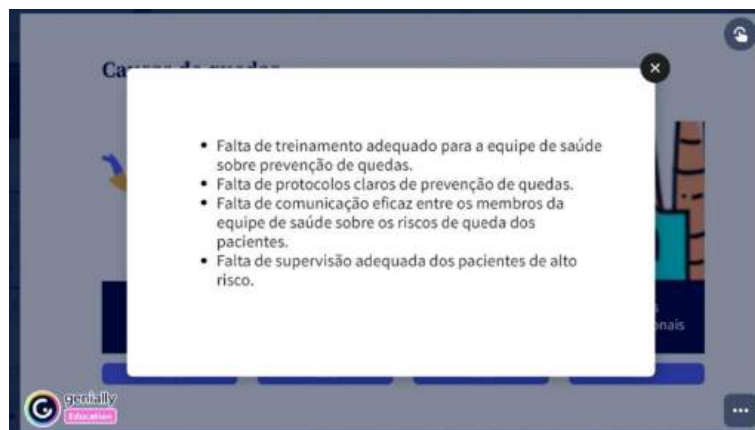
Causes de quedas

- Mobilização inadequada ou transferência de pacientes.
- Uso de dispositivos de contenção inadequados.
- Monitoramento inadequado dos pacientes de alto risco.
- Erros na administração de medicamentos que afetam o equilíbrio ou a consciência do paciente.



Causes de quedas

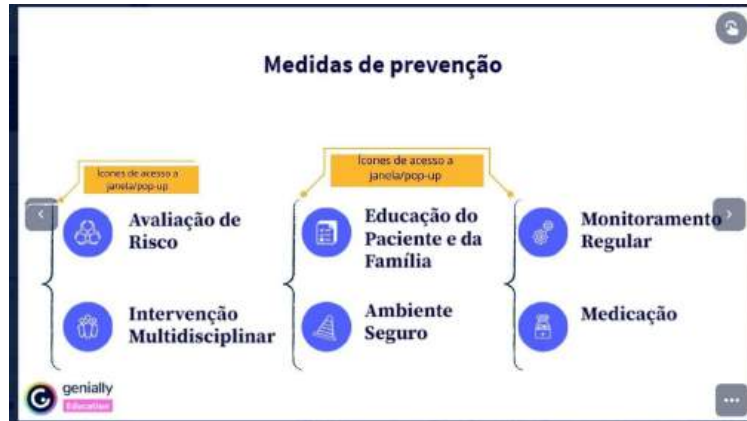
- Falta de treinamento adequado para a equipe de saúde sobre prevenção de quedas.
- Falta de protocolos claros de prevenção de quedas.
- Falta de comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde sobre os riscos de queda dos pacientes.
- Falta de supervisão adequada dos pacientes de alto risco.



Para prevenir quedas em ambientes de cuidados de saúde, é essencial implementar medidas de prevenção abrangentes que abordem os fatores de risco identificados.

★★★★★





Realizar uma avaliação de risco de queda para cada paciente admitido, considerando fatores como idade, mobilidade, estado cognitivo, uso de medicamentos, histórico de quedas anteriores e condições médicas subjacentes.

Classificar os pacientes de acordo com seu nível de risco de queda para orientar as medidas preventivas apropriadas.



Medidas de prevenção

Isso pode incluir medidas como a mobilização assistida, uso de dispositivos de auxílio à mobilidade, alarmes de queda e revisão dos medicamentos que podem aumentar o risco de queda.

- 
Intervenção Multidisciplinar
- 
Ambiente Seguro
- 
Educação do Paciente e da Família
- 
Monitoramento Regular
- 
Medicação

 genially Education

Medidas de prevenção

Avaliação de Risco

- Mantenha o ambiente seguro para o paciente:
 - Utilize pisos antiderrapantes.
 - Instale grades adequadas.
 - Garanta iluminação apropriada.
 - Posicione o mobiliário de forma segura.

- 
Intervenção Multidisciplinar
- 
Ambiente Seguro
- 
Educação do Paciente e da Família
- 
Monitoramento Regular
- 
Medicação


 genially Education

Medicação

- Revisar regularmente a lista de medicamentos dos pacientes para identificar aqueles que podem aumentar o risco de queda, como sedativos, hipnóticos e medicamentos anti-hipertensivos.
- Ajustar as doses ou substituir os medicamentos, conforme apropriado, em consulta com a equipe médica.

Monitoramento Regular

Medicação

 genially Education

Clique no ícone ao lado ou leia o QrCode para resolver a cruzadinha!



Clique aqui

Ícone de acesso a atividade




Lesão por pressão

Também conhecida como úlcera de pressão, é uma lesão localizada na pele ou no tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão prolongada ou da fricção entre a pele e uma superfície dura, como uma cama, cadeira ou maca.




Ícone de acesso a janela/pop-up



As Lesões por pressão:

- Causam dor e sofrimento para pacientes e familiares;
- Pioram a qualidade de vida do paciente;
- Aumentam o tempo de internamento;
- Significam sobrecarga econômica para os serviços;
- Causam frustração para o profissional de saúde;
- Afetam a segurança do paciente e podem levar à morte.



Classificação da lesão

As lesões por pressão são classificadas em estágios, de acordo com a gravidade da lesão e a extensão do dano tecidual. As classificações mais comuns incluem:

Ícones de acesso a janela/pop-up

Estágio 1

Estágio 2

Estágio 3

Estágio 4

Fonte: Moraes et al., 2016

Classificação da lesão

Inicia-se com uma vermelhidão na pele, que pode ser observada em pacientes de pele clara ou, em pacientes de pele mais escura, pode manifestar-se como descoloração da pele, calor, edema ou dor.

As lesões por pressão são classificadas em estágios, de acordo com a gravidade da lesão e a extensão do dano tecidual. As classificações mais comuns incluem:

Estágio 1

Estágio 2

Estágio 3

Estágio 4

Fonte: Moraes et al., 2016

Classificação da lesão

Inicia-se com uma vermelhidão na pele, que pode ser observada em pacientes de pele clara ou, em pacientes de pele mais escura, pode manifestar-se como descoloração da pele, calor, edema ou dor.

As lesões por pressão são classificadas em estágios, de acordo com a gravidade da lesão e a extensão do dano tecidual. As classificações mais comuns incluem:

Estágio 1

Estágio 2

Estágio 3

Estágio 4

Fonte: Moraes et al., 2016

Classificação da lesão

Caracteriza-se por uma lesão superficial da pele, que pode parecer uma abrasão, bolha ou úlcera superficial, envolvendo a epiderme e, possivelmente, a derme.

As lesões por pressão são classificadas em estágios, de acordo com a gravidade da lesão e a extensão do dano tecidual. As classificações mais comuns incluem:

Estágio 1

Estágio 2

Estágio 3

Estágio 4

Fonte: Moraes et al., 2016

Classificação da lesão

As lesões por pressão são classificadas em estágios, de acordo com a gravidade da lesão e a extensão do dano tecidual. As classificações mais comuns incluem:



Estágio 1



Estágio 2

Envolve danos mais profundos à pele, com perda de tecido cutâneo e exposição do tecido subcutâneo, podendo apresentar-se como uma úlcera com bordas bem definidas.



Estágio 3



Estágio 4

Fonte: Moraes et al., 2016.

Classificação da lesão

As lesões por pressão são classificadas em estágios, de acordo com a gravidade da lesão e a extensão do dano tecidual. As classificações mais comuns incluem:



Estágio 3



Estágio 4

É o estágio mais grave, com extensa destruição tecidual, afetando a pele, os tecidos subcutâneos, músculos e, por vezes, até os ossos subjacentes. A úlcera pode ser profunda, com envolvimento de estruturas ósseas ou articulares.

Fonte: Moraes et al., 2016.



Etiologia

A pressão exercida sobre a pele e os tecidos moles durante um período prolongado pode interferir na circulação sanguínea local, levando à compressão dos pequenos vasos sanguíneos e à diminuição do suprimento de oxigênio e nutrientes para os tecidos. Isso pode resultar em danos celulares e, eventualmente, na formação de uma úlcera de pressão.

Etiologia

O atrito entre a pele do paciente e a superfície de apoio, juntamente com o movimento do corpo ou a mudança de posição, pode causar danos à pele e aos tecidos subjacentes. O cisalhamento ocorre quando as camadas profundas da pele deslizam em direções opostas às camadas superficiais, resultando em forças de cisalhamento que aumentam o risco de lesões por pressão.

Etiologia

Pacientes que permanecem em uma posição por um longo período de tempo, especialmente aqueles que são imobilizados devido a condições médicas, cirurgias ou incapacidades físicas, têm maior risco de desenvolver lesões por pressão. A imobilidade reduz a redistribuição do peso corporal e aumenta a pressão sobre áreas específicas do corpo, predispondo à formação de úlceras de pressão.

Etiologia

A umidade prolongada na pele, seja devido à transpiração excessiva, incontinência urinária ou fecal, ou exposição a fluidos corporais, pode amolecer a pele e torná-la mais suscetível a danos. A pele úmida é mais propensa à maceração, o que pode aumentar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão.

Etiologia

A falta de nutrientes essenciais e a desidratação podem comprometer a saúde da pele e reduzir sua capacidade de se recuperar de danos. A desnutrição também pode enfraquecer o sistema imunológico e retardar a cicatrização de feridas, aumentando ainda mais o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

Etiologia

Idosos têm maior probabilidade de desenvolver lesões por pressão devido a mudanças na estrutura e na função da pele relacionadas ao envelhecimento, bem como a uma maior prevalência de condições médicas crônicas que podem comprometer a integridade da pele e aumentar o risco de imobilidade.

Estratégias de prevenção

<p>Itens de acesso a prevenção</p> <ul style="list-style-type: none">○ Avaliação de risco○ Mobilidade e posicionamento○ Superfícies de suporte adequadas○ Manutenção da pele	<p>Itens de acesso a prevenção</p> <ul style="list-style-type: none">○ Nutrição e hidratação○ Educação do paciente e cuidadores○ Monitoramento e documentação
---	---

Prevenção de lesões por pressão

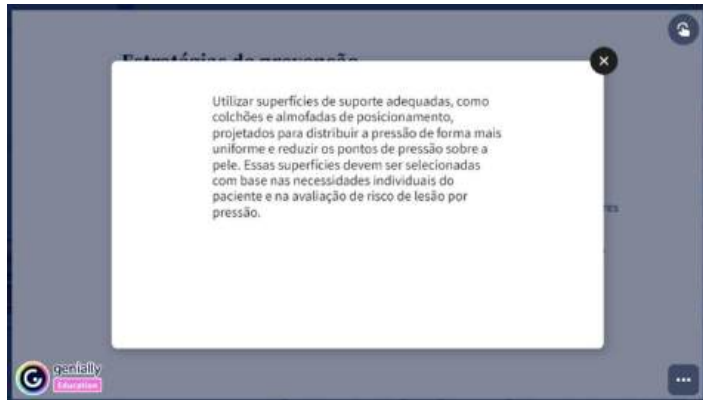
Realizar uma avaliação inicial do risco de desenvolvimento de lesão por pressão para identificar pacientes com maior probabilidade de desenvolver essas lesões. Isso pode ser feito por meio de ferramentas validadas de avaliação de risco, levando em consideração fatores como imobilidade, incontinência, estado nutricional, sensibilidade da pele e condições médicas subjacentes.

Prevenção de lesões por pressão

Promover a mobilidade e a mudança de posição regularmente para reduzir a pressão sobre áreas específicas do corpo. Isso pode incluir o uso de posicionamento adequado na cama ou na cadeira, alterando a posição do paciente a cada duas horas ou conforme necessário, e incentivando a movimentação ativa sempre que possível.

Estratégias de prevenção

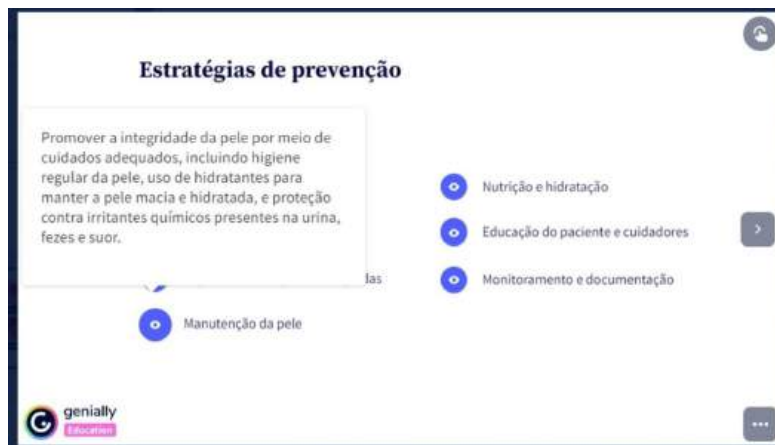
Utilizar superfícies de suporte adequadas, como colchões e almofadas de posicionamento, projetados para distribuir a pressão de forma mais uniforme e reduzir os pontos de pressão sobre a pele. Essas superfícies devem ser selecionadas com base nas necessidades individuais do paciente e na avaliação de risco de lesão por pressão.



Estratégias de prevenção

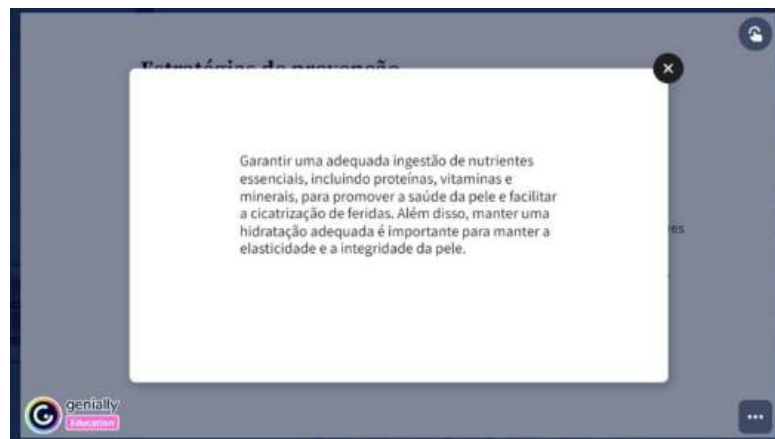
Promover a integridade da pele por meio de cuidados adequados, incluindo higiene regular da pele, uso de hidratantes para manter a pele macia e hidratada, e proteção contra irritantes químicos presentes na urina, fezes e suor.

- Manutenção da pele
- Nutrição e hidratação
- Educação do paciente e cuidadores
- Monitoramento e documentação



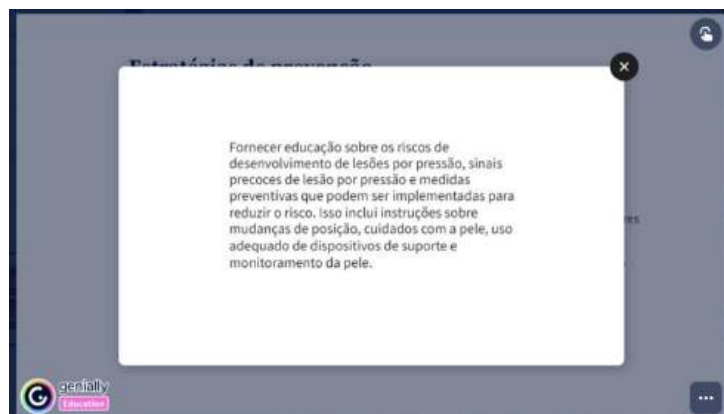
Estratégias de prevenção

Garantir uma adequada ingestão de nutrientes essenciais, incluindo proteínas, vitaminas e minerais, para promover a saúde da pele e facilitar a cicatrização de feridas. Além disso, manter uma hidratação adequada é importante para manter a elasticidade e a integridade da pele.



Estratégias de prevenção

Fornecer educação sobre os riscos de desenvolvimento de lesões por pressão, sinais precoces de lesão por pressão e medidas preventivas que podem ser implementadas para reduzir o risco. Isso inclui instruções sobre mudanças de posição, cuidados com a pele, uso adequado de dispositivos de suporte e monitoramento da pele.



Estratégias de prevenção

Monitorar continuamente a pele do paciente em busca de sinais precoces de lesão por pressão, como vermelhidão, calor, edema ou dor, e documentar qualquer alteração na condição da pele. Isso permite uma intervenção precoce e o ajuste das estratégias de prevenção conforme necessário.

Assista o vídeo abaixo para mas estratégias preventivas



Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG, 2021.

Encontre as palavras relacionadas as lesões

- Ação esperada para com os pacientes durante sua admissão.
- Instrumento recomendado para avaliação de risco lesão de pele.
- Ação diária dos profissionais de saúde com objetivo de prevenir a abertura de lesões.
- As fraldas devem ser trocadas pelo menos 1 vez ao turno para garantir o manejo da _____.
- O _____ deve ser acionado para otimização da nutrição e da hidratação.
- 6. Mudança de decúbito ou reposicionamento são medidas para minimizar a _____.



Clique aqui



Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG, 2021.

