

GUIA DE MODELAGEM DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SEGURANÇA DO PACIENTE

E-book

Bruna dos Santos
Elaine Drehmer de Almeida Cruz
Tatiana Brusamarello





Guia de Modelagem de Tecnologia Educacional em Segurança do Paciente

Este e-book foi elaborado no âmbito do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), vinculado ao Setor de Ciências da Saúde da UFPR. As autoras integram o GEMSA (Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto).

Texto: Bruna dos Santos, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Tatiana Brusamarello

Arte de capa: Lucas Vieira da Rosa e Bruna dos Santos

Revisão e diagramação: Lucas Vieira da Rosa

Fotografias: Narin Phapnam (vecteezy.com), p. 16; Maria Camino Pereiro (<https://oblog-doterceirociclo.blogspot.com/2016/>), p. 19; demais fotografias foram adquiridas.

S237g

Santos, Bruna dos

Guia de Modelagem de Tecnologia Educacional em Segurança do Paciente / Bruna dos Santos, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Tatiana Brusamarello. - Curitiba: UFPR ; GEMSA , 2025.

51 p. : il. color. ; 21,0 x 29,7 cm

e-Book

Formato: PDF

ISBN: 978-65-01-62870-7

1. Saúde pública. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Segurança do paciente. 4. Tecnologia educacional. I. Santos, Bruna dos. II. Título.

CDU 614.253:371.3
CDD 610.730:371.33

Catálogo na publicação: Heloisa Costa CRB 14/977

Sumário

1	Apresentação	5
2	Glossário	6
3	Fluxograma para aplicação da estratégia educacional.....	8
4	Fases da estratégia educacional.....	9
4.1	Definições	9
4.2	Fase 1 – Lacunas em segurança do paciente e subtemas educacionais.....	10
4.2.1	Etapa 1 – Competências profissionais e em segurança do paciente e objetivos estratégicos	10
4.2.2	Etapa 2 – Grupo focal	10
4.3	Fase 2 – Estruturação, validação e avaliação do cenário educacional	12
4.3.1	Etapa 1 – Objetivos da aprendizagem	13
4.3.2	Etapa 2 - Fundamentação teórica	13
4.3.3	Etapa 3 - Conhecimento do público-alvo	14
4.3.4	Etapa 4 - Elaboração do cenário de simulação	15
4.3.5	Etapa 5 – Avaliação, ajustes e validação do cenário de simulação	17
4.3.6	Etapa 6 – Treinamento dos atores e orientação aos observadores	18
4.3.7	Etapa 7 – Desenvolvimento da simulação e observação crítica	19
4.3.8	Etapa 8 – <i>Debriefing</i>	19

Referências	20
-------------------	----

Instrumento 1 – Apresentação ao grupo focal	22
Instrumento 2 – Material de apoio ao grupo focal	26
Instrumento 3 – Material teórico de apoio ao <i>workshop</i>	30
Instrumento 4 – Casos para <i>workshop</i>	34
Instrumento 5 – <i>Checklist</i> para montagem do cenário.....	37
Instrumento 6 – Identificação dos participantes do cenário	38
Instrumento 7 – Avaliação do cenário	39
Instrumento 8 – Roteiro da simulação	41
Instrumento 9 – Avaliação da cena	46
Instrumento 10 – Roteiro para o <i>debriefing</i>	50
Instrumento 11 – Avaliação da simulação	51

1 Apresentação

O presente guia foi elaborado como resultado de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Esse programa tem como finalidade fortalecer a prática do enfermeiro nos serviços de saúde e nas instituições de ensino, além de contribuir para o desenvolvimento de pesquisas no âmbito nacional e internacional, visando à construção do conhecimento científico, tecnológico e de inovação.

O Guia de Modelagem de Tecnologia Educacional em Segurança do Paciente foi desenvolvido com o objetivo de nortear a aplicação de estratégias educacionais para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente, tanto em instituições de assistência à saúde quanto de ensino, abrangendo estudantes e profissionais. Neste material, descreve-se um conjunto de fases e etapas que orientam o que e como realizar, a fim de fortalecer a aprendizagem diante das fragilidades relacionadas ao tema.

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



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

Competência – mobilização de conhecimentos (conceitos e procedimentos), habilidades (práticas, cognitivas e socioemocionais), atitudes e valores para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do pleno exercício da cidadania e do mundo do trabalho (Brasil, 2018).

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

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

Evento adverso – incidente que resulta em dano ao paciente (Brasil, 2013).

Facilitador – indivíduo responsável por guiar ações com vistas a atingir os objetivos durante a experiência baseada em simulação (INACSL, 2016).

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

Grupo focal – visa à interação entre os participantes sobre as vivências e os comportamentos, sendo uma técnica que auxilia na construção da percepção dos referidos servidores sobre o tema e a forma como encaram a responsabilização dos seus atos discricionários (Santos; Rodrigues; Prado, 2024).

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

Incidente – evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (Brasil, 2013).

Lacunas em segurança do paciente – problemas relacionados à segurança do paciente (Santos, 2023).

Participante adjacente – indivíduo que participa da simulação, identifica lacunas de aprendizagem e não integra o público-alvo (Santos, 2023).

Público-alvo – indivíduos aos quais a estratégia educacional se destina (Santos, 2023).

Roda de conversa – metodologia que promove o diálogo, a troca de conhecimentos, facilita a comunicação e a aprendizagem coletiva (Prado, 2025).

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

Simulação – técnica fundamentada em princípios de ensino, baseado em tarefas e sua reprodução, parcial ou total, em um modelo artificial, conceituado como simulador. É uma técnica aplicável às atividades práticas que envolvam habilidades manuais ou decisões (Pazin Filho; Scarpelini, 2007).

Simulador de baixa fidelidade – modelo com anatomia exterior semelhante à humana, de corpo completo ou parcial, que permite movimentos grosseiros nas articulações principais e não apresenta qualquer tipo de resposta às intervenções (Martins, 2012).

Simulador de média fidelidade – modelo que vai além dos aspectos anatômicos, inclui sons respiratórios e cardíacos, permite a monitorização do traçado de eletrocardiograma e a pesquisa de pulsos. Os sons de tosse, gemido e vômito, por exemplo, podem ser pré-gravados e reproduzidos sob o comando do operador (Martins, 2012).

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

Subtemas de aprendizagem – assunto adjacente ou relacionado ao tema central de aprendizagem (Santos, 2023).

Tema central de aprendizagem – assunto principal a ser desenvolvido por meio de estratégia educacional (Santos, 2023).

3 Fluxograma para aplicação da estratégia educacional



4 Fases da estratégia educacional

4.1 Definições

A modelagem educacional possibilita desenvolver cenas que refletem a prática profissional e evidenciam lacunas em segurança do paciente. A inclusão de líderes, chefias e profissionais da área da saúde permite ampliar a identificação das fragilidades relacionadas à segurança do paciente e aproximar a simulação do contexto institucional (Santos *et al.*, 2024).

Conforme apresentadas no fluxograma (p. 8), as fases e etapas da estratégia educacional viabilizaram a sistematização de ações para a educação do público-alvo; elas representam o percurso metodológico cronológico.

Na primeira fase, as definições têm como finalidade, diante do tema central “Segurança do Paciente”, estabelecer o local de realização da estratégia educacional, o público-alvo e os participantes adjacentes, de acordo com a instituição na qual será realizada. O público-alvo corresponde a profissionais, trabalhadores ou estudantes da área da saúde; os participantes adjacentes são definidos de acordo com a estrutura organizacional de aplicação da estratégia educacional. Esta fase tem a função inicial de definir os subtemas educacionais a serem desenvolvidos.

A segunda fase é mais extensa, e é composta de etapas que correspondem aos propósitos a serem atingidos, e por etapas que correspondem às estratégias empregadas.

Quadro 1 – Participação na estratégia educativa em segurança do paciente

Participantes	Fase e etapa de participação
Grupo 1 - participantes adjacentes	Fase 1 - etapa 2 Fase 2 - etapas 2, 5 e 6
Grupo 2 - público-alvo	Fase 2 - etapas 1 e 6

Fonte: Santos (2023)

4.2 Fase 1 - Lacunas em segurança do paciente e subtemas educacionais

Esta fase é desenvolvida em duas etapas.

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

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

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

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

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

4.2.2 Etapa 2 – Grupo focal

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

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

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



4.3 Fase 2 - Estruturação, validação e avaliação do cenário educacional

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

Quadro 2 - Roteiro da estratégia educacional em segurança do paciente

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

Fonte: Santos (2023)

4.3.1 Etapa 1 – Objetivos da aprendizagem

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

4.3.2 Etapa 2 – Fundamentação teórica

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

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



4.3.3 Etapa 3 – Conhecimento do público-alvo

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

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

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



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

4.3.4 Etapa 4 – Elaboração do cenário de simulação

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



4.3.6 Etapa 6 – Treinamento dos atores e orientação aos observadores

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

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

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

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



4.3.7 Etapa 7 – Desenvolvimento da simulação e observação crítica

O desenvolvimento e observação da cena ocorrerão simultaneamente e no mesmo ambiente, ou em ambiente anexo que permita a visualização da cena e a escuta das falas dos atores. O preenchimento do instrumento de avaliação da cena ocorrerá após seu desenvolvimento e previamente ao *debriefing*, ou como definido e acordado.

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

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



4.3.8 Etapa 8 – *Debriefing*

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

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

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

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

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

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

EVANS, L. *et al.* Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. **Intensive Care Medicine**, v. 47, n. 11, p. 1181–1247, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-021-06506-y>

FABRI, R. P. *et al.* Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03218, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016265103218>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BQr7hRjtgCwF3c9Bs-DR7Wtq/?lang=en>

INACSL - INTERNATIONAL NURSING ASSOCIATION FOR CLINICAL SIMULATION AND LEARNING. INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation design. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 12, 2016. Suplemento: Standards of Best Practice: Simulation (p. 5-12). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>. Disponível em: [https://www.nursing-simulation.org/article/S1876-1399\(16\)30126-8/fulltext](https://www.nursing-simulation.org/article/S1876-1399(16)30126-8/fulltext)

MARTINS, J. C. A. *et al.* A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 619–625, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000400022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Z65qrrzcbhk7BYkrzzY4txx/?lang=pt>

PAZIN FILHO, A.; SCARPELINI, S. Simulação: definição. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 40, n. 2, p. 162-166, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i2p162-166>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/312/313>

PRADO, E. V.; ARAÚJO, R. S.; LIMA, L. M. M. A roda de conversa enquanto estratégias de aprendizagem na Educação Popular em Saúde. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 22, 2025. Disponível em: <https://mestradoedoutoradoestacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/reeduc/article/view/11275>

SANTOS, B. **Simulação realística**: tecnologia para consolidação de competências profissionais para segurança do paciente. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/83768>

SANTOS, B.; ALMEIDA CRUZ, E. D.; BRUSAMARELLO, T.; NAZÁRIO, S. S. Modelagem educacional com simulação para a consolidação de competência profissional na educação permanente. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, e95918, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92461>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/nkqLyMK69svqCKKXsxdFTXP/?lang=pt>

A seguir serão exibidos *slides* propostos para a aplicação do instrumento 1. Você pode obter esta apresentação de *slides* no seguinte endereço: https://www.canva.com/design/DAFKpMTPS3w/tFGCeqBhhEjMrx-gI-BowA/view?utm_content=DAFKpMTPS3w&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utm_id=h8568c-4f3c0



A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA EM SEGURANÇA DO PACIENTE



APRESENTAÇÃO

- **Tema central:** segurança do paciente
- **Objetivo:** identificar coletivamente as principais lacunas de segurança do paciente a serem enfrentadas por meio de estratégia educativa
- **Público-alvo:** profissionais de saúde



DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

- **Fase 1 – Identificação das lacunas em segurança do paciente e definição de subtemas educativos**
 - Etapa 1 – Identificação de competências profissionais e em segurança do paciente, e definição de objetivos estratégicos
 - Etapa 2 – Grupo focal

DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

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

DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

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



COMPETÊNCIAS

• DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

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



(CPSI, 2020; Brasil, 2001)

METAS 2021-2030



REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001.** Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
- CPSI - CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions.** 2. ed. Edmonton: CPSI, 2020. Disponível em: https://www.healthcareexcellence.ca/media/115mbc4z/cpsi-safetycompetencies_en_digital-final-ua.pdf
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERAIS: diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Enfermagem e Medicina	
Atenção à saúde	Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.
Tomada de decisão	O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.
Comunicação	Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.
Liderança	No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

Continua ►

Administração e gerenciamento	Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.
Educação permanente	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Fonte: Brasil (2001)

Competências: OMS e Canadian Patient Safety Institute

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

- O que é segurança do paciente?
- Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?
- A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente;
- Atuar em equipe de forma eficaz;
- Aprender com os erros para evitar danos;
- Compreender e gerenciar o risco clínico;
- Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados;
- Envolver pacientes e cuidadores;
- Prevenção e controle de infecções;
- Segurança do paciente e procedimentos invasivos;
- Melhorar a segurança no uso de medicação.

Os tópicos orientam a formação profissional e os currículos educacionais, com habilidades, comportamentos e conhecimentos essenciais para formação, que estão inseridos como atividades. As competências, organizadas em domínios, estabelecidas pelo CPSI (2020) são:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas OMS 2021-2030

Os objetivos estratégicos elencados pela Organização Mundial de Saúde para o período 2021-2030 orientam as atividades a serem desenvolvidas para alcançar a mesma finalidade em diferentes instituições, agregando aos padrões já desenvolvidos anteriormente, capacitando-os ao invés de limitá-los. Esses objetivos, que são sete, servem como norteadores dos caminhos a serem seguidos, e são compostos ao todo por 35 estratégias, formando uma matriz de 7x5 (WHO, 2021).

Referências - instrumento 2

BRASIL. **Parecer CNE/CES nº 583/2001, aprovado em 4 de abril de 2001.** Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>

CPSI - CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **The Safety Competencies:** Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. 2. ed. Edmonton: CPSI, 2020. Disponível em: https://www.healthcareexcellence.ca/media/115mbc4z/cpsi-safetycompetencies_en_digital-final-ua.pdf

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

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030:** towards eliminating avoidable harm in health care. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>

Material informativo da simulação

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

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

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

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

Os tópicos orientam a formação profissional e os currículos educacionais, com habilidades, comportamentos e conhecimento essenciais para formação, que estão inseridos como atividades. Frente à identificação de importante pesquisa nos currículos dos cursos de graduação em saúde, o CPSI identificou fragilidades no ensino sobre o tema “segurança do paciente”, como abordagem superficial ou ausente. Importante iniciativa foi a criação de uma estrutura de competências de segurança, a qual determina conceitos e temas a serem inseridos na grade curricular. Assim, foram descritas, pelo CPSI (2008), as competências, organizadas em seis domínios:

- **Domínio 1:** contribuir para uma cultura de segurança do paciente;
- **Domínio 2:** trabalhar em equipe pela segurança do paciente;
- **Domínio 3:** comunicar-se de modo eficiente para a segurança do paciente;
- **Domínio 4:** gerenciar os riscos de segurança;
- **Domínio 5:** otimizar fatores humanos e ambientais;
- **Domínio 6:** reconhecer, responder e revelar eventos adversos.

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

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

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

- **Domínio 2: trabalho em equipe**

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

- **Domínio 3: comunicação**

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

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

conscientização sobre as ameaças à segurança do paciente.

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

- **Domínio 4: Segurança, risco e melhoria da qualidade**

Descrição: Atuar sobre os riscos de segurança é um conceito amplo que engloba identificar, avaliar, reduzir e mitigar os riscos de segurança para pacientes e profissionais de saúde. Isso é conseguido envolvendo os pacientes e suas famílias e outros membros da equipe de atendimento na implementação de princípios informados por evidências de *design* de sistema e melhoria da qualidade.

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

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

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

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

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

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

BRASIL. **Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013.** Aprova os protocolos de segurança do paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html

BRASIL. **Portaria nº 2.095 de 24 de julho de 2013.** Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html

CPSI - CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **The Safety Competencies:** Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. Ottawa: CPSI, 2008.

CPSI - CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **The Safety Competencies:** Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. 2. ed. Edmonton: CPSI, 2020. Disponível em: https://www.healthcareexcellence.ca/media/115mbc4z/cpsi-safetycompetencies_en_digital-final-ua.pdf

VILLAR, V. C. F. L.; DUARTE, S. C. M.; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00223019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Yj4QxnXJJxJbsVhrrrCQwQr/?lang=pt>

Estudo de caso 1

Unidade de clínica médica Leito 102-1	Unidade de clínica médica Leito 102-2
<u>IDENTIFICAÇÃO:</u> Nome: B.H.C. – 68 anos DN: 14/10/1956 Sexo: masculino <u>DIAS INTERNADO:</u> 3 Dias <u>DIAGNÓSTICO:</u> Mal-estar NE <u>MEDICAÇÃO CONTÍNUA:</u> AAS 100 mg 1x ao dia Espironolactona 25 mg 1x ao dia Furosemida 40 mg 1x ao dia Losartana (potássica) 50 mg 1x ao dia Omeprazol 20 mg 1x ao dia Sinvastatina 40 mg 1x ao dia	<u>IDENTIFICAÇÃO:</u> Nome: B.C.H. – 40 anos DN: 14/10/1984 Sexo: masculino <u>DIAS INTERNADO:</u> 5 Dias <u>DIAGNÓSTICO:</u> Dor abdominal NE <u>MEDICAÇÃO CONTÍNUA:</u> Puran T4 40mg 1x ao dia

Fonte: Santos (2023)

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

Questões:

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

Estudo de caso 2

Unidade de clínica médica - Leito 102-1		
<u>IDENTIFICAÇÃO</u> Nome: B.H.C. – 68 anos DN: 14/10/1956. Sexo: Feminino	<u>DIAGNÓSTICO:</u> Dor abdominal	<u>MEDICAÇÃO CONTÍNUA:</u> - Anlodipina (Besilato) 5mg 1x ao dia - Atenolol 50 mg 1x de 12/12horas - Hidroclorotiazida 25mg 1x de manhã - Losartana (potássica) 50 mg 1x de 12/12horas - Sinvastatina 40 mg 1x a noite - Clonazepam 40 mg 2x ao dia

Fonte: Santos (2023)

Informações recebidas na troca do plantão: paciente é internada na unidade no final do dia, encaminhada da UPA, com diagnóstico de dor abdominal. O acompanhante estava presente no momento da internação e informou que a paciente estava com dificuldade de deambular, que na noite anterior quase havia caído da cama ao tentar levantar-se, e que também é alérgica à dipirona. O acompanhante vai para a residência buscar as roupas. A paciente tem acompanhamento com a neurologia, realiza exames de imagens agendados para amanhã, período matinal. O médico não deixou prescrita medicação SN no caso de dor. Realizada a admissão, liberado o acompanhante e orientado sobre normas e rotinas da unidade.

Paciente com alergia à dipirona, identificação no quadro de identificação, e pulseira com aler-

ta de alergia em MS. Próximo às 20 horas, acompanhante da paciente chega para passar a noite com ela. Ao chegar e observar a familiar, avalia que a mesma se apresenta agitada, inquieta e com intensa dor abdominal, e comunica a equipe de enfermagem, que chama o médico para realizar avaliação. Ele realiza a prescrição de medicação SN (buscopam 1 amp IM AGORA). Paciente fica um pouco mais calma, com um leve alívio dos sintomas, e realiza repouso no leito. No entanto, a medicação parece fazer pouco efeito. Três horas depois apresenta novo quadro de agitação, náuseas e vômito, e dor abdominal intensa, sai do leito sozinha, não segue as orientações da enfermagem e do acompanhante. A enfermagem comunica o médico, que realiza nova prescrição de SN (diazepam 1 amp IM AGORA + tramal 50mg EV + dramin 1 amp EV), o que faz com que a paciente se apresente sonolenta, mas com melhora da dor abdominal. Por volta das duas horas da manhã, o acompanhante da paciente está extremamente cansado, trabalhou o dia inteiro, e à noite veio ao hospital cuidar da tia. Acaba por adormecer. Paciente sonolenta, acorda, e precisa ir ao banheiro. Percebe que a luz está acesa, e pelo fato de saber que o seu acompanhante trabalhou o dia todo, opta por ir sozinha sem chamá-lo ou a outra pessoa para auxiliá-la, pois mesmo com a grade da cama levantada, ela consegue escorregar e sair pela lateral. Paciente consegue ir ao banheiro sem dificuldade, mas ao retornar para o quarto e se apoiar na cama, a mesma não está travada (rodas), e acaba indo para trás. Com isso a paciente cai no chão! Como estava sonolenta, não conseguiu apoiar-se com as mãos, e acabou machucando o rosto. Refere dor em braço e na face. Apresenta deformação em MSE, com suspeita de fratura de punho, escoriações e hematomas na face. Avaliada pela enfermagem, avaliada pelo médico, realizados exames. Fratura de ulna em MSE, e contusão de nariz.

Questões:

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

Instrumento 5 - *Checklist* para montagem do cenário

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

Fonte: Santos (2023)

Instrumento 6 - Identificação dos participantes do cenário

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES			
Nome:		Data de nascimento:	
Sexo: () Masculino () Feminino () Outro () Não declarar			
E-mail:			
Formação: () Medicina () Enfermagem			
Tempo de formação:			
	Sim	Não	Observação
Contato com o tema “segurança do paciente”?			
Participou de alguma estratégia de ensino com uso da simulação realística anteriormente?			Se sim, quantas?

Fonte: Santos (2023)

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO						
Nome:			Data de nascimento:			
Sexo: () Masculino () Feminino () Outro () Não declarar						
E-mail:						
Graduação em:		Qualificação:				
Presente no primeiro grupo focal? () Sim () Não Se não, teve acesso ao que foi discutido em grupo? () Sim () Não						
Objetivo da simulação: os objetivos da aprendizagem definidos pela pesquisadora, a partir da discussão com líderes em grupo focal, são: - Desenvolver a comunicação entre a equipe interprofissional; - Entender a importância dos protocolos e da inserção do paciente no processo de cuidar; - Desenvolver competências profissionais relativas à segurança do paciente.						
Nº	Item a ser avaliado	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
1	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à comunicação?					
2	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à adesão às normas e protocolos institucionais?					
3	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas ao envolvimento do paciente durante a prestação do cuidado?					
4	O desenvolvimento do caso propicia percepção de lacunas relacionadas à transversalidade do tema “segurança do paciente”?					

Continua ►

Nº	Item a ser avaliado	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
5	O cenário de simulação se aproxima da prática assistencial e educativa do aprendiz?					
6	A cena estimula o aprendiz a refletir sobre a prática profissional?					
7	A elaboração do caso contribui para atingir o objetivo proposto?					

Fonte: Santos (2023)

ROTEIRO DO CENÁRIO

1) Tempo:

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

2) Aprendizes:

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

3) Casos:

- 101-01: Maria Elaine da Silva, DN: 23/06/1956, 69 anos, feminino, natural de Barauná/RN. Foi internada na data de ontem com diagnóstico de dor abdominal a ser investigada. Encaminhada pela UPA Pinheirinho. Aguarda avaliação médica e solicitação de exames complementares.
- 101-02: Elaine da Silva Moraes, DN: 23/03/1963, 62 anos, feminino, natural de Curitiba/PR. Internada há 3 dias, encaminhada da UPA Boa Vista. 6º PO de uterolitíase com colocação de duplo J no CHC. Diabética, com queixas de hematúria.

ROTEIRO DO CENÁRIO	
Cena 1	Início da simulação e direcionamento das atividades. Maria (enfermeira 1) e Joana (enfermeira 2) iniciam a passagem de plantão, e o médico inicia a leitura do prontuário da sua paciente.
Posto de enfermagem	MARIA está finalizando o seu plantão noturno, organizando a bancada do setor enquanto aguarda a colega JOANA para a passagem de plantão. (FACE: expressão facial de “felicidade” pela chegada da colega, mas com uma postura de “cansaço” pelo final do turno) JOANA chega à unidade e pergunta: — Como está? Como foi o plantão? MARIA, que está finalizando o plantão, responde: — Estou bem! Mas o plantão foi agitado, muitas internações. JOSÉ chega à unidade no mesmo horário em que JOANA e direciona-se ao computador para realizar a leitura do prontuário da paciente. Ao observar que as enfermeiras estão conversando para trocar o turno, pergunta às colegas: — Como minha paciente, a senhora Elaine, passou a noite? MARIA responde: — Passou bem! Nesse momento, MARIA e JOANA saem do posto de enfermagem e se direcionam à enfermaria para iniciar a passagem de plantão à beira do leito.
Enfermaria	As enfermeiras entram na enfermaria 101 para realizar a conferência dos nomes da pacientes e leitos, e depois voltam ao corredor para realizar a passagem de plantão. MARIA diz: — 101-01: Maria Elaine da Silva (REGIONALIDADE NO NOME: ELÁYNE), DN: 23/06/1956, 69 anos. — 101-02: Elaine da Silva Morais, 62 anos. Saem para o corredor...

Continua ►

Cena 2	MARIA inicia a passagem de plantão para JOANA. E o DR. JOSÉ segue realizando a leitura do prontuário da sua paciente.
Corredor	MARIA diz: — 101-01, Maria Elaine da Silva (ELÁYNE), nome da mãe: Maria Gorete, 69 anos, feminino, admitida ontem com queixas de dor abdominal NE; iniciou com dor há 3 dias, associada a náuseas, vômito e diarreia. Apresenta-se alerta, calma, deambula com auxílio, SSVV estáveis, escala de dor: 10, AVP nº 22 em MSD, diurese espontânea, intestinais ausentes no período, alérgica. Tem solicitação de coleta de exames de sangue e TC de abdômen. JOANA pergunta: — Que horas será a TC? MARIA responde: — Não foi definido, apenas passaram que ocorreria no início da tarde! MARIA diz: — A próxima paciente é a Sra. Elaine da Silva Moraes, 62 anos, encaminhada da UPA para internação com diagnóstico de hematúria, D6 PO de uretolitíase com inserção de duplo J. Paciente apresenta-se ansiosa, deambulante, com bom estado geral, apresentou hipotensão ontem, mas agora SSVV estáveis. Realizado HGT CPM em 230, realizado insulina conforme recomendado, diurese espontaneamente, ausência de hematúria. Nega alergia. Foi informado possível alta hoje à tarde. E é isso! A unidade está com 100% de ocupação. Enfermeiras vão retornando ao posto de enfermagem. Nesse momento Maria diz: — Ah lembrei, o “paciente da TC” mantém jejum, acredito que chamem agora pela manhã, ligaram ontem no início da noite avisando. MARIA pega seus pertences e retira-se da unidade.

Continua ►

Cena 3	JOANA mantém-se no posto de enfermagem realizando atividades, e o médico direciona-se ao quarto da paciente para realizar avaliação.
Enfermaria	Nesse momento o DR. JOSÉ entra no quarto para avaliar a paciente do 101-02. Ao entrar no quarto passa álcool em gel nas mãos e encontra a paciente em repouso no leito. JOSÉ diz: — Bom dia, sou o Dr. José, sou médico residente, vou avaliar a senhora agora pela manhã, ok? Qual o seu nome? Paciente responde: — Olá doutor, bom dia, meu nome é Elaine! JOSÉ diz: — Nome completo, por favor? Paciente responde: — Elaine da Silva Moraes. JOSÉ pergunta: — Como a senhora passou depois da cirurgia? Paciente responde: — Eu passei bem, só que hoje pela manhã, quando fui urinar, saiu um pouco de sangue. É normal? JOSÉ diz: — Sim, é normal, foi colocado duplo J! E como a cirurgia é pelo canal, ocorre que pode sangrar um pouco sim, mas foi pouco ou muito que a senhora observou? Paciente responde: — Pouco! A urina está quase clara! JOSÉ diz: — Aah então ok, vou lhe dar alta agora pela manhã. Deixo escritas todas as orientações e receitas, ok? Paciente: — Ok, vou avisar minha família. JOSÉ: — Certo! Qualquer coisa que precisar, estou à disposição.

Continua ►

Posto de enfermagem	DR. JOSÉ direciona-se ao posto de enfermagem para comunicar a enfermeira acerca da alta da paciente, no entanto, a mesma está no telefone e não consegue conversar com ele. O médico sai do posto de enfermagem e acaba não passando a informação oral sobre a alta hospitalar.
Cena 4	Campainha do quarto 101 toca e JOANA direciona-se para atender.
Enfermaria	Ao chegar no quarto, a paciente do leito 101-02 informa à enfermeira JOANA: — Enfermeira, eu estou com dor no braço, eu já falei que não dá para colocar medicação neste braço, porque sempre dói muito. Só que quando eu falei isso para a outra menina, logo que cheguei, ela achou que era mentira e colocou o soro aqui. JOANA direciona-se ao leito e manuseia o acesso, e depois relata: — Vou pegar um novo acesso. Paciente responde: — Não, mas eu estou de alta já, o médico disse que iria me dar alta. Não dá pra tirar? JOANA responde: — Certo, vou verificar no prontuário.

Fim

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

Continua ►

NORMAS E PROTOCOLOS					
	Adequado	Quase adequado	Inadequado	Não avaliado	Observação
<u>Observação de normas e protocolos institucionais</u> Adequado: segue integralmente normas e protocolos institucionais. Quase adequado: segue as normas e protocolos parcialmente. Inadequado: não segue normas e protocolos.					
CONTINUIDADE DO CUIDADO E TRABALHO EM EQUIPE					
<u>Comunicação interprofissional</u> Adequado: escuta e compreende informações. Quase adequado: escuta, mas não compreende as informações. Inadequado: não escuta e nem compreende.					

Continua ►

ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NO CUIDADO					
	Adequado	Quase adequado	Inadequado	Não avaliado	Observação
<u>Comunicação com o paciente</u> Adequado: paciente foi incluído e informado. Quase adequado: paciente foi apenas informado. Inadequado: paciente não foi incluído nem informado.					
SEGURANÇA DO PACIENTE					
<u>Higienização das mãos em momentos oportunos</u> Adequado: higienizou as mãos nos momentos oportunos. Quase adequado: higienizou as mãos apenas em alguns momentos. Inadequado: não higienizou as mãos.					

Continua ►

	Adequado	Quase adequado	Inadequado	Não avaliado	Observação
<u>Identificação do paciente</u> Adequado: checagem em todos os momentos oportunos. Quase adequado: checagem apenas em alguns momentos. Inadequado: identificação não verificada.					
<u>Percepção de potenciais riscos</u> Adequado: atitude reflete a importância das boas práticas. Quase adequado: atitude reflete parcialmente valorização das boas práticas. Inadequado: atitude não reflete importância de boas práticas.					
Descreva ou comente lacunas ou falhas durante a simulação. Sugira melhorias.					

Fonte: Santos (2023)

Perguntas realizadas com base no instrumento de avaliação:

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

AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO						
		Excelente	Bom	Indiferente	Ruim	Péssimo
1	Atendimento às expectativas de aprendizagem					
2	Tempo para o desenvolvimento da simulação					
3	Conteúdo abordado correspondeu ao tema abordado no <i>workshop</i>					
4	Simulação possibilitou associar a prática à teoria					
Observações e considerações:						

Fonte: Santos (2023)