

## ***The wall da segurança do paciente: ação educativa para fortalecer a cultura da assistência segura***

### **AUTORES**

Nátali Artal Padovani Lopes, Gerente de Risco Sanitário, Serviço de Gerenciamento de Risco do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Heloísa Botto Dompieri Oliveira, Farmacêutica, Serviço de Gerenciamento de Risco, HCFMRP-USP.

Aline Maria Bonini Moyses, Enfermeira, Serviço de Gerenciamento de Risco, HCFMRP-USP.

Maria Odette Santos de Azeredo Passos, Enfermeira, Serviço de Gerenciamento de Risco, HCFMRP-USP.

Letícia Romano Beletti Magallini, Enfermeira, Serviço de Gerenciamento de Risco, HCFMRP-USP.

Luciana Kathumi Kiyoto, Oficial Administrativa, Serviço de Gerenciamento de Risco, HCFMRP-USP.

**Unidades de Trabalho envolvidas:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

### **RESUMO**

A segurança do paciente é um tema que tem sido amplamente discutido desde o final do século passado, gerando preocupação nos serviços de saúde com relação aos possíveis eventos adversos decorrentes da assistência à saúde, de modo que muitos esforços têm sido empreendidos para mitigá-los. Dessa forma, este estudo teve como objetivo disseminar a cultura de segurança do paciente entre profissionais e pacientes de um hospital universitário terciário, por meio de uma ação educativa humanizada e interativa. Trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa com amostra não probabilística por conveniência. A proposta foi desenvolvida em um hospital terciário de grande porte com profissionais, pacientes e acompanhantes, para fortalecer a cultura de segurança do paciente e engajá-los no seu próprio cuidado, trabalhando conjuntamente a educação permanente e a política de humanização em saúde. Foi desenvolvido um jogo denominado “*The Wall da Segurança do Paciente*”, no qual os participantes respondiam livremente uma pergunta relacionada a uma das seis metas internacionais para a segurança do paciente, trocando experiências e aprendendo dentro do contexto institucional, de acordo com os protocolos locais. Participaram da ação 343 pessoas, representando aproximadamente 5% da força de trabalho do serviço. Os participantes profissionais eram de diversas categorias, com destaque para a equipe de enfermagem. Com relação aos locais de trabalho, houve

uma difusão importante das participações em diversos setores, com destaque para as áreas de atendimento materno-infantil. As experiências construídas permitiram à equipe organizadora ressignificar seu trabalho, favorecendo o vínculo com profissionais e usuários e disseminando a cultura de segurança do paciente. Apesar das vivências positivas, ainda há um importante caminho na construção de práticas assistenciais mais seguras que preconizem o envolvimento de usuário-profissionais-gestão.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema que tem sido amplamente discutido nos serviços de saúde, ganhando maior notoriedade após a publicação do relatório *do Institute of Medicine* intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, que revelou inúmeros eventos adversos de caráter evitável<sup>1</sup>. O relatório evidenciou uma situação alarmante quanto aos erros assistenciais, o que impulsionou políticas e diretrizes para conferir maior seguridade na prestação da assistência à saúde. De tal modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fundou em 2004 a World Alliance for Patient Safety, com o intuito de estabelecer conceitos e definições visando à padronização dos termos utilizados no contexto da segurança do paciente<sup>2-3</sup>.

Na sequência, a OMS lançou os desafios globais para a segurança do paciente, que constituem seis metas: (1) identificação correta do paciente; (2) comunicação efetiva; (3) segurança na terapia medicamentosa; (4) cirurgia segura; (5) higienização das mãos; e (6) prevenção de quedas e lesão por pressão.

A segurança do paciente tornou-se uma área prioritária internacionalmente devido à persistência de danos, com altos custos para os serviços de saúde e comprometimento psicológico e físico de pacientes e profissionais<sup>3</sup>. Diariamente, milhares de erros ocorrem na área da saúde, causando mortes e lesões incapacitantes, tornando-se uma fonte importante de morbidade e mortalidade mundial<sup>4</sup>.

Em virtude da notoriedade e importância do tema, em 2013 o Brasil publica a Portaria MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)<sup>5</sup>, e a RDC nº 36/2013, que estabelece ações para segurança do paciente nos serviços de saúde<sup>6</sup>, fortalecendo e ampliando os debates sobre o tema e trazendo à tona a necessidade de os serviços de saúde de diversas complexidades monitorarem e adotarem ações de prevenção dos eventos adversos.

A segurança do paciente reforça o direito à saúde assegurado pelo art. 196 da Constituição Federal (1988), que é endossado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, atrelando tal direito às políticas de saúde com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma universal, integral e equânime<sup>7-8</sup>. Portanto, o PNSP não se constitui como uma política de saúde apartada, mas se articula intimamente com outras, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política instituída em 2003, também conhecida como HumanizaSUS, traçada a partir de princípios e diretrizes, cuja operacionalização se dá por meio de métodos e dispositivos pautados

na tríplice inclusão de sujeitos representativos da saúde: usuários, gestores e trabalhadores<sup>7-8</sup>, almejando mudanças e transformações na atenção e gestão dos serviços.

O conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos expressos individual e socialmente, sendo inicialmente contemplado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, que se funda na noção de dignidade e igualdade de todos os seres humanos<sup>9</sup>. Porém, o termo “humanização” na saúde transcende a causa humanitária e de direito à saúde, ampliando a visão para a gestão e o cuidado, em que é principalmente incluída a defesa da vida<sup>10</sup>.

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois tudo só se torna humano quando passa pelo diálogo entre os semelhantes, ou seja, se viabiliza nas relações e interações humanas pelo diálogo como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco<sup>11</sup>.

Nesse sentido, autores apontam a necessidade de repensar a formação dos profissionais da saúde, pensando nos modelos de gestão e atenção vigentes<sup>12</sup> e com ações de educação permanente contínuas articuladas a tais modelos<sup>13</sup>.

Para tanto, em 2004 foi publicada a Portaria MS nº 198/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que visa à promoção de mudanças positivas nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, na medida em que agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica, por meio da problematização da realidade e construção coletiva de soluções<sup>14</sup>.

O documento deixa explícito que o cuidado em saúde requer um trabalhador competente, problematizador de suas práticas, protagonista e transformador no contexto do cuidar. Portanto, destaca-se a importância da união entre a PNEPS e o PNSP como programas nacionais originados para contribuir com tal qualificação<sup>15</sup>, mas sem relegar o engajamento do paciente sustentado pela PNH.

Dessa forma, ações educativas com foco na atualização constante do profissional em atuação, mas também para o engajamento do paciente com vistas à sua segurança, são estratégias fundamentais para a consolidação da cultura de segurança do paciente, ao mesmo tempo que ensinam e promovem o vínculo entre as pessoas, mobilizando o fortalecimento da PNH.

## JUSTIFICATIVA

Compreendendo a importância do tema de segurança do paciente a fim de mitigar erros em decorrência da assistência prestada, utilizar estratégias educativas para a consolidação dessa cultura com os profissionais da saúde e pacientes é imperativo para boas práticas assistenciais, além de fortalecer o vínculo entre as pessoas, sejam elas profissionais, pacientes ou acompanhantes, mostrando que todos têm importância no processo de cuidar.

## OBJETIVO

Disseminar a cultura de segurança do paciente entre profissionais e pacientes de um hospital universitário terciário, por meio de uma ação educativa humanizada e interativa.

## MÉTODOS E MATERIAIS

Trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa que tem como pano de fundo a ação educativa elaborada em comemoração ao Dia Mundial da Segurança do Paciente, celebrado em 17 de setembro. Essa ação foi desenvolvida pela equipe executiva do Serviço de Gerenciamento de Risco (SGR) de um hospital universitário terciário de grande porte do interior do estado de São Paulo, que conta com 815 leitos gerais e 110 leitos de terapia intensiva.

A ação foi realizada nos dias 19 e 20 de setembro de 2023 para contemplar os dois prédios do complexo hospitalar, que serão denominados como Unidade 1 (U1) e Unidade 2 (U2). O hospital conta com cerca de 5.747 profissionais lotados no complexo.

O estudo trabalhou com amostra por conveniência não probabilística, de modo que não foram estabelecidos critérios de exclusão, considerando-se aptos a participar todos os indivíduos disponíveis presentes nas unidades, de forma voluntária. A proposta de ação educativa foi elaborada pelos profissionais lotados no SGR deste hospital.

A ação educativa consistiu na construção de um jogo no estilo “pinball”, confeccionado pelo setor de marcenaria do próprio hospital, que reaproveitou retalhos de madeira ou materiais descartados, sendo posteriormente adornado no SGR para torná-lo mais convidativo (Figura 1).



**Figura 1:** Jogo educativo “The Wall da Segurança do paciente”.

O jogo foi denominado “The Wall da Segurança do Paciente”. Ao jogar uma bolinha de gude no tabuleiro, ela deslizava para um dos seis nichos localizados na parte inferior, numerados

de 1 a 6. Cada um deles fazia menção a uma das metas de segurança do paciente, estando dispostos da seguinte maneira: (1) identificação correta do paciente; (2) comunicação efetiva; (3) segurança na terapia medicamentosa; (4) cirurgia segura; (5) higienização das mãos; e (6) prevenção de quedas e lesão por pressão. Na sequência, o participante respondia a uma pergunta correlata à meta que a bolinha havia indicado. As perguntas foram elaboradas previamente, estando correlacionadas às metas de segurança do paciente e com informações contempladas nos protocolos institucionais, totalizando 35 questões.

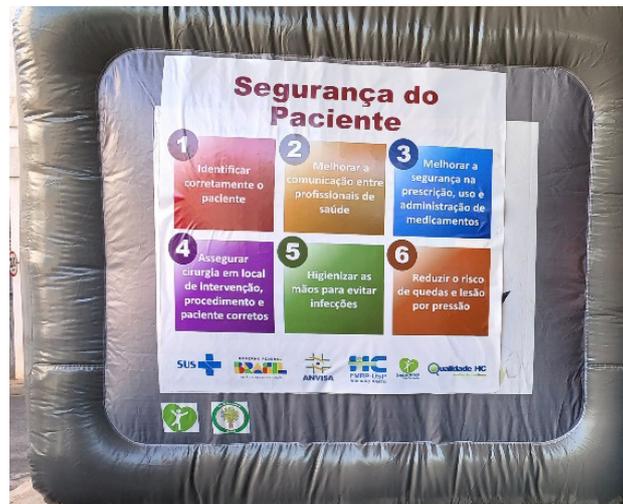
Na proposta da ação educativa, o enfoque foi trabalhar conceitos e medidas de prevenção de eventos adversos, baseado nas seis metas de segurança do paciente e nos protocolos e diretrizes institucionais correlatas, corrigindo as respostas quando houvesse necessidade, mas sempre endossando o conhecimento prévio e ressaltando a importância da prevenção para uma assistência segura e de qualidade. As respostas eram abertas, dando a oportunidade de livre expressão e compartilhamento de vivências, permitindo assim a criação de vínculos e diálogo entre os indivíduos, tal como preza a PNH.

Após o jogo, o participante era convidado a registrar sua imagem na moldura temática, que foi confeccionada pelo setor de marcenaria da instituição e customizada no SGR (Figura 2), aumentando o engajamento da comunidade e compartilhando a cultura de segurança do paciente. As imagens registradas e armazenadas tiveram a anuência dos participantes, que assinaram o termo. O tempo médio de participação de cada indivíduo ficou em torno de 2 a 3 minutos.



**Figura 2:** Foto da participação dos profissionais na ação com a moldura customizada.

No período de realização da ação educativa foi utilizada uma peça inflável antiga do SGR. Alguns elementos gráficos dela estavam desatualizados, sendo necessária uma customização com colante doado por uma empresa local, possibilitando assim sua reutilização (Figura 3), sem custos adicionais e com pouco impacto ambiental, já que o material não é descartável.



**Figura 3:** Peça inflável utilizada na ação educativa do Dia Mundial da Segurança do Paciente.

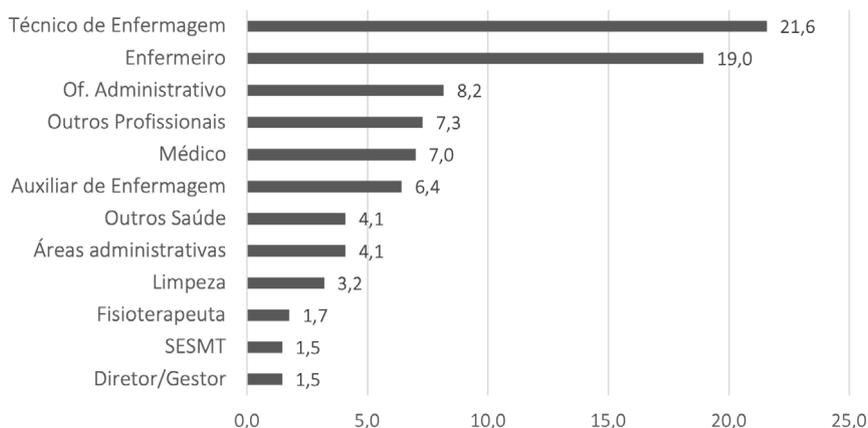
Além das ações e materiais anteriormente descritos, a equipe organizadora contou com o apoio do serviço de imprensa local para a divulgação da atividade e disponibilização do material digital elaborado no telão digital presente no pátio central, com visibilidade para todos os profissionais e pacientes que circulam na instituição. Destaca-se que a equipe se organizou em escalas de trabalho para obter o maior número possível de participantes, mantendo estações fixas em pontos estratégicos com alto fluxo de pessoas, e atuou de forma itinerante, visitando áreas assistenciais e recepções destinadas aos pacientes e acompanhantes.

## RESULTADOS

Participaram da ação educativa do Dia Mundial da Segurança do Paciente 343 pessoas, sendo 99 (28,9%) participantes na U1 e 244 (71,1%) na U2. Os participantes não profissionais totalizaram 50 pessoas, representando 14,6% da amostra da ação, sendo eles: acompanhantes (20-5,8%); pacientes (13-3,8%); alunos (12-3,5%); e visitantes (5-1,5%).

Com relação aos profissionais da instituição, o número total de participantes foi de 293 (85,4%), que contemplaram diversas áreas da instituição como assistenciais, serviços de apoio e administração. Esse número representa aproximadamente 5% da força de trabalho contratada na instituição. O Gráfico 1 demonstra que a equipe de enfermagem teve expressiva participação, com 74 técnicos de enfermagem (21,6%) e 65 enfermeiros (19,0%). Nas demais categorias de profissionais da instituição, os destaques foram os oficiais administrativos (28-8,2%) e os médicos (24-7,0%).

A categoria designada “Outros profissionais” (25-7,3%) contempla outros profissionais que não compõem a área da saúde, que foram agrupados devido ao baixo quantitativo, sendo alguns deles: marceneiro, tecnólogo, porteiro, vigilante e bombeiro. De forma semelhante, a categoria intitulada “Outros saúde” agrupa os demais profissionais da área da saúde, como fisioterapeuta, farmacêutico, terapeuta ocupacional e educador físico. Essas categorias demonstram uma participação bastante heterogênea do ponto de vista dos profissionais, envolvendo todos na cultura de consolidação da segurança do paciente dentro da instituição.



**Gráfico 1:** Distribuição (%) das categorias profissionais das Unidade 1 (U1) e Unidade 2 (U2) participantes da ação educativa do Dia Mundial da Segurança do Paciente. Setembro, 2023.

SESMT: serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho.

Fonte: Elaborado pelos autores.

No tocante à representatividade dos setores da instituição na ação educativa, a Tabela 1 indica que muitos deles participaram, permitindo observar oportunidades de discutir o tema em diversas frentes e favorecendo, assim, a disseminação da cultura de segurança do paciente.

**Tabela 1:** Distribuição (%) dos participantes da ação educativa do Dia Mundial da Segurança do Paciente, por setor de lotação laboral. Setembro, 2023.

Local	n	%	Local	n	%
Neonatologia/Pediatria	79	23,0	SESMT	6	1,7
Outros	55	16,0	Imprensa	5	1,5
Áreas administrativas	22	6,4	Infectologia	5	1,5
CTI adulto	22	6,4	Unidade Coronariana	5	1,5
Urgência/Emergência	18	5,2	Engenharia	4	1,2
Central quimioterapia	17	5,0	Laboratórios	4	1,2
Bloco cirúrgico	13	3,8	SHL	4	1,2
Neurologia	13	3,8	DAF	3	0,9
CTI pediátrica	10	2,9	Psiquiatria	3	0,9
Clínica cirúrgica	9	2,6	Cardiologia	2	0,6
Radiologia	9	2,6	Neurofisiologia	2	0,6
Clínica médica	7	2,0	Ortopedia	2	0,6
Nutrição	7	2,0	Geriatria	1	0,3
Oncologia	7	2,0	Governança	1	0,3
UTI pós-operatória	7	2,0	Informática	1	0,3

CTI: centro de terapia intensiva; UTI: unidade de terapia intensiva, SESMT: serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho; SHL: serviço hospitalar de limpeza, DAF: divisão de assistência farmacêutica.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A área com maior participação foi a “Neonatologia/Pediatria” (79-23,0%), que contempla enfermarias de assistência pediátrica, neonatal e à puérpera/parturiente, englobando três unidades de terapia intensiva alocadas nas U1 e U2 da instituição, além de uma unidade de cuidado intermediário neonatal. Os setores com menor participação foram a informática,

a governança e a geriatria, todas com um participante (0,3%) cada. “Outros” contempla o agrupamento de outras áreas com participação de apenas um participante.

## DISCUSSÃO

Apesar de todos os avanços conquistados globalmente no tocante à segurança do paciente, à compreensão dos conceitos advindos do relatório do Institute of Medicine no final do século passado e à necessidade latente de mitigar eventos adversos decorrentes da assistência à saúde, muitos ainda são os desafios para a consolidação e disseminação da cultura de segurança do paciente nos mais diversos níveis de cuidado e na equipe multiprofissional.

Uma das prerrogativas para o sucesso da ampliação do olhar de todos os profissionais dos serviços de saúde para as práticas seguras de cuidado está pautada na educação permanente em saúde. No caso deste estudo, uma ação educativa simplificada em comemoração ao Dia Mundial da Segurança do Paciente buscou divulgar a importância de práticas de segurança e estimular a comunidade hospitalar a ampliar conhecimentos sobre o tema.

Nesse sentido, incentivar a participação dos profissionais durante suas atividades laborais, sem a necessidade de deslocá-los para um outro espaço, é uma forma de otimizar o tempo e favorecer a participação. Segundo Marinho et al. (2016)<sup>16</sup>, essa é uma das formas de proporcionar melhorias na cultura de segurança. As mudanças positivas nessa cultura permitem que a força de trabalho e os processos estejam voltados à melhoria da confiança e segurança dos cuidados, enfraquecendo a cultura de atribuição do à incompetência da ação humana<sup>17</sup>.

Muitas são as possibilidades de ações educativas em saúde. Estratégias que promovam uma cultura de segurança podem incluir intervenção única ou intervenções combinadas, por exemplo, treinamento que utilize métodos estruturados para otimização dos processos de trabalho em equipe, como comunicação, cooperação, habilidades, atitudes e liderança<sup>18</sup>.

Ao considerar formas distintas de desenvolver a educação permanente em saúde, não se pode desconsiderar as estratégias ativas para a construção do conhecimento no âmbito profissional, buscando a participação efetiva em substituição a um modelo pautado na memorização e transferência unidirecional do saber<sup>19</sup>. Nesse sentido, “possibilita-se o desenvolvimento de novas habilidades e competências inerentes a prática, em um movimento de superar a mecanização do seu fazer e centralização em técnicas e procedimentos a partir da nova forma de fazer o aprendizado”<sup>20</sup>.

Dessa forma, a proposta de ação educativa lúdica e dinâmica implementada neste estudo está em consonância com uma proposta pedagógica que contempla estratégias ativas de ensino-aprendizado e favorecem a apreensão das informações e incorporação desse novo conhecimento nas rotinas laborais.

Segundo Koerich e Erdmann (2016)<sup>21</sup>, essas ações educativas, quando realizadas dentro de um plano ou projeto institucional, a exemplo do plano de segurança do paciente e projeto de certificação, podem configurar-se como práticas de educação permanente em saúde, por apresentar caráter de continuidade, passarem por processo avaliativo e atenderem a objetivos organizacionais<sup>20</sup>.

O planejamento e implementação de iniciativas que busquem melhorias, com vistas a uma assistência segura, é parte fundamental para a redução dos danos causados por práticas inseguras<sup>16</sup>. Contudo, autores destacam que os efeitos de tais intervenções podem não ser imediatos, em virtude de uma cultura prévia que buscava a culpabilização e a punição do indivíduo, contribuindo para o silêncio dos eventos adversos ocorridos<sup>16</sup>. A mudança cultural consiste em um processo de construção que envolve tensões, conflitos e ruptura com o trabalho fragmentado em prol do trabalho interdisciplinar<sup>22</sup>.

Nesse aspecto, ressaltamos a preocupação constante dos organizadores desta ação educativa em sempre contextualizar as metas internacionais de segurança do paciente com a realidade local dos profissionais, trazendo exemplos reais de boas práticas sustentadas pelas vivências, que favorece a compreensão dos profissionais de como repensar suas práticas. Outra prerrogativa foi envolver pacientes e acompanhantes presentes em áreas de internação, ambulatório e recepções, entendendo que o engajamento desses indivíduos também contribui para práticas assistenciais seguras, servindo de barreira aos eventos adversos.

Ribeiro et al. (2021)<sup>19</sup> apontam o caráter fundamental da educação permanente nos ambientes hospitalares, incluindo nesse processo a condução do indivíduo e familiares para estimular práticas seguras em prol da qualidade de vida. De forma complementar, Sardinha et al. (2013)<sup>23</sup> reforçam que o protagonismo do paciente com foco na segurança favorece a criação de ambientes propícios à assistência à saúde, ampliada por meio da gestão da qualidade dos processos com melhorias contínuas.

Ademais, ações educativas que proporcionam a aproximação entre profissionais e pacientes, envolvendo-os mutuamente para um cuidado de qualidade e seguro, advogam a favor da PNH, configurando uma forma de humanizar os espaços assistenciais, compartilhando informações e engajando pessoas.

De acordo com o MS<sup>8</sup>, “a implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade”. Medeiros e Batista (2016)<sup>13</sup> ratificam que essa política se articula intrinsecamente com a de educação permanente em saúde nos próprios espaços de produção de saúde.

A PNH tem três princípios norteadores, a partir dos quais se desdobra enquanto política pública transversal de saúde, que são: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo; e corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos<sup>9</sup>, sendo esses as molas propulsoras da política. Compreende-se que a inclusão de todos os agentes envolvidos no processo de promoção, proteção e prevenção da saúde é condição *sine qua non* para o exercício da PNH.

A relação do profissional de saúde com os usuários e a comunidade é atravessada por percepções, valores e saberes, e na perspectiva da emancipação da humanização o conhecimento técnico precisa aliar-se à sensibilidade, à escuta e ao acolhimento<sup>13</sup>. No transcorrer da ação educativa muitas foram as acolhidas e escutas, tanto de profissionais quanto de usuários, com relação a dúvidas, demandas e sentimentos aflorados em decorrência da permanência nos

serviços de saúde, ressignificando o momento para os organizadores e possivelmente também para os participantes.

Por fim, destacamos a preocupação com a sustentabilidade da equipe do SGR, idealizadora e executora da ação educativa descrita neste relato de experiência, ao elaborar a proposta do jogo “*The Wall da Segurança do Paciente*” com materiais passíveis de reutilização, além da adaptação da peça inflável para uma nova realidade, sem gerar seu descarte.

Desenvolver ações de educação permanente em saúde de baixo impacto ambiental é uma preocupação da instituição e contempla um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) na agenda de 2030, compreendido como objetivo focado na saúde e bem-estar<sup>24</sup>. Os ODS versam sobre temas compreendidos nos três pilares do *Environmental, Social and Governance* (ESG) e, dessa forma, posicionam o setor da saúde dentro da área de atuação do ESG<sup>24</sup>.

Felipe (2022)<sup>25</sup> expõe que a responsabilidade social na área da saúde vincula os profissionais ao compromisso com a saúde do paciente, mas também à sociedade de que veio e para qual retornará o paciente. Desse modo, os interesses do hospital não podem estar limitados aos pacientes internados, mas devem ultrapassar os limites da instituição de saúde, encarando a coletividade como pacientes em potencial<sup>24</sup>.

Sendo assim, a gestão ambiental das instituições de saúde deve ser uma realidade, ao considerar que os serviços oferecidos se inserem em um contexto maior, devendo assim preocupar-se com a sustentabilidade, a gestão de resíduos, a reciclagem e a reutilização dos materiais. Assim, compreenderá que há uma responsabilidade social implicada intrinsecamente no exercício das suas atividades enquanto instituição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é considerada hoje como essencial na formação dos profissionais de saúde, devendo estar presente nos programas de treinamento e capacitação. Sensibilizar profissionais para a importância dessa temática por meio de ações de educação permanente favorece a disseminação das boas práticas de segurança do paciente, contribuindo para um ambiente de assistência em saúde com menores riscos de evento adversos.

Ações educativas na área que estejam amparadas por estratégias ativas favorecem a construção do conhecimento e, conseqüentemente, a incorporação do novo aprendizado em práticas assistenciais seguras e que visam à qualidade no cuidado do cliente.

Ademais, considerando os princípios da PNH, engajar os usuários em ações educativas fortalece também as práticas assistenciais, impelindo os profissionais a cuidarem com vistas à qualidade de vida, além de tornar o usuário uma barreira de segurança.

As experiências construídas por meio desta ação educativa permitiram à equipe organizadora ressignificar seu trabalho, favorecendo o vínculo com profissionais e usuários e disseminando a cultura de segurança do paciente. Apesar das vivências positivas, cabe destacar que ainda há um importante caminho na construção de práticas assistenciais mais seguras

com relação às seis metas de segurança do paciente, considerando a necessária interlocução usuário-profissionais-gestão.

Por fim, destacamos que a ação educativa não consiste em um fim nela mesma. A partir deste movimento, o grupo de trabalho traçou novas estratégias e está elaborando um cronograma de ações e visitas às áreas para manter ações dessa natureza, com foco na segurança do paciente, de forma mais consistente e contínua. Os resultados obtidos neste projeto foram compartilhados no Núcleo de Segurança do Paciente da instituição e em breve serão divulgados para toda a comunidade local.

## REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 1999.
2. BRASIL. **Boletins Informativo** – Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Anvisa, 2017.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report** [Internet]. Genebra: World Health Organization, 2009.
4. World Health Organization. Patient safety: global priorities for research in patient safety. 2008
5. BRASIL. **Portaria MS nº 529/2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.
6. BRASIL. **RDC nº 36/2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013.
7. SANTOS, FSB; *et al.* A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, n.13, v.1 p.603-613, 2009.
8. BRASIL. **Programa Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília:MS, 2004.
9. ALMEIDA, SL; *et al.* Política de humanização (HumanizaSUS): uma política transversal na saúde. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, v.30, e789, p.1-6, 2019.
10. BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.
11. OLIVEIRA, BRG; COLLET, N; VIERA, CS. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Americana de Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.
12. HECKERT, ALC; PASSOS, E; BARROS, MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface**, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.

13. MEDEIROS, LMOP; BATISTA, SHSS. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. **Trab. Educ. Saúde**, v.14, n.3, p.925-951, 2016.
14. FARIAS, Q; *et al.* Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. **Rev. Eletrôn. Comunic., Inform. e Inovação em Saúde**, [S.l.], v.11, n.4, 2017.
15. LIMA, MEP; *et al.* Educação permanente em saúde: estratégia vital para práticas seguras. **Research, Society and Development**, v.9, n.7, p.1-12, 2020.
16. MARINHO, MM; *et al.* Intervenções educativas e seu impacto na cultura de segurança: uma revisão integrativa. **Enferm. Foco**, v.2, n.7, p.72-77, 2016.
17. KOHN, KT; CORRIGAN, JM; DONALDSON, MS. **To err is human: building a safer health system**. [internet] Washington: National Academy Press; 2000.
18. SALAS, E; DIAZGRANADOS, D; WEAVER, SJ; KING, H. *Does team training work? Principles for health care*. **Acad Emerg Med**, v.15, 2008.
19. RIBEIRO, LL; *et al.* O uso da metodologia ativa como ferramenta de fortalecimento para a segurança do paciente. **Rev. Eletr. Acervo Enferm.**, v.8, p.1-6, 2021.
20. PALHETA, MAS; *et al.* Formação do enfermeiro por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizado: influências no exercício profissional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [online], v.24, 2020.
21. KOERICH, C; ERDMANN, AL. Managing educational practices for qualified nursing care in cardiology. **Rev Bras Enferm.**, v.69, n.5, p.872-880, 2016.
22. SILVA, AM; SÁ, MC; MIRANDA, L. “Fiefdoms” and co-management: the paradox of autonomy in an experience of democratization of hospital management. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3063-72, 2015.
23. SARDINHA, LP; *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: Desvelando seus conceitos. **Revista Enfermería Global**, 2013.
24. FELIPE, MG; SOUSA, CAG; ALMEIDA, VSF. A aplicação do *compliance* e das práticas de ESG na segurança do paciente relacionada à infecção hospitalar para cumprimento da agenda da ONU para 2030. **UNISANTA**, v.12, n.1, 2023.
25. FELIPE, Márcio Gonçalves. **A Aplicação do compliance em hospitais privados para prevenção de erro médico e mitigação de danos**. New York: Fiocruz, 2022.