

Rosilene Aparecida dos Santos

**Avaliação dos resultados de um programa de formação em qualidade em saúde e
segurança do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais**

Rio de Janeiro

2018

Rosilene Aparecida dos Santos

**Avaliação dos resultados de um programa de formação em qualidade em saúde e
segurança do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mônica Silva Martins

Coorientador: Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Junior

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S237a Santos, Rosilene Aparecida dos.
Avaliação dos resultados de um programa de formação em
qualidade em saúde e segurança do paciente em hospitais do estado de
Minas Gerais / Rosilene Aparecida dos Santos. -- 2018.
277 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Mônica Silva Martins.
Coorientador: Walter Vieira Mendes Junior.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Segurança do Paciente. 2. Qualidade da Assistência à Saúde.
3. Avaliação Educacional. 4. Avaliação Institucional. 5. Capacitação
Profissional. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.104258098151

Rosilene Aparecida Dos Santos

**Avaliação dos resultados de um programa de formação em qualidade em saúde e
segurança do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 06 de março de 2018

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Milta Neide Freire Baron Torrez
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / EAD

Prof.^a Dra. Margareth Crisóstomo Portela
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dra. Mônica Silva Martins (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2018

Entre a alegria e a saudade, dedico este trabalho e a minha gratidão ao Professor Dr. Walter Vieira Mendes Júnior (in memorian). Meu eterno mestre e grande amigo!

Este foi seu último trabalho, fui sua última orientanda. Encerrou-o no dia 05 de dezembro de 2017, no leito do hospital Barra D'Or, no Rio de Janeiro:

“Está muito bom, o trabalho!”_disse ele.

Sim, Professor! Menos do que isto não seria digno do homem que o Senhor foi!

AGRADECIMENTOS

Há tanto e tanta gente para agradecer que seria quase impossível nominar cada pessoa que fez parte desta minha magnífica jornada, na realização de um sonho que, interrompido em outro momento, teve que se realizar aqui na Escola Nacional de Saúde Pública. Mesmo assim, quero agradecer de modo especial a alguns que se fizeram mais presentes.

Em primeiro lugar, agradeço ao Supremo Criador de todas as coisas por permitir vivenciar momentos, encontros que jamais serão esquecidos e concluir com êxito tal etapa maravilhosa da minha vida.

Agradeço de todo o meu coração ao meu eterno Professor Orientador, Walter Vieira Mendes Júnior, que, mesmo na sua fragilidade não desistiu de mim, ao contrário, foi nesse momento que me fez conhecer sua força, seu caráter e que me deu as mais preciosas lições de vida. Com ele aprendi que, apesar das adversidades, não podemos parar, temos que lutar com toda nossa força.

Agradeço o apoio incondicional da minha família, minha fortaleza! Meus pais, irmãos e sobrinhos. De modo especial agradeço à minha irmã, Dra. Rosmália Ferreira, de quem sigo os passos por me ajudou a planejar e construir os caminhos do mestrado.

Agradeço aos Professores do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP, por todo conhecimento, crescimento, apoio e carinho durante o curso e nos momentos difíceis, cujo apoio foi essencial.

Agradeço aos colegas do mestrado por tantos momentos de partilha e afeto.

Agradeço a equipe da EAD/ENPS que acolheu com solicitude o meu projeto de pesquisa, prestaram todo apoio e estrutura para realizá-lo.

Agradeço aos meus colegas do Hospital Federal de Ipanema, companheiros e amigos, que acreditaram no meu projeto e me deram suporte.

Não se trata de uma pessoa, mas foi fundamental! Então, agradeço ao Ministério da Saúde, que autorizou e financiou a realização do mestrado.

Agradeço a muitos outros amigos que acompanharam a minha trajetória, ouvindo, acolhendo com carinho minhas dificuldades e partilhando as alegrias e pequenas conquistas.

Milhões de vezes obrigada ao universo, à vida!

Este é o retrato dos hospitais brasileiros... Eles estão remando contra a maré!

(Walter Vieira Mendes Júnior, 05 de dezembro de 2017)

RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo a avaliação dos resultados do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (CQSSP), oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, pertencente à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Seu objetivo geral foi avaliar os resultados do CQSSP, suas contribuições para uma prática assistencial segura e para a melhoria da qualidade do cuidado em hospitais do estado de Minas Gerais. Por meio da aplicação do Modelo de Avaliação em Quatro Níveis de Donald Kirkpatrick, procurou investigar a contribuição do programa de formação, avaliando a reação dos alunos egressos ao curso, seu nível de aprendizagem, as mudanças comportamentais, e a contribuição do curso na implementação das ações para segurança do paciente, enquanto resultados do programa, em hospitais do Estado de Minas Gerais que indicaram participantes para o CQSSP. A pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal, de abordagem qualitativa e quantitativa com enfoque descritivo, realizado a partir de entrevistas com atores, análise documental e aplicação de questionário. A amostra foi composta pelos alunos egressos do CQSSP, que atuavam nos hospitais estudados. Como métodos de análise de dados foram utilizados a análise de conteúdo e estatística descritiva. Os resultados indicaram que, em termos de eficácia, o CQSSP, no nível de reação, alcançou aprovação de um elevado percentual de alunos. No nível de aprendizagem, ao percorrer a trajetória dos egressos, pode-se aferir um elevado nível na aquisição das competências propostas pelo curso. No nível comportamento, a autoavaliação dos alunos constatou um elevado grau de transferência da aprendizagem para o trabalho. No nível de resultados, evidenciou-se que o CQSSP contribuiu de forma significativa para a implementação das ações em segurança do paciente e, conseqüentemente, para uma potencial melhoria da qualidade do cuidado. Conclui-se que o CQSSP obteve êxito na sua proposta, mas pontos de aprimoramento foram observados. Além do mais, fatores externos ao curso impactaram a consolidação de resultados na prática. Merece ainda destaque o potencial da proposta metodológica de avaliação, aqui explorada, em cursos com configuração semelhantes ao CQSSP.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Avaliação Educacional. Avaliação Institucional. Formação Profissional.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the results of the course of Specialisation on Quality in Health and Patient Safety (CQSSP) offered by the National School of Public Health Sérgio Arouca, at Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ). Its general objective was to assess the results of CQSSP, its contributions to a safe health care practice and to improve the quality of care in hospitals in the state of Minas Gerais. Through the application of Donald Kirkpatrick's Four-Level Assessment Model, I sought to investigate the contribution of the training program through the examination of the students' reactions to the course, their level of learning, their behavioral changes, and the contribution of the course to the implementation of actions aiming patient safety in hospitals of the State of Minas Gerais - who had indicated students to CQSS - as an outcome of the program. The research, carried out in three phases, is a cross-sectional study, with a qualitative-descriptive and a quantitative approach, based on interviews with actors, documentary analysis, and questionnaire application. The sample surveyed was composed of former CQSSP students, working at the hospitals where the study was carried out at that point. To analyse the data, I used the method of content analysis as well as descriptive statistics. The results of the study indicates that in terms of efficacy, CQSSP, at the reaction level, had a high percentage of approval from students. At the level of learning, when considering the trajectory of the former students, a high level of acquisition of the competences proposed by the course was also observed. At the behavioral level, the students' self-assessment suggested that transference of learning to work was being achieved to a great extent. At the level of its outcomes, the research evidenciated that CQSSP contributed significantly to successful implementation of actions in patient safety, and, consequently, to a potential improvement of quality of care. The final conclusion was that CQSSP was successful in its proposal, although points for future improvement was also observed. Furthermore, external factors but those of the course itself have impacted the consolidation of results. It is also worth highlighting the potential of the methodological approach used in the present study for the evaluation of courses with similar configuration to the one offered by CQSSP.

Key words: Patient safety. Quality of Health Care. Educational Evaluation. Institutional Evaluation. Professional Training.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Papel dos atores do curso de especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da EAD/ENSP/FIOCRUZ.	68
Figura 2 - Categoria de análise I - Organização e planejamento do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.	72
Figura 3 - Categoria de análise II - Estruturação e Execução do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.	73
Figura 4 - Categoria de análise III - Avaliações do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.	74
Figura 5 - Categoria IV - Resultados do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.	75
Figura 6 - Representação multinível dos resultados do CQSSP, Brasil, 2017.	209

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, no estado de Minas Gerais por anos de profissão, Brasil, 2017.....	119
Gráfico 2 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP por tempo de trabalho em hospitais do estado de Minas Gerais Brasil, 2017.	120
Gráfico 3 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, no estado de Minas Gerais, segundo sua participação na estrutura de segurança do paciente, Brasil, 2017.	121
Gráfico 4 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, do estado de Minas Gerais, segundo sua ocupação em cargo de gestão no momento da realização do CQSSP, Brasil, 2017.....	122
Gráfico 5 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, do estado de Minas Gerais, segundo sua ocupação em cargo de gestão no momento da realização da pesquisa, Brasil, 2017.....	123
Gráfico 6 - Relação entre ocupação do cargo de gestão e o CQSSP na percepção dos alunos egressos, do estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.....	124
Gráfico 7 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre a conciliação do curso com a atividade laboral, Brasil, 2017.	133
Gráfico 8 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre a disponibilidade para cumprir a carga horária mínima do curso de 8 horas semanais, Brasil, 2017.....	133
Gráfico 9 - Desempenho individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, na Unidade de Aprendizagem I, Brasil 2017.	135
Gráfico 10 - Desempenho Individual dos alunos do CQSSP do estado de Minas Gerais na Unidade de Aprendizagem II, Brasil, 2017.	136

Gráfico 11 - Desempenho Individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem III, Brasil, 2017.....	137
Gráfico 12 - Comparação de desempenho Individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem I, II, e III, Brasil, 2017.....	137
Gráfico 13 - Desempenho dos alunos do CQSSP do estado de Minas Gerais no TCC, Brasil, 2017.....	139
Gráfico 14 - Participação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, nas discussões sobre a segurança do paciente no hospital onde trabalha após o curso, Brasil, 2017.	142
Gráfico 15 - Incentivo à interação das equipes e apoio nas questões de segurança do paciente feitos pelos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.....	143
Gráfico 16 - Incorporação da aprendizagem à prática profissional pelos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.	143
Gráfico 17 - Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a considerar o erro como possibilidade na prática profissional depois do curso, Brasil, 2017.....	144
Gráfico 18 - Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a estudar e pesquisar sobre temas relacionados à segurança do paciente, gestão de risco e qualidade em saúde depois do curso, Brasil, 2017.	145
Gráfico 19 - Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a identificar os riscos existentes no hospital e as melhores formas de reduzi-los, Brasil, 2017.....	145
Gráfico 20 - Percentual de alunos egressos do CQSSP que passaram a propor ações de segurança do paciente para contribuir para a mudança de cultura no hospital após o curso, Brasil, 2017.....	146

Gráfico 21 - Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a incentivar a participação do paciente nas questões da sua própria segurança após o curso, Brasil, 2017.	147
Gráfico 22 - Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a valorizar o erro como uma oportunidade de melhoria na qualidade do cuidado, Brasil, 2017.....	147
Gráfico 23 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre oportunidade para aplicar os conhecimentos adquiridos no curso à sua prática profissional, Brasil, 2017.....	148
Gráfico 24 - Constituição e operação dos Núcleos de segurança do paciente ou instâncias exclusivas para a segurança do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	150
Gráfico 25 - Momento de constituição, nível de operação dos NSPs ou instâncias equivalentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	151
Gráfico 26 - Percentual de participação das categorias profissionais nos NSPs ou instância equivalente em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	152
Gráfico 27 - Carga horária dos profissionais que atuam nos NSPs ou Instâncias equivalentes, em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	153
Gráfico 28 - Vinculação orgânica dos NSPs ou instâncias equivalentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	153
Gráfico 29 - Periodicidade da participação dos NSPs ou instância equivalente em reuniões com instâncias superiores em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.....	154
Gráfico 30 - Reunião dos NSPs ou instâncias equivalentes, com outros setores, em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.....	155

Gráfico 31- Funcionamento do sistema de notificações em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	156
Gráfico 32 - Percentual de Sistema de notificações a cargo dos NSPs ou instâncias equivalentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	156
Gráfico 33 - Momento de implementação da política de notificações de incidentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	157
Gráfico 34 - Conformidade das notificações de incidentes de acordo com orientações da ANVISA em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017... ..	158
Gráfico 35 - Contribuição do CQSSP para implementação do sistema de notificações de incidentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do curso, Brasil, 2017.	159
Gráfico 36 - Percentual de ocupação do tempo de trabalho dos NSPs ou instâncias equivalentes com notificações de incidentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	160
Gráfico 37 - Aplicação de questionário para medir a cultura de segurança em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	161
Gráfico 38 - Graus de implementação do protocolo de identificação do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.....	162
Gráfico 39 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de identificação do paciente na opinião dos aluno/equipes em hospitais do Estado de Minas Gerais participantes do curso, Brasil, 2017.....	166
Gráfico 40 - Graus de implementação do protocolo de higiene das mãos em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	167
Gráfico 41 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de higiene das mãos na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.	170

Gráfico 42 - Graus de implementação do protocolo de úlcera por pressão em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	171
Gráfico 43 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de úlcera por pressão na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais, que participaram do curso Brasil, 2017.	174
Gráfico 44 - Graus de implementação do protocolo de prevenção de quedas em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.	175
Gráfico 45 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de prevenção de quedas na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.....	179
Gráfico 46 - Graus de implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.....	180
Gráfico 47 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de Medicamentos na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.....	185
Gráfico 48 - Graus de implementação do protocolo de cirurgia segura em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.	186
Gráfico 49 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de cirurgia segura na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.	190
Gráfico 50 - Inclusão da segurança do paciente na educação continuada e permanente em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.....	191
Gráfico 51 - Influência do CQSSP na educação continuada e permanente em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.....	192
Gráfico 52 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre o favorecimento da infraestrutura para um cuidado seguro, Brasil, 2017.	193

Gráfico 53- Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre o apoio da direção na implementação das ações para Segurança do paciente, Brasil, 2017. ...	194
Gráfico 54 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre a influência de fatores externos na implementação das ações para segurança do paciente, Brasil, 2017.....	195
Gráfico 55 - Participação do NSP ou instância equivalente nas deliberações dos hospitais que participaram do CQSSP no estado de Minas Gerais, Brasil, 2017	196
Gráfico 56 - Favorecimento da comunicação entre NSP ou instância equivalente e outros profissionais na implementação das ações para segurança do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.	197

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Lista de hospitais do estado de Minas Gerais que indicaram alunos participantes da primeira turma do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da ENSP/FIOCRUZ.....	62
Quadro 2 - Categorias e dimensões da avaliação no nível de reação do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da ENSP/FIOCRUZ.	63
Quadro 3 - Entrevistas com atores do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do paciente (CQSSP)	69
Quadro 4 - Características dos documentos analisados do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.	76
Quadro 5 - Análise dos registros dos documentos segundo sua categoria de análise: informações relevantes.....	113
Quadro 6 - Abas acessadas no AVA do CQSSP.	115
Quadro 7 - Frequência de ações para segurança do paciente resultado da análise dos TCCs, elaborados pelos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais.	116
Quadro 8 - Graus de implementação do protocolo de identificação do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.....	163
Quadro 9 - Graus de implementação do protocolo de higiene das mãos em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.	168
Quadro 10 - Graus de implementação do protocolo de úlcera por pressão em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017	172
Quadro 11 - Graus de implementação do protocolo de prevenção de quedas em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.	176

Quadro 12 - Graus de implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017..... 181

Quadro 13 - Graus de implementação do protocolo de cirurgia segura em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017..... 187

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perdas da amostra na pesquisa de avaliação do CQSSP no Estado de Minas Gerais, de acordo com os motivos, Brasil, 2017.	118
Tabela 2 - Percentual de respostas do questionário aplicado aos alunos egressos da primeira turma do CQSSP no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.....	118
Tabela 3 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP no Estado de Minas Gerais segundo a categoria profissional, Brasil, 2017.	119
Tabela 4 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP no Estado de Minas Gerais segundo a ocupação de cargo de gestão no momento de realização do CQSSP, Brasil, 2017.	122
Tabela 5 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, no estado de Minas Gerais, segundo a ocupação de cargo de gestão no momento de realização da pesquisa, Brasil, 2017.	123
Tabela 6 - Avaliação no nível de Reação dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Material Didático e Conteúdo Programático: conteúdo teórico, Brasil, 2017.	125
Tabela 7 - Avaliação no nível Reação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Material Didático e Conteúdo Programático: Livros, Brasil, 2017.	126
Tabela 8 - Avaliação no nível de Reação dos alunos egressos CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Atividades, Unidade de análise Atividades Solicitadas no AVA, Brasil, 2017.	127
Tabela 9 - Avaliação no nível Reação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Atividades, Unidade de análise Fóruns e Chats, Brasil, 2017.	128
Tabela 10 - Avaliação no nível Reação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Sistema de Tutoria, Unidade de análise Tutoria e mediação pedagógica, Brasil, 2017.....	130

Tabela 11 - Avaliação no Nível Reação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Estrutura de apoio à aprendizagem e Unidade de análise Ambiente Virtual de Aprendizagem, Brasil, 2017.	132
Tabela 12 - Desempenho individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem I, Brasil, 2017.	134
Tabela 13 - Desempenho individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem II, Brasil, 2017.	135
Tabela 14 - Desempenho individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem III, Brasil, 2017.	136
Tabela 15 - Desempenho dos alunos do CQSSP do estado de Minas Gerais, no TCC, Brasil, 2017.	139
Tabela 16 - Notas dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, por categoria profissional, Brasil, 2017.	140
Tabela 17 - Média de notas por aluno/equipe do CQSSP, do estado de Minas Gerais, por localização dos hospitais, Brasil, 2017.	141
Tabela 18 - Desempenho dos alunos/equipes no CQSSP, do estado de Minas Gerais, por tipo de gestão do estabelecimento.	141
Tabela 19 - Aproveitamento da amostra na pesquisa de avaliação do CQSSP, no estado de Minas Gerais, no nível de resultados, Brasil, 2017.	149

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CQSSP	Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente
EA	Evento(s) Adverso(s)
EAD	Educação a distância
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
FAC	Formulário de acompanhamento do curso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEMS	<i>Generic Error - Modelling System</i>
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PALOPs	Países Africanos de Língua Oficialmente Portuguesa
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretora Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias da informação e comunicação
TDIC	Tecnologias digitais de informação e comunicação
T&D	Treinamento e Desenvolvimento
TD&E	Treinamento, Desenvolvimento e Educação
UA	Unidade de Aprendizagem

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	23
2.	JUSTIFICATIVA.....	29
3.	OBJETIVOS.....	32
4.	MARCO TEÓRICO.....	33
4.1.	QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE: HISTÓRICO E DEFINIÇÕES.....	33
4.2.	CONCEITOS-CHAVES EM SEGURANÇA DO PACIENTE	35
4.3.	CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E MODELOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE	37
4.4.	O PAPEL DO PROFISSIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA CULTURA DE CULPABILIZAÇÃO VERSUS RESPONSABILIZAÇÃO E A FORMAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA.	39
4.5.	FORMAÇÃO PROFISSIONAL: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	43
4.6.	MODELO DE AVALIAÇÃO EM QUATRO NÍVEIS DE DONALD KIRKPATRICK	46
4.7.	PRESSUPOSTOS CRÍTICOS DA AVALIAÇÃO NO CAMPO DA EDUCAÇÃO.....	51
4.8.	PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS DA EAD/ENSP	55
4.9.	O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE (CQSSP)	57
5.	MÉTODO	60
5.1.	POPULAÇÃO DE ESTUDO	61
5.2.	APLICAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO EM QUATRO NÍVEIS DE KIRKPATRICK	62
5.3.	ENTREVISTAS.....	65
5.4.	REVISÃO DOCUMENTAL	70
5.5.	QUESTIONÁRIO: ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO	77

5.6.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	79
6.	AVALIAÇÃO DO CQSSP – PRINCIPAIS ACHADOS DO ESTUDO....	81
7.	DISCUSSÃO.....	198
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	219
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	221
10.	APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE	225
11.	APÊNDICE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA ORIENTADOR DE APRENDIZAGEM DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE	226
12.	APÊNDICE III - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TUTOR DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE	227
13.	APÊNDICE IV - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR PEDAGÓGICO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE	228
14.	APÊNDICE V: AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO EM QUATRO NÍVEIS DE DONALD KIRKPATRICK	230
15.	APÊNDICE VI - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CQSSP APLICADO AOS ALUNOS EGRESSOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS	Error! Bookmark not de

1. INTRODUÇÃO

A qualidade do cuidado vem se tornando uma preocupação central na área da saúde. No Brasil, em particular, cresce o debate e as ações cujas perspectivas se voltam para a oferta de um cuidado que preze pela qualidade e, principalmente, que seja um cuidado seguro.

A mudança do cuidado, devido ao desenvolvimento do conhecimento e a inserção de novas tecnologias, tem influenciado o conceito de qualidade em saúde ao longo do tempo. Diferentes autores atribuem à qualidade distintos significados e dimensões (ou atributos). (MARTINS, 2014). A qualidade do cuidado não é, portanto, um conceito fechado e pode ser entendida a partir de suas dimensões. O *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos da América (EUA), considera a segurança do paciente como uma das dimensões da qualidade. (INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.); COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001).

Problemas com a segurança do paciente expressam-se na ocorrência de incidentes, que quando chegam a atingi-lo podem ou não causar danos, mas, independentemente das suas consequências, solicitam atenção dos profissionais e gestores da saúde. Os incidentes com danos são conhecidos como eventos adversos (EA) e são definidos como uma “mudança indesejável no estado de saúde do paciente decorrente da assistência recebida” (MARTINS, 2014, p. 34). A ocorrência de incidentes em saúde evidencia um grave problema de qualidade.

Não é incomum a veiculação da ocorrência de EA pelos meios de comunicação e, na maioria das vezes, são apresentados sob a denominação de “erros médicos”. Isso reflete no cotidiano, visto que não faltam exemplos de falhas no cuidado resultantes de problemas relacionados a uma prática assistencial insegura e de má qualidade. Quase sempre, o ponto de vista sob os quais são apontadas as falhas tende a buscar no profissional de saúde um culpado para os problemas que ocorrem. Essa forma de abordar o problema não contribui para elucidar as suas reais causas. A mudança de perspectiva, em que se permite olhar o problema a partir de uma abordagem sistêmica tem contribuído com o desenvolvimento do campo teórico da segurança do paciente (WACHTER, 2012).

As causas dos EA não podem ser atribuídas a um único fator. “Invariavelmente para cada incidente que ocorre, as falhas são múltiplas, simultâneas e tanto originadas no sistema (condições latentes – sempre presentes) como na ação ou inação (omissão) dos profissionais (erros ou falhas ativas – nem sempre presentes)” (SOUSA; LAGE; RODRIGUES, 2014, p. 104). Se, por um lado, a abordagem sistêmica é uma importante base de sustentação do campo da segurança do paciente, por outro, não se pode perder de vista a responsabilização dos profissionais de saúde, como um elemento importante para prestação de um cuidado seguro e para desenvolvimento de uma cultura justa. É preciso estabelecer uma cultura justa, que contrapese a não culpabilização com a responsabilidade do profissional, por exemplo, quando não há cumprimento de diretrizes clínicas. (WACHTER, 2012)

A busca de pacientes e familiares por reparações na justiça, por meio de processos relativos a falhas no cuidado, é um problema a ser enfrentado pelas organizações de saúde. A lei constitui um importante instrumento para proteção contra situações que coloquem em risco bens essenciais à vida, integridade física e psíquica dos usuários. Aprofundam-se as questões sobre o desenvolvimento de mecanismos judiciais que reconheçam a qualidade do cuidado e segurança do paciente como direito fundamental, bem como possam contribuir com sua evolução (FARIA; MOREIRA; PINTO, 2014). Com isso, emerge a necessidade de se criar normas legais e mecanismos regulatórios específicos que contribuam com a segurança do paciente, não só a partir do litígio, mas que considerem a garantia da qualidade dos serviços de saúde no exercício do cuidado.

A ocorrência de EA também implica perdas financeiras. Tendo em vista que os recursos são limitados, a análise do custo de incidentes em saúde demonstra o peso econômico dos EA para a sociedade e sua importância dentro das políticas de saúde. Essa questão chama a atenção para a necessidade de se reduzir os EA. Estudos apontam que lesões de pacientes no tocante à má prática assistencial aumentam o custo dos serviços hospitalares em um percentual que varia entre 13% e 16% (JACKSON, 2009; PERELMAN; PONTES; SOUSA, 2014). Emerge a necessidade de se fomentar a cultura de segurança nas organizações de saúde. Concepções e práticas assistenciais devem sustentar uma cultura voltada para um cuidado seguro e de qualidade a partir da percepção ou comportamento dos profissionais que reconheçam os riscos, prezem pela qualidade e segurança.

A magnitude do problema relacionado à segurança do paciente foi descrita em inúmeros estudos em países como EUA, Austrália, Reino Unido, Portugal e Brasil (MARTINS, 2014). O relatório *To Err is Human* elaborado pelo IOM constitui o principal marco para a segurança do paciente (TRINDADE; LAGE, 2014). Reconhecidas as proporções do problema que envolve a segurança do paciente, foram editadas duas importantes normas no Brasil, estabelecendo padrões e critérios de funcionamento e operação para as organizações de saúde. Em 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e, posteriormente, no mesmo ano, foi publicada a resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 36, da Agência Nacional Vigilância Sanitária (ANVISA), norma reguladora da segurança do paciente em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013).

O PNSP está estruturado em quatro eixos de atuação: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente perpassa todos os quatro eixos (BRASIL, 2013).

A inclusão do tema no eixo de ensino do PNSP deve contemplar os diversos níveis e modalidades de ensino: o ensino técnico, de graduação de nível universitário, a pós-graduação e a educação permanente dos profissionais da saúde. Assim, os processos de formação devem ser ponto de atenção de pesquisadores, estudiosos, gestores e organizações. Há, portanto, que se distinguir entre os níveis de ensino compreendidos pela Lei das Diretrizes e Bases da educação nacional brasileira como Educação Básica (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio) e Educação Superior, das modalidades de ensino compreendidas como Educação profissional, Educação Especial, Educação de jovens e adultos, entre outras, tais como: a educação a distância (Lei 9394/1996). A constante introdução de novas tecnologias na saúde ressalta a importância de que a segurança do paciente figure como um tema a ser trabalhado na educação formal, e nas formações que ocorrem no cotidiano do trabalho. É necessário também que os membros dos núcleos de segurança do paciente (NSP), instância organizativa obrigatória em todos os estabelecimentos de saúde, recebam formação específica, com foco no aprendizado por equipe, fornecidos em cursos de aperfeiçoamento, de atualização e de especialização, quer sejam presenciais, semipresenciais ou a distância. Seguindo as orientações da OMS, é importante incorporar os conhecimentos sobre a segurança do

paciente nas bases curriculares do ensino técnico e de graduação, articulados às políticas do MS voltadas para educação e trabalho (BRASIL, 2014).

Atendendo à inclusão do tema segurança do paciente no ensino, como um dos quatro eixos do PNSP, por solicitação do MS, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), desenvolveu um processo de formação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Para esse processo de formação foi elaborado um curso de especialização, para um público de mil e cinquenta alunos de nível superior que atuam na área da saúde no Brasil (1.000 alunos), em Portugal (25 alunos), e em países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPS) (25 alunos), que aconteceu entre setembro de 2014 e setembro de 2015, com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento de competências e conhecimentos científicos sobre as questões da qualidade e da segurança do paciente como questões-chave na prestação de cuidados em saúde.

Esse curso, denominado de Curso Internacional em Qualidade em saúde e Segurança do Paciente, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) em parceria com a ENSP da Universidade Nova de Lisboa, tendo em vista a necessidade de se abranger as distintas regiões geográficas, foi concebido na modalidade a distância/semipresencial, cujo formato contava com quatro mediações: o material didático, o ambiente virtual de aprendizagem, o sistema de acompanhamento acadêmico-pedagógico e a tutoria/orientação da aprendizagem.

A cargo do Departamento de Administração e Planejamento da ENSP/FIOCRUZ, esteve sob a coordenação do Professor Dr. Walter Vieira Mendes Júnior. Com carga horária de 408 horas, o curso exigia dos profissionais participantes a dedicação mínima de 8 horas semanais de estudo. O perfil da clientela foi definido como qualquer profissional de nível superior que dominasse a língua portuguesa e que trabalhasse na atenção à saúde (atenção primária, cuidados hospitalares e cuidados continuados) ou na gestão em saúde.

O CQSSP no desenvolvimento do curso proposto, embora seja configurado como um curso em nível de especialização, foi tratado como um programa de formação, visto que está inserido no contexto do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Com isso, assume características de um programa na medida em que se propõe a ser uma intervenção para transformar uma dada realidade e produzir impacto na saúde. Nesse

sentido, admite-se a definição de programa enunciada por Shortell e Richardson (1978), ou seja, o programa constitui uma intervenção como resposta organizada aos problemas de saúde, atingindo objetivos, com vistas a melhorar a saúde de uma população (apud GREMBOWSKI, 2001; CALDAS, 2017).

Ao conceber o CQSSP como um programa, a sua avaliação, enquanto pesquisa avaliativa executada sob o rigor científico e das técnicas de pesquisa, busca conhecer mais profundamente o efeito dessa intervenção.

Podemos definir a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. (HARTZ, 1997, p.37,)

Tendo em vista o caráter teórico-prático da qualidade do cuidado e da segurança do paciente, do campo de conhecimento de Recursos Humanos, em particular da área de “Treinamento e Desenvolvimento e Educação (TD&E)”, é possível absorver o conhecimento necessário para que os processos de formação na área de qualidade em saúde e segurança do paciente possam alcançar, na prática, a transformação necessária do cuidado. Do vasto arcabouço teórico em que se desenvolveu o campo de TD&E, pode-se obter modelos para avaliação dos resultados dos processos de formação. Conceitualmente, Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E) constituem um sistema integrado por subsistemas, no qual a avaliação é o subsistema responsável por prover informações, retroalimentar e aperfeiçoar todo o sistema (ABBAD et al., 2012). A avaliação é também fundamental para dimensionar se os resultados alcançados na prática correspondem àqueles planejados. Trata-se, portanto, de avaliar a eficácia dos processos de formação.

Hartz (1997, p. 42) discorre sobre a análise de feito, ao focalizar os tipos de abordagens a partir da pesquisa avaliativa, bem como ressalta que o conceito de eficácia não é absoluto e depende do contexto em que é aplicado, do procedimento escolhido, da natureza da intervenção avaliada e da finalidade do exercício de avaliação. Assim, no

contexto do estudo proposto, utiliza-se o sentido de eficácia como “aquela que estimamos ao analisar os resultados de uma intervenção, em um contexto natural, sobre os indivíduos que dela se beneficiaram. Em tal situação, “as variáveis relativas aos usuários e aos prestadores de serviço são observadas” (HARTZ, 1997, p. 42). Quando falamos no sentido de ampliar os efeitos da intervenção, para além dos beneficiados, abrangendo toda a população optamos por utilizar o termo efetividade.

Entre os modelos de avaliação de processos de formação, o modelo desenvolvido por Donald Kirkpatrick, conhecido como Avaliação em Quatro Níveis, desde 1959 vem recebendo grande aceitabilidade entre as mais diversas organizações. Passadas décadas, o modelo, ainda hoje, tem espaço para aplicabilidade e demonstra sua potencialidade para aferir resultados de processos de formação. É possível aplicá-lo nos mais diversos tipos de processos de formação, tais como, os cursos de pós-graduação. Mesmo na era das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC), dos processos educacionais a distância apoiados pela tecnologia, também chamados *e-learning*, ensino on-line etc, é possível adaptar o modelo de Kirkpatrick e extrair preciosas informações sobre o processo ou formação. Ao se propor avaliar transversalmente, os níveis de reação, aprendizagem, comportamento e resultados, o modelo permite um olhar abrangente sobre a qualidade do processo de formação e os resultados alcançados (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010). Considerando sua aplicabilidade, com base no modelo citado buscou-se avaliar o curso de especialização em qualidade em saúde e segurança do paciente (CQSSP), ofertado pela ENSP/FIOCRUZ e verificar a ponte entre formação e prática.

2. JUSTIFICATIVA

Quando falhas, erros e violações acontecem no sistema de saúde, as barreiras de segurança são ultrapassadas e um incidente atinge o paciente, causando-lhe dano está caracterizado um EA. Nessas circunstâncias, os prejuízos causados podem ser medidos em três dimensões: para a saúde do paciente, cujos danos sofridos podem ter consequências variadas, indo desde o prolongamento da internação, perda de capacidade funcional temporária ou permanente, até o óbito; para o profissional, que pode sofrer severas punições, demissão, danos psicológicos e emocionais, perda da autoconfiança, estragos em sua vida pessoal e profissional; e para a organização, que pode sofrer prejuízos de imagem, perdas financeiras, entre outros. Torna-se importante desenvolver mecanismos tanto de prevenção, quanto do gerenciamento de incidentes. Pesquisas sobre o tema podem trazer benefícios para pacientes, profissionais, organizações e novos achados podem contribuir com o aprimoramento de tecnologias que diminuam os riscos na prática assistencial e reduzam a ocorrência de incidentes, proporcionando um cuidado mais seguro.

Há nas questões relacionadas com a segurança do paciente implicações jurídico-legais que precisam ser consideradas, sobretudo quando envolvem a ocorrência de um EA (FARIA et al., 2014). Sem desconhecer o caráter legítimo dos pacientes de recorrerem à justiça, para profissionais e organizações representam custos elevados, além de um profundo desgaste para os envolvidos. Em muitas circunstâncias, as consequências de tais processos podem extrapolar os limites da ocorrência, comprometendo outras dimensões da vida e do cotidiano dos envolvidos.

Cabe ressaltar que a segurança do paciente revela um viés econômico que não é desprezível. Incidentes elevam o custo da assistência e o impacto financeiro pode ser bastante significativo para a organização afetando, principalmente, aquelas cujos recursos são mais escassos. Os custos cada vez mais elevados da assistência à saúde, reforçam a necessidade de se ampliar a pesquisa em qualidade em saúde e segurança do paciente, bem como aprimorar as tecnologias aplicadas nesse campo.

É notório que a assistência à saúde, na sua perspectiva sócio-técnica/antropotécnica, revela a centralidade do fator humano, uma das principais peças que sustentam o sistema. Essa característica pressupõe a relação entre profissionais,

entre profissionais e tecnologias e entre profissional e organização (SOUSA-UVA; SERRANHEIRA, 2014). O desajuste ou desarmonia nessa relação pode enfraquecer as barreiras de segurança e favorecer a ocorrência de incidentes. Nesse sentido, um dos aspectos que não pode ser ignorado é a célere mudança tecnológica no campo da saúde, em que continuamente são desenvolvidos novos conhecimentos, aplicações, produtos e práticas, aumentando a complexidade das atividades e exigindo de profissionais e organizações maior especialização e flexibilidade para lidar com os desafios impostos pela rápida transformação da tecnologia. É preciso preparar os profissionais por meio dos processos sólidos de formação que possam gerar a melhoria da qualidade da assistência e que tornem o cuidado mais seguro. Contudo, há de se reconhecer que dificilmente são feitas avaliações dos processos de formação do ponto de vista de seus resultados.

A proposta de avaliar a formação de profissionais que lidam com a qualidade em saúde e segurança do paciente assume fundamental importância para a compreensão dos elementos que influenciam tanto o processo de formação, isto é, aquisição do conhecimento, mudança de comportamento, atitudes e implicações na prática individual, quanto a análise dos resultados obtidos a partir do processo: ações propostas, ações implementadas e mudanças nas organizações.

Resulta daí a necessidade de se avaliar os resultados dos esforços na formação em qualidade do cuidado e segurança do paciente em que ocorre a interface dos elementos do processo de cuidado, ou seja, no ambiente organizacional, a partir de uma abordagem que considere a interação destes elementos.

O processo de formação em qualidade em saúde e segurança do paciente tem o claro propósito de tornar o cuidado mais seguro e de melhor qualidade e a avaliação deste processo deve compreender não somente as competências adquiridas pelo profissional, mas também que resultados são gerados a partir da aplicação das competências adquiridas. É importante avaliar resultados como forma de retroalimentar o processo de formação, apontando acertos, possíveis falhas e resultados para que o processo seja aperfeiçoado.

Essa melhoria no processo de formação pressupõe tanto adequar conteúdo e recursos didáticos, quanto ajustar objetivos, ou ainda, estabelecer outros que contribuam com sua finalidade maior que é de gerar um cuidado seguro e de melhor qualidade. O ciclo de formação, portanto, não se encerra na conclusão de uma atividade formativa, mas encontra sentido nos resultados que geram por meio da prática dos profissionais, em que

são agregados novos comportamentos condizentes com as competências apreendidas, bem como agregam valor ao paciente, o profissional para a organização, o sistema de saúde e a sociedade.

Um dos objetivos dos processos de formação, de fundamental importância no processo de cuidado, é estabelecer entre os participantes uma identidade de pensamento e homogeneidade de práticas, no sentido de que os sujeitos possam se comunicar utilizando uma mesma linguagem e decodificá-la de forma similar. Esses elementos são importantes para desenvolver a cultura de segurança. A incorporação de conceitos desenvolvidos no campo teórico da qualidade e segurança do paciente e sua introdução na prática pelos profissionais, pode ser facilitada a partir dos processos de formação. Nesse sentido, avaliar os resultados do processo de formação pode fornecer indícios para conhecer o grau em que formação contribui para que esse objetivo seja alcançado.

Por fim, a existência de bons processos de formação não garante que os resultados esperados sejam alcançados. Aplicar o conhecimento à prática para transformar os processos do cuidado encontra barreiras ainda pouco elucidadas na literatura atual. Por isso, a pesquisa, buscou contribuir para lançar luz sobre essa questão.

3. OBJETIVOS

Esta pesquisa procura indagar, como questão central, a influência do processo de formação dos profissionais de saúde no cuidado seguro, por meio dos resultados obtidos em um Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, ofertado pela ENSP/FIOCRUZ. Pretendeu-se investigar, com base no modelo de avaliação em quatro níveis de Donald Kirkpatrick, os moldes das avaliações com foco organizacional, a contribuição do curso na formação dos profissionais, quais foram as mudanças de comportamento a partir da aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de competências relacionadas ao tema. A pesquisa pretendeu, ainda, investigar que ações foram propostas ou implementadas para tornar o cuidado mais seguro, portanto de melhor qualidade, e em que medida houve contribuição efetiva dos profissionais egressos do curso, nas organizações de saúde, durante e após a especialização.

3.1. Objetivo Geral:

Avaliar os resultados do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, suas contribuições para uma prática assistencial segura e para a melhoria da qualidade do cuidado em hospitais do estado de Minas Gerais.

3.2. Objetivos Específicos

1. Avaliar a satisfação dos participantes do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente com o processo de formação.
2. Investigar o nível de aprendizagem dos participantes do curso na aquisição das competências propostas em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes.
3. Identificar possíveis mudanças de comportamento dos participantes, ou seja, o nível em que conhecimentos, habilidades e atitudes dos participantes foram transferidos para o trabalho;
4. Descrever e examinar as ações de melhoria de qualidade do cuidado e segurança do paciente propostas e implementadas pelos egressos nos hospitais do Estado de Minas Gerais que os indicaram para participar do curso.

4. MARCO TEÓRICO

Neste capítulo, estão apresentadas as bases teóricas imprescindíveis à compreensão do objeto da pesquisa proposta, o conceito de qualidade e o que faz relação com a segurança do paciente. Além disso, expõe sobre como esse campo tem se estruturado no contexto internacional e nacional. Uma seção específica discorreu sobre as características das organizações de saúde e sobre os modelos desenvolvidos para a segurança do paciente. Na sequência, foi embasado o papel do profissional de saúde na segurança do paciente tomando como referência o debate das abordagens da culpabilização *versus* responsabilização e da formação de uma cultura justa. Apresentadas essas questões, foram explicitadas as articulações entre segurança do paciente e a formação profissional. Por fim, foi ressaltada a importância da avaliação como parte integrante do processo de formação e apresentado o Modelo de Avaliação em Quatro Níveis de Donald Kirkpatrick.

4.1. Qualidade em saúde e segurança do paciente: histórico e definições

A qualidade em saúde é um conceito multidimensional e subjetivo, a partir do qual a ideia de um juízo de valor positivo se expressa, de forma que sua definição e elementos constitutivos variam de acordo com seus autores e atores intervenientes. Algumas dessas definições podem ser encontradas em autores como Donabedian (1980); Palmer (1991) e em textos de instituições como a Associação Médica Americana (1984); *Office of Technology Assessment* (1988); *Institute of Medicine (IOM)* (1990) (MARTINS, 2014).

Muitos países desenvolveram estratégias para monitorar e melhorar o desempenho clínico e a qualidade dos serviços de saúde, bem como apresentam diversos motivos que fazem com que tais elementos sejam importantes pontos de atenção: altos custos com o cuidado em razão da incorporação tecnológica e intensidade dos serviços, transição demográfica com envelhecimento populacional, mudanças no perfil epidemiológico com prevalência das doenças crônicas, variação da prática clínica. (MENDES; NORONHA, 2013)

Para enfrentar esses desafios, as iniciativas buscam a melhoria contínua da qualidade do cuidado, mas privilegiam esforços para

garantir transparência nos gastos, controle dos custos assistenciais, prestação de cuidados adequados, livre de riscos desnecessários e equânimes e redução de variações indesejáveis na prática clínica. (MENDES; NORONHA, 2013, p. 16)

Os motivos descritos no trecho acima deixam claro a amplitude das questões que envolvem a qualidade em saúde. Com isso, não se referem somente aos processos e procedimentos, mas dizem respeito a todo o sistema de saúde, sua configuração e sustentabilidade ao longo do tempo, bem como a relação que o sistema de saúde estabelece com variados atores: pacientes, prestadores, profissionais, governos etc.

O referencial teórico adotado para o trabalho proposto entende qualidade e segurança como categorias inseparáveis e utiliza a definição dada pelo *Institute of Medicine* (IOM), em que a qualidade do cuidado faz menção ao “grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (MEDICARE; MEDICINE; LOHR, 1990, p. 4).

No ano 2001, o IOM passou a incorporar a segurança do paciente como uma das dimensões da qualidade do cuidado, com a efetividade, oportunidade, centralidade no paciente, eficiência e equidade. Sendo assim, a segurança constitui uma dimensão fundamental da qualidade do cuidado, não é possível separá-las, embora sejam distintas. Mendes e Noronha et. al. (2013) organizam os dois conceitos de modo a tornar bastante claras quais são suas fronteiras.

No geral, qualidade aborda os resultados esperados com os sistemas de saúde, enquanto a segurança tem como foco as diversas possibilidades de falha no funcionamento de um sistema, que obrigatoriamente são maiores do que os modos de funcionamento aceitáveis (MENDES; NORONHA, 2013, p. 25).

É importante salientar que, embora não se trate de uma questão recente, já que desde os registros da antiguidade e ao longo da história a qualidade do cuidado tem sido abordada, a magnitude do problema relacionado com a segurança do paciente foi, em primeiro, lugar evidenciado pelo relatório *To err is human: building a safer health system*, do IOM, publicado no ano de 1999 demonstrando que cerca de 100 mil pessoas morrem

por ano, nos Estados Unidos, vítimas de EA, em hospitais. Uma estimativa de mortalidade maior do que entre pacientes com AIDS, câncer de mama ou atropelamento (INSTITUTE OF MEDICINE (IOM), 1999). O tema Segurança do Paciente passou, desde então, a ganhar destaque e têm sido fomentadas inúmeras iniciativas governamentais, e não governamentais, em tal área.

Entre as diversas iniciativas globais no campo da Segurança do paciente, destaca-se a criação, no ano de 2004, pela OMS, da *World Alliance for Patient Safety*, desdobrada em um programa voltado para a segurança do paciente com o objetivo de identificar prioridades na área e compor uma agenda mundial de pesquisa para o campo (REIS et al., 2013). A partir do programa foram implementadas iniciativas no campo educacional e da pesquisa, entre elas, a criação de uma taxonomia específica para a segurança do paciente; as campanhas denominadas “Desafios Globais” voltados para a redução de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), a melhoria da segurança no cuidado cirúrgico (MENDES; NORONHA, 2013) e, mais recentemente, no transcorrer do ano de 2017, a campanha para reduzir pela metade os erros relacionados com a medicação (PAHO, 2017).

No Brasil, a segurança do paciente passou também a ser uma preocupação. Estudo pioneiro de coorte retrospectivo foi realizado no ano de 2003, em hospitais de ensino da cidade do Rio de Janeiro, quando foram revisados 1103 prontuários de pacientes. Obteve uma taxa de incidência de EA de 7,6%, dos quais 66,7% poderiam ser evitados (MENDES et al., 2013). Desde então, inúmeros estudos têm sido desenvolvidos nesse campo.

4.2. Conceitos-chaves em segurança do paciente

Com a elaboração da taxonomia para segurança do paciente, a OMS definiu 48 (quarenta e oito) conceitos-chave dentro da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*). Esses conceitos foram traduzidos para língua portuguesa pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS) (BRASIL, 2014). A construção de uma linguagem única é fundamental para consolidação do campo, na medida em que organiza

os conceitos e estabelece significados, facilitando a comunicação e compreensão entre os diversos atores: pesquisadores, profissionais, gestores, usuários do sistema de saúde etc.

Baseado na taxonomia da OMS, dentre os conceitos-chave para a segurança do paciente destacam-se alguns dos mais relevantes para esta pesquisa. Estes conceitos foram adotados pelo MS, na RDC nº 36, publicada em 25 de julho de 2013, pela ANVISA:

Segurança do paciente: redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde.

Dano: refere-se ao comprometimento da estrutura ou função do corpo, e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Risco: probabilidade de um incidente ocorrer.

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

Vale salientar que, embora não tenham sido definidos dentro da normativa acima citada, além dos EA, os incidentes de acordo com sua natureza e grau podem ser subdivididos em:

Circunstância notificável (incidente notificável): circunstância em que houve potencial significativo para o dano, mas o incidente não ocorreu.

Near miss: incidente que não atingiu o paciente.

Incidente sem dano: o evento atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.

Apesar dos EA receberem maior atenção, tendo em vista os danos causados, os outros tipos de incidentes devem ser analisados com cautela, tanto por denotar falhas no processo do cuidado, quanto pelo potencial de melhorias e aprendizagem que apresentam.

Incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou não-intencionais. **Erro** e **violação** são também conceitos-chave de suma importância para compreensão da segurança do paciente. Reason (2003) entende a ocorrência de um **Erro** quando uma sequência de atividades mentais ou físicas falha, não atingindo o resultado proposto e não podendo ser, essas falhas, atribuídas ao acaso. Enquanto a **Violação** é tida como a transgressão deliberada. Erros e violações cometidos pelos profissionais de saúde podem causar incidentes, embora possuam naturezas completamente diferentes.

Os **Erros** são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são intencionais, embora raramente maliciosas e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos (REASON, 2003). A este respeito Runciman e Colaboradores (2007) apresentam compreensão distinta de Reason (2003), isto é, para esses autores as violações são atos deliberados passíveis de repreensão, enquanto para Reason a linha que separa erro e violação é tênue, portanto, mostra-se mais complacente (NASCIMENTO, 2014).

4.3. Características das organizações de saúde e modelos para segurança do paciente:

A abordagem dos sistemas complexos para caracterizar as organizações de saúde tem sido largamente aceita pela comunidade acadêmica. Uma característica marcante das organizações de saúde é que envolvem a constante interação entre pessoas, tecnologias e ambiente, formando a longa cadeia de prestação de serviços que abarca o cuidado. A natureza do cuidado requer a interação entre tecnologias e conhecimentos multidisciplinares que estão sujeitas às influências do ambiente externo, tendo uma direção operacional local, porém regulada externamente (MENDES; NORONHA, 2013).

Como em todo sistema complexo, as organizações de saúde são compostas por partes que se inter-relacionam em uma constante troca de fluxos entre si. Tal interação está sujeita a interferências e desajustamentos que impedem a consecução perfeita de um dos principais objetivos das organizações de saúde: um cuidado seguro e de qualidade. Erros e falhas são constantes gerando prejuízos para o paciente, para o profissional e para a organização. “A ocorrência de EA é considerada um sério problema relacionado à segurança do paciente que reflete problemas na qualidade do cuidado prestado em todo o mundo” (MENDES et al., 2013b, p. 422).

Na perspectiva da abordagem sistêmica, Reis et al.(2013) em artigo intitulado “A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura”, descreve a forma como a segurança do paciente vinha sendo tratada:

O conceito atual de segurança do paciente aponta como principais fatores responsáveis pela ocorrência de EA as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos isoladamente. A premissa é de que os

seres humanos cometem falhas e que, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, não causas. E, embora não se possa mudar a condição humana, é possível atuar naquelas sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (REIS et al., 2013, p. 2032).

Modelos explicativos foram desenvolvidos para compreender e explicar a genealogia das falhas e erros. O modelo elaborado pelo psicólogo britânico James Reason, da Universidade de Manchester, baseado no Sistema de Modelos Gerais de Erros – *Generic Error-Modelling System* (GEMS), que ficou conhecido como Modelo do Queijo Suíço, caminha por uma abordagem sistêmica, pressupõe que não é possível que falhas humanas e técnicas sejam totalmente eliminadas dos sistemas, mas a interposição de barreiras impede que um incidente possa atingir um paciente. Quando as falhas no processo se alinham os incidentes acontecem. As falhas do sistema podem ser falhas ativas relativas a erros violações, ou falhas latentes entendidas como condições preexistentes no sistema que levaram ao erro (REASON, 2003).

Para operacionalizar o conceito de erro, Reason (2003) distingue: Deslize (*slip*): referente a uma ação executada fora do plano prescrito; Lapso (*lapse*): forma de erro que pode não se apresentar por um comportamento; Engano (*mistake*): erro no processo de julgamento ou inferência na seleção de objetivos ou especificação de meios.

O Modelo teórico de Yorkshire desenvolvido por Lawton e colaboradores está voltado para análise de incidentes no ambiente hospitalar. Mendes e Noronha (2013, p. 33) fazem uma descrição deste modelo.

No Modelo de Yorkshire, no centro estão as falhas ativas, que podem ser: enganos, deslizes, lapsos e violações. Os fatores contribuintes encontram-se distribuídos ao longo de circunferências concêntricas. Os fatores contribuintes podem ser: situacionais (fatores individuais, fatores da equipe, características da tarefa e fatores do paciente); condições do ambiente de trabalho (equipamentos e suprimentos, gerenciamento do staff e dimensionamento, supervisão e liderança, carga de trabalho dos profissionais e linhas de responsabilidade); de fatores

organizacionais (políticas e procedimentos, apoio das funções centrais, treinamento e educação, programação e gerenciamento de leitos, e ambiente físico); e fatores externos (desenho dos equipamentos e suprimentos de insumos e legislações). Os sistemas de comunicação e a cultura de segurança influenciam todos os demais fatores contribuintes (LAWTON et al., 2012).

Baseado no modelo de James Reason, Vincent e Colaboradores desenvolveram outro modelo explicativo para análise de incidentes clínicos, que ficou conhecido como Protocolo de Londres (*London Protocol*) e tem como propósito identificar falhas no sistema a partir da identificação de causas de um incidente específico (MENDES; NORONHA, 2013).

Outras abordagens para a segurança do paciente têm sido desenvolvidas mais recentemente, entre elas estão: a segurança como defesa em profundidade, da qual James Reason é o autor mais representativo; A abordagem das Organizações de Alta Confiabilidade (*High Reliability Organization*) em que a segurança é trabalhada em todos os níveis organizacionais; A abordagem em que a segurança é tratada como resiliência. Os autores mais representativos desta linha são Erik Hollnagel e David Woods. Nessa última abordagem, a segurança está na capacidade dos indivíduos e da coletividade de reconhecer, adaptar e absorver os movimentos ocorridos no sistema, de forma a mantê-lo seguro. Para distinguir de outras abordagens, os autores fazem uso das denominações Segurança I, para as anteriores, e Segurança II para a baseada na engenharia de resiliência (MENDES; NORONHA, 2013).

4.4. O papel do profissional para segurança do paciente: considerações sobre uma cultura de culpabilização versus responsabilização e a formação da cultura de segurança.

Em seu trabalho pioneiro no Brasil, Mendes et al. (2013) ressalta que a ocorrência de um EA pode resultar de duas possibilidades:

A ocorrência de um EA não significa obrigatoriamente que houve erro no cuidado com o paciente. Pacientes podem sofrer danos inerentes ao cuidado de saúde que não podem ser evitados (p. ex.,

efeito colateral decorrente do tratamento quimioterápico). Já o EA evitável representa o dano ao paciente que está associado a uma falha ativa ou a uma condição latente, ou mesmo a uma violação de normas e padrões. (MENDES et al., 2013b, p. 422)

Reason (2000) destaca duas formas para lidar com o erro humano, a partir de uma abordagem da pessoa ou a partir de uma abordagem sistêmica, cada uma dessas vertentes pressupõe modelos de causalidade e formas de compreensão distintas. A primeira abordagem entende os atos inseguros a partir dos processos mentais aberrantes, tais como: esquecimento, desatenção, desmotivação, descuido, negligência e imprudência. As medidas para gerenciar o risco, nessa perspectiva, devem ser feitas a partir de medidas que reduzam a variabilidade indesejada no comportamento humano. Na abordagem sistêmica, de acordo com Reason (2000), os erros não são considerados causas, mas consequências de falhas atribuídas ao local de trabalho e ao processo: “a premissa básica da abordagem do sistema é que os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, mesmo nas melhores associações” (REASON, 2000, p. 768). Nesse caso, as medidas de gerenciamento devem recair sobre as condições sob as quais os seres humanos trabalham, ou seja, fortalecer o sistema pela interposição de barreiras.

A possibilidade de que um erro ocorra pela violação de normas e padrões, redireciona a discussão para outra abordagem, que contrapese a não culpabilização e a responsabilização. Wachter (2012, p.13) sublinha que “nos primeiros anos do movimento de segurança do paciente, o pêndulo avançou demais em direção aos sistemas e agora está voltando em direção à responsabilização individual e coletiva”. Nessa perspectiva, esse autor destaca ainda que a responsabilização do profissional é um elemento importante nos sistemas seguros (WACHTER, 2012).

Não se pode perder de vista que o erro faz parte da condição humana, assim “um sistema de saúde que dependa da perfeição humana está fadado a nos desapontar” (WACHTER, 2012, p. 6). Contudo, em uma abordagem baseada na responsabilização, assinala Wachter (2012) referenciando um caso específico descrito no seu estudo, “é preciso estabelecer limites, linhas de distinção entre as fragilidades humanas esperadas e os níveis de desempenho que não atinjam os padrões profissionais” (WACHTER, 2012, p. 6-7). Afirma que, embora a maioria dos erros, no que diz respeito à segurança do paciente, possam ser atribuídos aos sistemas disfuncionais e não a maus indivíduos, a

responsabilização pelo desempenho é um atributo fundamental de um sistema seguro (WACHTER 2012, p. 14).

Analisando os fatores contribuintes para a ocorrência de EA evitáveis, em seu estudo Mendes et al. (2013b) identificou 68 fatores para 65 ocorrências, dos quais as principais causas estavam relacionadas ao fator humano. “O fator contribuinte mais frequente foi a não adesão à norma, isto é, “não verificou ou não seguiu o protocolo ou diretriz clínica” em 36 (55,9%) casos, erro técnico em 9 (14,7%) e a habilidade do profissional em 7 (11,8%) casos (MENDES et al., 2013b, p. 424).

Se por um lado a inserção do fator humano deve levar em conta uma abordagem que não ignore o fato de que um incidente em saúde pode advir de uma conduta negligente e imprudente do profissional, resultado da violação ou da completa ignorância das normas e protocolos, por outro, cabe examinar como os profissionais de saúde têm sido preparados para a prática de um cuidado seguro. Wachter (2012, p. 11) citando Denham “ressalta que é fácil cairmos automaticamente em um ciclo de acusação e repreensão, citando as políticas violadas e ignorando as leis do desempenho humano e a nossa responsabilidade enquanto líderes”.

Na perspectiva em voga, o desenvolvimento da Cultura Justa estabelece o equilíbrio entre as duas formas de abordagens, nela não se exclui a possibilidade da ocorrência do erro humano, mas quando os erros são atribuídos a uma conduta intencional e irresponsável são passíveis de punições.

David Marx, advogado e engenheiro dos EUA, popularizou o conceito de Cultura Justa desenvolvendo um modelo que distingue “o “erro humano” (um ato inadvertido, como um “deslize” ou um “engano”), o “comportamento de risco” (o uso de atalhos que, aos olhos do prestador do cuidado de saúde, não representam riscos — o equivalente a não respeitar uma placa de “Pare” em um cruzamento pouco movimentado) e o “comportamento imprudente”. Somente esta última categoria, definida como “atuar com desprezo consciente diante de riscos substanciais e injustificáveis”, merece ser culpabilizada” (WACHTER, 2012, p. 8).

Em um contexto de trabalho que preze por uma cultura voltada para segurança do paciente, que fomente a formação de uma cultura justa, pressupõe-se a existência de um trabalho contínuo de prevenção de incidentes, gerenciamento de erros, monitoramento, educação de profissionais, entre outras ações baseadas na transparência e colaboração em todos os níveis da organização.

A cultura de segurança pode expressar em que nível existe comprometimento de seu corpo funcional. Em consonância com a OMS, no Brasil, o MS define cultura de segurança como uma “cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares” (BRASIL, 2013, p.16).

A cultura de segurança deve ser construída a partir de valores e crenças comuns que sustentem a prática assistencial Reis (2014, p. 81) referenciando Nieva & Sorra (2003) ressalta:

a cultura de segurança é descrita pelas autoras como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupos, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente. (REIS, 2014, p. 81).

Fragata, Sousa e Santos (2014) ao discorrerem sobre cultura de segurança em organizações fiáveis/confiáveis, aplicada às organizações de saúde, afirmam o compartilhamento de valores comuns nas diversas camadas ou ambientes de culturas setoriais expressando-se em atitudes permanentes como a “notificação sem culpa, focagem no sistema, aprendizagem e redesenho, geração de conhecimento aplicável, proatividade em relação aos eventos possíveis, sentido de vulnerabilidade, e resiliência” (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014, p. 28).

Assim, os profissionais devem interiorizar a segurança como um valor, um elemento orientador da equipe e da organização que, nessa perspectiva, deve ser compartilhado por uma mesma visão de todos os profissionais nas organizações de saúde (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

4.5. Formação profissional: implicações para a segurança do paciente

O fator humano, elemento central no processo, é, em última análise, a principal engrenagem do sistema. Deve ser considerado fator chave para o sucesso das ações, segurança do paciente e melhoria da qualidade do cuidado. Reason (2003) identifica, ao analisar os mecanismos básicos de erro no GEMS, três mecanismos básicos: 1- deslize e lapso com base na habilidade; 2 - engano com base nas normas; 3 - engano com base no conhecimento.

A formação é uma ferramenta importante para melhorar o desempenho do profissional. No Brasil, são poucos os estudos que investigam a relação entre formação em saúde e a segurança do paciente. As práticas assistenciais, centradas em um cuidado seguro, passam pelo aprendizado e pela mudança de comportamento, bem como por meio da formação torna-se possível influenciar a prática e fomentar a cultura de segurança.

A cultura de segurança apresenta-se como uma das faces da cultura organizacional, resultante da interação entre os indivíduos que compactuam um conjunto de valores, competências e padrões comportamentais influenciando a forma de interagir dos indivíduos com o grupo, a organização e o trabalho. Além disso, privilegia a comunicação a partir de uma relação de confiança, importância da segurança e das medidas preventivas (REIS, 2014).

Sendo assim, o ambiente organizacional, como espaço das práticas assistenciais, influencia e é influenciado pelo comportamento profissional, como tal determinante dos resultados alcançados no cuidado. A avaliação de formação, que pretenda dimensionar seus resultados, deve levar em conta os elementos que interagem nesse espaço a fim de compreender seus limites e potencialidades. Souza-Uva e Serranheira (2014) ressaltam que:

a concepção dos sistemas complexos (determinantes da estrutura) e sua organização (determinantes dos processos) são impossíveis de imaginar se forem avaliadas de forma independente do trabalho real, isto é, da forma de interação entre profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares), os restantes componentes organizacionais e técnicos (ou tecnológicos) e o paciente (SOUSA-UVA; SERRANHEIRA, 2014, p. 120).

No contexto em questão, a área de Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E) de recursos humanos situa-se no campo organizacional. Borges-Andrade et al. (2002) destacam que:

devido às rápidas e vertiginosas mudanças tecnológicas, econômicas e sociais que caracterizam o atual mundo do trabalho e das organizações, T & D têm crescido de importância. Por meio deles, são adquiridas habilidades motoras ou intelectuais e informações e desenvolvem-se estratégias cognitivas e atitudes, que poderão tornar o indivíduo mais competente para desempenhar vários papéis, no presente ou no futuro e em diversas organizações (BORGES-ANDRADE, 2002, p. 32).

Um programa de formação, independente do seu porte, envolve recursos e intenciona algum tipo de retorno para a organização. Esse retorno pode envolver mudanças que nem sempre são expressas em termos financeiros, contudo, buscam a melhoria em algum aspecto organizacional (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010).

De acordo com Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010, p. 21), o planejamento e a implementação de um programa de treinamento eficaz deve considerar as seguintes etapas:

1. Determinação das necessidades;
2. Estabelecimento dos objetivos;
3. Determinação do conteúdo programático;
4. Seleção dos participantes;
5. Determinação da agenda ideal;
6. Seleção de local apropriado;
7. Seleção de instrutores;
8. Seleção e preparação de recursos audiovisuais;
9. Coordenação do programa;
10. Avaliação do programa.

Um processo de formação é uma atividade complexa com múltiplas etapas e sua organização pode influir fortemente nos resultados almejados, pois dela pode advir o sucesso ou fracasso da formação. As fases que antecedem a avaliação da formação são

determinantes dos resultados, sendo nas etapas anteriores que os objetivos são delineados e que os meios para alcançá-los podem ser definidos. A avaliação de um programa de treinamento tem como principal objetivo determinar sua eficácia, que constitui uma das etapas de todo o processo e pode servir como ferramenta para retroalimentá-lo. (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010)

Diversos modelos para a avaliação de programas de formação podem ser encontrados na literatura. Abbad et al. (2012) referenciando Pilati (2004) classifica os modelos de avaliação em duas categorias:

- a) Genéricos: que descrevem o conjunto de variáveis relacionadas aos processos de TD&E, como o MAIS¹ e os de Kirkpatrick (1976) e Hamblin (1978) que, geralmente, influenciam a pesquisa e a atuação profissional no campo, oferecendo quadros de referência para compreensão dos fenômenos relacionados aos processos citados.
- b) Específicos: com muita frequência estão baseados em modelos genéricos e são construídos com o intuito de testar relações entre um conjunto de variáveis específicas e determinados resultados de TD&E no nível individual (p.ex., os modelos de Abbad (1999) ou de Pilati (2004), no nível do grupo de trabalho (Freitas, 2005) ou nos níveis organizacional e extraorganizacional (Mourão e Borges-Andrade, 2005). (ABBAD et al., 2012, p. 21-22)

Considerando que os modelos de avaliação específicos se desenvolvem a partir dos modelos genéricos, como aponta Abbad et al. (2012) no contexto da formação em qualidade do cuidado em saúde e segurança do paciente, reconhecendo que as organizações de saúde possuem características distintas das organizações comerciais, industriais e de outros serviços, o modelo de avaliação em quatro níveis de Donald

¹ MAIS: Modelo de Avaliação Integrado e Somativo.

Kirkpatrick comparativamente apresenta vantagens que justificam sua escolha metodológica para fins de pesquisa.

4.6. Modelo de Avaliação em Quatro Níveis de Donald Kirkpatrick

Abbad et al. (2012, p. 50) ressaltam que “para aumentar a fidedignidade e a confiabilidade do processo de avaliação de ações de TD&E é necessário o uso de medidas teóricas e cientificamente válidas, embora nem todas as medidas possam ser padronizadas”. De acordo com Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010), existem três grandes motivos para avaliar um treinamento que podem igualmente ser aplicados a outros processos de formação:

1. Justificar a existência e o orçamento do departamento de treinamento, demonstrando como ele contribui para as metas e os objetivos da empresa.
2. Decidir entre continuar e desativar programas de treinamento.
3. Obter informações sobre como melhorar programas de treinamento futuros (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010, p. 34).

Os motivos descritos para a avaliação de treinamentos empresariais podem, de igual forma, ser inferidos para outros tipos de processos de formação, incluindo os cursos de especialização, visto que demandam investimentos financeiros na aquisição de recursos físicos, tecnológicos e humanos, como nos demais processos formativos, a necessidade de avaliar sua eficácia pode servir para justificar os investimentos feitos. Da mesma forma, o segundo motivo é generalizável: um programa de formação que não apresente resultados, ou que não alcance seus objetivos esvazia-se de sentido, não justificando sua continuidade. O terceiro motivo de igual forma: um processo de formação pode ser passível de melhorias se conhecermos suas falhas, agindo corretivamente para melhorá-los quanto apresentar problemas, e/ou reforçar seus aspectos positivos, potencializando seus benefícios. Nesse sentido, Goldstein (1991) observou:

a pergunta básica a ser respondida é se de alguma maneira ou sob algum critério o curso valeu a pena. A avaliação de treinamento consiste, justamente, na coleta sistemática de informações descritivas e valorativas sobre a eficiência e a eficácia de decisões relacionadas à seleção, adoção, valoração e modificação de várias atividades instrucionais (GOLDSTEIN, 1991).

A Avaliação em Quatro Níveis de Donald Kirkpatrick é um modelo de avaliação de processos formativos bastante difundido e largamente utilizado no meio organizacional. O modelo propõe que os treinamentos sejam feitos em quatro níveis: 1. Reação; 2. Aprendizagem; 3. Comportamento; 4. Resultados. “Cada nível é importante e tem impacto sobre o nível seguinte. Ao passar de um nível para o outro, o processo se torna mais difícil e demorado, porém fornece informações mais valiosas” (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010, p. 37). Para que a avaliação seja efetiva, nenhum dos níveis deve ser suprimido, pois, impactam o nível seguinte e fornecem informações importantes. Somando os resultados de cada nível é possível obter uma série de informações que, agregadas e relacionadas, fornecem uma visão sistemática da qualidade do treinamento e de seus resultados.

4.6.1. Primeiro nível: Reação

O nível Reação refere-se à forma como os participantes regiram ao treinamento, pode ser considerado como uma medida de satisfação do cliente. Considera-se que um treinamento deva buscar que o nível de satisfação do cliente seja positivo. Por isso, é necessário que os participantes queiram e sintam-se motivados a fazer a formação, pois, só assim, também estarão abertos a aprender. Entretanto, embora uma reação positiva não seja garantia de um bom aprendizado, uma reação negativa pode prejudicá-lo (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010).

A disposição para aprender e a satisfação do participante são fatores elementares para qualquer programa de formação. Não basta apreender o conhecimento, é necessário que o participante reconheça a importância do conteúdo apreendido e sinta que a formação contribui para que este seja ampliado. Kirpatrick e Kirpatrick (2010, p. 41) destacam importantes motivos para fazer uma avaliação de reação:

Em primeiro lugar, porque isso nos fornece um *feedback* valioso, que ajuda a avaliar o programa, além de comentários e sugestões para melhorar programas futuros. Em segundo lugar, mostra aos participantes que os instrutores estão lá para ajudá-los a trabalhar melhor e que precisam de *feedback* para saber o quanto foram eficazes. (...) Em terceiro lugar, os formulários de reação fornecem informações quantitativas que você poderá passar para os gerentes ou outros interessados no programa, finalmente (...) fornecem aos instrutores informações quantitativas que podem ser usadas para definir padrões de desempenho nos próximos programas.

A sistematização e o estabelecimento de padrões para avaliação de reação tornam possível determinar um nível aceitável de qualidade para o programa de formação, no que diz respeito à satisfação dos participantes. Além das informações já mencionadas, acrescentamos que essa avaliação pode também dizer se o treinamento está direcionado para o público correto, visto que uma reação negativa ao treinamento pode estar relacionada à obrigatoriedade de participar de um treinamento com o qual não se identifica, portanto, não se sente motivado a fazê-lo.

4.6.2. Segundo nível: Aprendizagem

O nível de aprendizagem inclui a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento ou aprimoramento de habilidades e a mudança de atitude que podem ser ensinados. Os três elementos podem estar presentes como objetivos de um mesmo programa. No entanto, embora eles possam ser independentes a aquisição do conhecimento é base para qualquer mudança de atitude ou desenvolvimento de habilidade. O fato de conhecer não necessariamente implica na disposição de aplicar o conhecimento. Além de dimensionar em que nível o aluno apreendeu conhecimentos, habilidades e atitudes, a avaliação da aprendizagem é importante porque poderá fornecer informações sobre as habilidades do instrutor no manejo do processo de aprendizagem, sobre a eficácia do ensino, pode informar ao instrutor, pontos de êxito e falhas, e permite-lhe a avaliação de suas técnicas e instrumentos (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010).

4.6.3. Terceiro nível: Comportamento

Quando se fala de avaliação de comportamento o que se procura saber é o nível em que conhecimentos, habilidades e atitudes foram transferidas para o trabalho, ou seja, a aplicação na prática profissional das competências adquiridas a partir do processo formativo. Contudo, não é garantido que isso ocorra: a mudança de comportamento não é algo que dependa somente do participante, é necessário que este encontre oportunidade para mudar o comportamento e que a percepção a respeito da mudança, motive o participante a mantê-la. Para isto, são necessários incentivo, ajuda, encorajamento e recompensas. É importante a compreensão de que a mudança de comportamento não é o objetivo maior de um programa de treinamento, mas um meio para se atingir os resultados estabelecidos e, apesar da centralidade no processo, a mudança no comportamento não garante o alcance dos resultados (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010). Resultados são construídos por meio das pessoas. Assim, eles devem estar vinculados ao comportamento do profissional, não se trata de tolher a individualidade de cada um, mas estabelecer critérios que orientem a prática profissional, necessários ao bom desempenho das atividades a serem executadas.

As recompensas são elementos importantes para manter o profissional motivado, sendo por meio da percepção que o processo de formação agrega valores para a organização e também para si. Kirpatrick e Kirpatrick(2010) apontam para a existência de dois tipos de recompensas: as extrínsecas, que se situam fora do sujeito, e as intrínsecas, que são recompensas internas.

É importante oferecer ajuda, encorajamento e recompensas quando o treinando termina o treinamento e retorna ao trabalho. Um dos tipos de recompensas é intrínseco. Esse termo refere-se à sensação interior de satisfação, orgulho, realização, e felicidade que pode decorrer da adoção do novo comportamento. As recompensas extrínsecas, as que vêm de fora também são importantes. Elas incluem elogios, maior liberdade de ação e autoridade, aumentos salariais por mérito e outras formas de reconhecimento que resultam da mudança de comportamento (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010, p. 68).

Não havendo mudança de comportamento, não necessariamente retrata ineficácia do programa de treinamento, pois pode ser que o participante não tenha encontrado um ambiente favorável de trabalho, ou ainda não perceba recompensas reais ou simbólicas, intrínsecas ou extrínsecas, que justifiquem mudanças no seu comportamento. Por isso, os comportamentos anteriores serão mantidos. No que se refere ao ambiente, Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010, p. 39) descrevem 5 tipos de ambientes que influenciam a mudança de comportamento:

1. Coibição: há por parte do chefe uma proibição, seja por influência da cultura da organização ou pelo seu estilo de liderança, da aplicação da aplicação do conhecimento;
2. Desestímulo: não há proibição do chefe, mas existe a clara insatisfação caso haja mudança do comportamento, ou o chefe é um contraexemplo, desestimulando a mudança do comportamento do participante;
3. Neutralidade: para o chefe é indiferente o aprendizado e a mudança de comportamento do subordinado. Contudo, não se contrapõe a mudança de comportamento;
4. Apoio: há por parte do chefe um encorajamento ao participante para mudar seu comportamento, aplicando os conhecimentos apreendidos;
5. Exigência: o chefe tem consciência do aprendizado de seu subordinado e assegura que seja aplicado no trabalho, podendo haver um contrato prévio de aprendizagem definindo o que o subordinado deve fazer.

Assim, a mudança de comportamento tem, portanto, duas dimensões: a dimensão própria do sujeito que deseja alterar o seu comportamento em função do aprendizado e percebe, nessa mudança, benefícios para si e para a organização; e a dimensão do ambiente e da liderança, que pode fornecer, ou não, a oportunidade para a introdução de um novo comportamento no trabalho.

4.6.4. Quarto nível: Resultados

Os resultados são aqueles obtidos em função da execução do processo de formação. Para Kirkpatrick e Kirpatrick (2010), as constatações oriundas da avaliação de resultados podem apontar indícios para a melhoria da qualidade, maior produtividade, a maior satisfação no emprego e a menor ocorrência de erros. Os resultados são, em última análise, o propósito da realização de um treinamento, portanto, serão determinados pelos objetivos do programa de treinamento. “Se os programas visam alcançar resultados tangíveis e não ensinar conceitos, teorias e princípios gerenciais, então, é desejável que a avaliação seja em termos de resultados”(KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010, p. 79).

É importante ressaltar que a mensuração e análise dos resultados nem sempre é simples e objetiva, tendo em vista a possibilidade de que outros fatores intervenientes também podem influir nas mudanças almejadas. Torna-se difícil afirmar o treinamento como fator único e irrefutável, em todos os casos, na produção dos resultados desejados (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010).

4.7. Pressupostos críticos da avaliação no campo da educação

Há um intenso debate a respeito do tema avaliação no campo da educação que merece reconhecimento em face ao objeto e delineamento do estudo proposto, que utiliza o Modelo de Avaliação em Quatro Níveis de Donald Kirkpatrick, originalmente pensado para o contexto e campo organizacional, para avaliar um curso de especialização, o CQSSP, oferecido por uma instituição de ensino e pesquisa, a ENSP.

Inicialmente, vale citar Demo (DEMO, 1999, p. 9) que afirma em seu trabalho intitulado Mitologias da Avaliação de como Ignorar, em vez de Enfrentar Problemas: “a cientificidade é definida pela abertura permanente à discussão, ou seja, o critério principal da cientificidade é a discutibilidade”. Avaliar um processo de formação, ainda que na perspectiva da produção de seus resultados, não pode ignorar as diferentes concepções acerca da avaliação da aprendizagem. Assim, as controversas questões pedagógicas não podem ser negadas. Portanto, são apresentadas nesse trabalho porque não se deseja contornar o debate, antes, reconhece que a pesquisa também tangencia essas questões, na medida em que se propõe avaliar um curso de especialização e inclui, de forma muito

específica na avaliação, o que se denomina no modelo escolhido por nível de aprendizagem do aluno.

Não há de se estranhar que propor, no contexto descrito, uma avaliação possa gerar certo desconforto para os avaliados, atribuindo-lhe um grande peso da responsabilidade por problemas e disfunções nas organizações. Entretanto, conforme ressalta Demo (1999), se por um lado não pode negar uma visão tradicional temerosa e polêmica da avaliação, por outro, a avaliação permite que o conhecimento demonstre seu caráter inovador, expondo-se à crítica em um movimento de desconstrução e reconstrução. A avaliação pode gerar efeitos positivos contribuindo para que processos formativos sejam mais sólidos, profícuos e inovadores, o que não significa que se deva somente apontar fatos positivos, mas, desvelar também os problemas do processo de formação.

Ademais a capacidade já obsessiva de inovação do conhecimento é retirada precipuamente de seu caráter desconstrutivo, com base em capacidade avaliativa severa, em que nada escapa ao escrutínio analítico. Nesse sentido, o conhecimento é tão inovador porque não busca fugir de ser avaliado. Ao contrário oferece-se a si mesmo como protótipo de fenômeno que retira sua energia inovadora do fato de estar sempre exposto à crítica. (DEMO, 1999 P. 09)

Para Demo (1999), faz parte do debate no campo pedagógico uma visão tradicional a qual coloca que a avaliação é, por natureza, antipedagógica sendo vista como uma forma de reprimir, estigmatizar, classificar, sobretudo punir, como um mecanismo a serviço de uma estrutura social perversa e excludente. Além disso, nela estão presentes relações de poder e força (FREITAS et al., 2009). No entanto, de acordo com Demo (1999), o que na verdade se pretende é superar o caráter abusivo das avaliações: “A avaliação só faz sentido se favorecer a aprendizagem, todavia não se realiza a aprendizagem adequadamente qualitativa, sem avaliar” (DEMO, 1999 p. 2).

Reconhecendo a pertinência do debate em torno da avaliação no campo da educação, é importante evidenciar a realidade que pretende modificar ou afirmar. Opta-se por encontrar na ética do cuidado pela vida e no compromisso com a aprendizagem, o mais contundente dos argumentos. Não pairam dúvidas sobre o fato de que “há muito mais que a técnica por trás do fenômeno avaliativo” (FREITAS et al., 2009). Contudo, a proposta

avaliativa contida no objeto da pesquisa em voga não tem pretensão de dar contornos à estrutura social vigente. Ao tramitar pelo campo do ensino não se tem o intuito de inverter a lógica da inclusão por seu par dialético, a exclusão (FREITAS et al., 2009); ou reforçar os mecanismos classificatórios a serviço dos abusos da avaliação; ou ainda, estigmatizar os avaliados, categorizando-os entre os que sabem ou não sabem. Tampouco, presta-se, na sua proposição avaliativa institucional, colocar em cheque o compromisso da instituição avaliada com a educação, ao contrário, imbui-se de um compromisso ético, acredita-se que, ao avaliar o processo formativo, se agrega valor àqueles que quanto mais souberem mais contribuirão para transformar o cuidado, acentuando a função formativa da escola, e sim! Reafirmar o valor da vida, em um contexto social adverso em que as organizações públicas e os mais pobres sofrem mais. “Avaliando de modo transparente, podemos descobrir as falhas os erros, as inconsistências. Esse processo costuma ser doloroso, mas tem a face importante da reconstrução tanto mais sólida” (DEMO, 1999, p. 9).

A proposta de avaliação contida na pesquisa, inclui discutir o contexto sobre os quais queremos provocar mudanças, a partir da compreensão dos próprios agentes e conhecer as mudanças obtidas a partir do processo de formação. O sentido da avaliação da aprendizagem não diz respeito somente ao quanto o aluno aprendeu de um conteúdo, mas, sobretudo, em que sentido apreendeu o conteúdo e como o transfere para sua prática profissional. Portanto, como aponta DEMO (1999):

Será mister distinguir acuradamente entre abusos da classificação, de teor repressivo, humilhante e punitivo e efeitos classificatórios implicados em qualquer processo avaliativo, também quando dito qualitativo. (DEMO, 1999, p. 3)

Demo (1999) considera como desacerto metodológico esperar da avaliação apenas efeitos “positivos” que, nas palavras do autor; “deturpa o sentido intrínseco da crítica em ciência”. Coloca-se à salvo o propósito da pesquisa o fato de que não se pretende somente apontar os pontos positivos do processo de formação para promovê-lo, mas conhecer as implicações do processo na prática profissional e as lacunas que existem entre a aprendizagem, sua aplicação e os resultados benéficos para o paciente, enfatizando o seu potencial transformador da realidade, expondo o seu caráter mais positivo do ponto

de vista desse autor: a descoberta analítica e crítica dos problemas e não seu escamoteamento:

“A ação desconstrutiva da crítica é, sobretudo o trunfo do conhecimento pós-moderno, porque é ela que torna todas as teorias provisórias, se coaduna melhor com a incerteza e a imprecisão da realidade, provoca a inovação como processo permanente” (DEMO, 1999 p. 30).

Demo (1999 p. 35) afirma que a avaliação “é sempre subjetiva, por mais que se apoie em dados empíricos, porque estes também são produto de processo reconstrutivo, no qual não aparece apenas dependência teórica, mas igualmente ideológica”. Uma proposta de pesquisa que se comprometa com o desenvolvimento das ciências, reconhece que a crítica faz parte da construção do conhecimento. A ética sob a qual se sustenta a proposta da pesquisa não permite expor alunos, profissionais e organizações e sim desvelar problemas que possam interferir no alcance dos objetivos para os quais foi pensado. Como afirma Demo (1999):

De partida, é fundamental conjugar avaliação com aprendizagem, porque esse é seu significado essencial. Se não contribuir para a aprendizagem, é trabalho perdido, acima de tudo, trabalho perverso. A seguir, faz-se imprescindível avaliar de tal modo que o avaliado possa reagir e aprender (DEMO, 1999, p.36).

O processo de educação e sua ligação com o trabalho são fenômenos complexos. A pesquisa traz para a discussão todos os elementos envolvidos na aprendizagem: infraestrutura, processo, tutoria, coordenação, a fim de fazer da avaliação um processo mais completo. Conjugando todos estes elementos_ profissionais, processos e alunos_ pretende-se aprofundar os nexos entre ensino e trabalho a partir da produção dos resultados obtidos por meio do processo de formação. Com isso, é preciso salientar que, embora se reconheça que estabelecer esses nexos não seja uma tarefa simples, pode-se afirmar que o processo de formação e a crítica sobre este é fundamental para transformar qualquer realidade.

Não é possível estabelecer ponte mecânica entre conhecimento e intervenção na realidade, embora seja a estratégia mais decisiva para tanto. Conhecimento apresenta condições técnicas para a solução, mas ainda não é a solução (DEMO 1999, p. 37).

Essa forma de apresentar os aspectos viscerais da avaliação demonstra sua essencialidade, o quanto é fundamental para transformar a realidade do cuidado que hoje se apresenta nas organizações de saúde. O contexto da pesquisa procura identificar em que medida o processo de formação contribui para ampliar e fomentar o campo da segurança do paciente. O Modelo de Avaliação em Quatro Níveis de Donald Kirkpatrick foi escolhido para organizar o processo de avaliação, sem desconhecer que esse modelo não capta todas as complexas relações de um processo de formação por competências. Daí a importância de agregar outras concepções, que permitam potencializar os resultados da pesquisa, em uma relação construtiva. Nessa perspectiva, buscou-se harmonizar visões distintas a respeito do tema avaliação.

Sobrinho (2016, p. 39) sublinha a importância de se tornar evidente a missão de um trabalho de avaliação e frisa acerca dos elementos para uma proposta de Avaliação da Educação Superior, pois:

Mais que prometer verdades acabadas e julgamentos definitivos, a avaliação deve ser um processo que utiliza os recursos e procedimentos técnicos e científicos adequados e necessários para garantir credibilidade e reunir o máximo possível de elementos para a reflexão e a ação, respeitando as características de cada instituição. Assim, valoriza o rigor técnico e científico, mas também se assume como processo político voltado para a transformação (SOBRINHO, 2016, p. 39).

4.8. Pressupostos Pedagógicos da EAD/ENSP

No Brasil, a Educação a Distância, enquanto modalidade de ensino, está amparada pela lei nº 9.394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Nesse sentido, cabe ressaltar que cursos EAD não possuem um formato único para as instituições que adotam essa modalidade, pois, os processos educacionais se estruturam sob concepções, pressupostos pedagógicos e éticos da escola que os oferece e podem utilizar

ferramentas distintas. Entretanto, na atualidade, o EAD constitui uma modalidade de ensino que se configura pela “efetivação do intenso uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), em que professores e alunos estão separados fisicamente no espaço e/ou no tempo” (ALVES, 2011).

O EAD/ENSP possui formato singular, a começar pela proposta da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, que, enquanto escola de Estado, inserida na Fundação Osvaldo Cruz, espaço legítimo de implementação de políticas públicas, especialmente em saúde, assume uma postura ativo-dialética na formação e qualificação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), que entende como “vivo, diverso, atuante e ousado em suas concepções e propostas” (SANTOS, 2014). Portanto, sua proposta educacional busca solucionar os desafios da educação demandados pelo SUS.

Adotada em 1998, a educação a distância (EAD) da ENSP é estruturada na mesma linha de proposta educacional permanente do Ministério da Saúde (SANTOS, 2014).

Em seus referenciais político-pedagógicos, a EAD/ENSP afirma sua crença nessa modalidade, bem como a importância de que seus princípios e concepções éticos se preservem na consecução dos processos de formação.

Os referenciais político-pedagógicos assumidos pela EAD/ENSP sustentam-se na compreensão de que educação a distância é, antes de tudo, educação. Entendemos, assim, que processos educativos desenvolvidos a distância não podem abrir mão de uma clara intencionalidade político-pedagógica que englobe a cultura e o contexto histórico-social dos quais o trabalho humano é constituinte (SANTOS, 2014).

Em seus referenciais político-pedagógicos, A EAD/ENSP não conserva uma visão neutra e mecanicista, mas insere os processos de formação no próprio contexto do campo da saúde considerando, nesses processos, as condicionantes histórico-sociais, da educação e proteção e social. Para EAD/ENSP, enquanto prática social, a educação se constitui como um processo em que os sujeitos são protagonistas, fomenta, pois, a participação e o diálogo (SANTOS, 2014).

O conhecimento é construído de forma coletiva, respeitando os sujeitos em sua individualidade, resgatando o arcabouço de experiência, história e vivências dos alunos, em um processo reflexivo, autônomo, crítico, criativo e reconstrutivo do saber, voltado para a transformação da realidade, resultante da integração entre a teoria e a prática (SANTOS, 2014).

A premissa essencial do processo de ensinar e aprender é a de que os educandos e tutores são agentes ativos na apropriação e elaboração coletiva do conhecimento. Isto é, eles constroem novos significados e definem novos sentidos fundamentados na representação que têm da realidade, com base em suas experiências e vivências em diferentes contextos sociais, aprofundando-os, ampliando-os, com o apoio de conhecimentos técnico-científicos e éticos construídos pela humanidade (SANTOS, p.34, 2014).

4.9. O Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (CQSSP)²

Seguindo à risca os pressupostos pedagógicos da EAD/ENSP, o CQSSP é baseado na teoria das competências, propiciando o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, no contexto da qualidade do cuidado e segurança do paciente. Conforme descrito no caderno dos alunos o CQSSP, é um curso de Especialização voltado para profissionais de nível superior que atuam em organizações de saúde no Brasil, em Portugal e nos países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palops), com carga horária de 408h, duração de 12 meses e com 3 encontros presenciais, cujo objetivo geral é descrito como:

²Por escolha metodológica da pesquisa, a apresentação do CQSSP é feita no capítulo Achados da pesquisa, na seção Contexto geral do curso: foco e delineamentos do CQSSP. Essa escolha se dá em função de que, ao reconstruir o CQSSP, seu percurso de construção e execução pela fala dos entrevistados, recria-o como um processo vivo, dinâmico, complexo, extremamente sério e comprometido com a causa da segurança do paciente e da qualidade do cuidado, mas que apresenta a riqueza da construção de um processo coletivo, que nasce da necessidade urgente da causa, dos sonhos de seus idealizadores e é transformado em realidade por meio das instituições envolvidas, o que vai infinitamente além de uma descrição sumária, engessada em tópicos bem delineados. Todavia, abaixo estão transcritos nessa seção o objetivo geral e os objetivos específicos do CQSSP, para que, no que se refere aos aspectos científicos e técnicos da avaliação, se estabeleçam parâmetros de comparação.

Proporcionar o desenvolvimento de competências e conhecimentos científicos sobre as questões da qualidade e da segurança do paciente como questões-chave da prestação de cuidados de saúde, para tornar o cuidado em saúde mais seguro. Visa estimular a participação de profissionais de uma mesma organização, de forma que, por meio do fortalecimento do trabalho em equipe, propicie crescimento individual do aluno e da instituição na qual ele está inserido (SANTOS, p. 33, 2014).

São objetivos específicos do curso:

- Proporcionar base conceitual e instrumental que permita a reflexão crítica sobre qualidade em saúde e segurança do paciente na realidade prática das instituições de saúde;
- Desenvolver a capacidade de analisar a situação da qualidade em saúde e segurança do paciente em uma instituição de saúde;
- Estimular a elaboração de propostas de intervenção na área de segurança do paciente notadamente por meio da implantação de planos de segurança do paciente nas organizações;
- Promover a identificação dos requisitos técnicos e políticos necessários à organização da gestão e ao cumprimento de suas funções (SANTOS, p. 34, 2014).

Entende-se como competências que devem ser desenvolvidas pelos alunos as seguintes capacidades:

- Valorizar o erro como uma oportunidade de melhoria das organizações de saúde, reconhecendo suas diversas racionalidades;
- Avaliar os vários tipos de riscos existentes em um serviço de saúde (incluindo em sua prática profissional);
- Incorporar no processo de planejamento do cuidado mais seguro, as seguintes dimensões:
 - O trabalho em equipe;
 - A cultura de segurança da sua organização;

- A abordagem sistêmica para lidar com o erro, que implica não punir, não culpar e não humilhar individualmente quem erra;
- A parceria do paciente;
- Os mecanismos, ferramentas e processos de gestão do risco (SANTOS, p. 34, 2014).

5. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com uma abordagem qualitativa de caráter descritivo. Para a avaliação dos resultados do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (CQSSP), foi utilizado o Modelo de Avaliação em Quatro Níveis de Donald Kirkpatrick. De acordo com esse modelo, o processo de formação deve ser avaliado em quatro níveis distintos: Reação, Aprendizagem, Comportamento e Resultados. Por se tratar de um modelo teórico classificado como genérico, a Avaliação em Quatro Níveis serviu para dar organicidade à pesquisa, permitindo uma ampla utilização de técnicas e instrumentos de pesquisa aplicados ao contexto da avaliação do CQSSP.

Os dados foram obtidos por meio de revisão documental e pesquisa de campo, que incluiu entrevistas com membros da equipe responsável pelo curso e a aplicação de um questionário, criado especificamente para esse fim, aplicado aos alunos egressos do CQSSP de hospitais do estado de Minas Gerais.

Foram realizadas entrevistas com o coordenador geral do curso, o coordenador pedagógico, um orientador de aprendizagem e um tutor, com o objetivo conhecer melhor a dinâmica do curso, os materiais e processos avaliativos e a plataforma de ensino. As entrevistas foram baseadas em roteiros pré-estabelecidos (Apêndices I, II, III e IV), que buscou respeitar a especificidade do tipo de inserção de cada ator. As informações obtidas nas entrevistas serviram para orientar a revisão documental e a elaboração do questionário aplicado aos alunos egressos do CQSSP.

A revisão documental se baseou nos registros relativos ao curso, mantido pelo setor de Ensino a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (EAD/ENSP/FIOCRUZ). De acordo com Monteiro e Hora (2013, p. 35), o exame de registros “consiste na busca em documentos primários, ou seja, aqueles que ainda não sofreram nenhum tratamento estatístico ou científico”. A revisão documental permitiu conhecer as características, objetivos, estrutura e procedimentos avaliativos do CQSSP. Os dados para análises foram colhidos em documentos e avaliações institucionais que foram realizadas ao longo do curso. Os registros analisados fazem referência à plataforma virtual, o formulário de acompanhamento do curso (FAC), o projeto do curso, as avaliações do curso, o caderno do aluno e os trabalhos de conclusão de curso (TCC)

elaborados em forma de planos de segurança do paciente. Para coleta dos dados documentais, foi aplicado um roteiro de pesquisa criado para esse fim.

Por fim, o questionário estruturado aplicado aos alunos egressos do CQSSP teve como propósito avaliar as reações e mudanças de comportamentos dos alunos, bem como os resultados obtidos a partir do processo de formação. Este incluiu questões fechadas e abertas envolvendo os níveis de avaliação descritos acima, com categorias e dimensões específicas em cada uma delas. O questionário foi elaborado em formato digital, utilizando como plataforma o *Google Formulários*, foi encaminhado via correio eletrônico para os alunos egressos do estado de Minas Gerais.

5.1. População de estudo

Fizeram parte da população pesquisada o coordenador geral do curso, o coordenador pedagógico, um orientador de aprendizagem, um tutor e os alunos da primeira turma do CQSSP ofertado pela ENSP/FIOCRUZ. Para entrevista, o tutor e o orientador de aprendizagem foram indicados pela coordenação do curso. Para aplicação do questionário a amostra não probabilística, por tipicidade, foi composta por 52 alunos egressos do curso no estado de Minas Gerais, selecionados para efetuar o curso a partir da indicação das direções de hospitais pertencentes a esse estado. Para definição da amostra, foi acatada a sugestão da banca de qualificação do projeto de pesquisa, que sugeriu o estado de Minas Gerais, visto que esse estado, diferente da grande maioria dos estados brasileiros como o Rio de Janeiro, que era a proposta inicial da pesquisa, apresentava um quadro mais estável diante das crises econômicas, social e política que atingiram o país nos últimos anos e que poderiam afetar consideravelmente os resultados da pesquisa.

Como critério de inclusão e exclusão, foram incluídos na amostra da pesquisa os alunos que concluíram o processo de formação do CQSSP pertencentes aos 13 hospitais, com mais de 200 leitos, municipais, estaduais, federais, universitários, privados ou mistos, situados no estado de Minas Gerais, descritos no quadro 1. Foram excluídos os participantes pertencentes aos hospitais fora do estado de Minas Gerais, os participantes não oriundos de estabelecimentos hospitalares e alunos que abandonaram ou desistiram do curso.

Quadro 1 - Lista de hospitais do estado de Minas Gerais que indicaram alunos participantes da primeira turma do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da ENSP/FIOCRUZ.

Hospital	Município
Hospital das Clínicas da UFMG	Belo Horizonte
Hospital de Clínicas de Uberlândia	Uberlândia
Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro	Belo Horizonte
Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Uberaba
Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP)	Belo Horizonte
Hospital João XXIII	Belo Horizonte
Hospital Julia Kubitschek	Belo Horizonte
Hospital Municipal de Governador Valadares	Governador Valadares
Hospital Municipal Odilon Behrens	Belo Horizonte
Hospital P. R. Professor Osvaldo R. Franco	Betim
Hospital Regional João Penido	Juiz de Fora
Hospital Risoleta Tolentino Neves	Belo Horizonte
Hospital Santa Casa de Montes Claros	Montes Claros

Fonte: Adaptado do Edital de seleção de alunos do Curso De Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da ENSP/FIOCRUZ, julho/2014.

5.2. Aplicação do Modelo de Avaliação em Quatro Níveis de Kirkpatrick

O objetivo geral da pesquisa proposta foi alcançado por meio da consecução de cada um dos objetivos específicos. Esses objetivos, por sua vez, corresponderam a cada um dos níveis do Modelo de avaliação de Kirkpatrick: Reação, Aprendizagem, Comportamento e Resultados. A seguir, estão descritas as técnicas de pesquisa e os instrumentos que foram utilizados para a avaliação do CQSSP considerando cada um dos quatro níveis do modelo escolhido.

5.2.1. Primeiro nível do modelo de Kirkpatrick: Reação

Teve como propósito avaliar a reação dos alunos egressos do CQSSP diante de uma série de elementos relativos ao curso. As categorias avaliativas foram determinadas a

partir das informações obtidas com a entrevista e a revisão documental. As que foram evidenciadas como mais importantes foram selecionadas e incluídas no questionário de avaliação disponibilizado aos alunos egressos.

O Quadro 2 apresenta as categorias e as dimensões avaliativas no nível de reação incluídas no questionário de pesquisa, que serviram para análise da avaliação nesse nível.

Quadro 2 -Categorias e dimensões da avaliação no nível de reação do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da ENSP/FIOCRUZ.

Categorias De Análise	Unidade De Análise	Dimensão Da Avaliação
Material didático e conteúdo programático	Conteúdo teórico e livros	a) Relevância do conteúdo. b) Aplicabilidade c) Clareza da linguagem d) Atualização e) Nível de dificuldade f) Apresentação do material g) Motivação
Sistema de tutoria	Tutoria e mediação pedagógica	a) Domínio do conteúdo b) Habilidades comunicativas c) Interação com a turma d) Disponibilidade para esclarecer dúvidas e) Estratégias de aprendizagem. Retorno das atividades f) Motivação g) Comprometimento h) Integração entre conteúdo teórico e prática
Estrutura de apoio à aprendizagem	Ambiente Virtual de Aprendizagem	a) Facilidade de navegação b) Apresentação visual c) Recursos de aprendizagem d) Ferramentas de interação
Atividades do curso	Atividades, chats e fóruns	a) Pertinência b) Motivação c) Exequibilidade d) Tempo para execução das atividades e) Nível de dificuldade.

Fonte: elaborado pela pesquisadora

5.2.2. Segundo nível do modelo de Kirkpatrick: Aprendizagem

Foram compilados e analisados os resultados das avaliações processuais referentes a cada Unidade de Aprendizagem (UA), demonstrando o desempenho dos alunos ao longo do curso. Os dados foram colhidos no ambiente virtual de aprendizagem e organizados em tabelas e gráficos para análise.

5.2.3. Terceiro nível do modelo de Kirkpatrick: Comportamento

Foram avaliadas as mudanças comportamentais dos alunos egressos no ambiente de trabalho, ou seja, se as competências efetivamente apreendidas no CQSSP foram transferidas para sua prática profissional.

Por meio da revisão documental do CQSSP e das entrevistas com o coordenador geral do curso, com o coordenador pedagógico, com o orientador de aprendizagem e o tutor, foram apontadas as competências desejadas com CQSS e possíveis mudanças de comportamento esperadas com o processo de formação. Considerando esses apontamentos, articulados aos objetivos do CQSSP, denominado como perfil do egresso, foram inseridas questões autoavaliativas sobre esses comportamentos esperados no questionário enviado aos alunos. As mudanças de comportamento foram avaliadas a partir da própria percepção do aluno egresso.

5.2.4. Quarto nível do modelo de Kirkpatrick: Resultados

Teve como propósito descrever as ações para a segurança do paciente e melhoria da qualidade do cuidado, implementadas a partir da atuação dos alunos, relacionando-as com as contribuições do CQSSP.

Um bloco de questões específicas sobre resultados foi incluído no questionário aplicado aos alunos egressos. As categorias avaliativas foram estruturadas por meio das entrevistas e da revisão documental que incluiu a análise dos planos de segurança do paciente apresentados pelos participantes como trabalho de conclusão de curso (TCC), requisito para certificação do aluno. Essas categorias avaliativas, que são consideradas como os resultados do CQSSP, correspondem às ações propostas nos planos de segurança do paciente, incluindo os indicadores de segurança do paciente dos hospitais de origem dos alunos.

Questões relacionadas com a estrutura física, apoio da direção, apoio da equipe, aspectos externos e comunicação, são considerados fatores que podem influenciar o êxito das ações de segurança do paciente. Por isso, um bloco específico sobre esses itens foi incluído no questionário.

A análise dos dados da pesquisa envolveu métodos quantitativos e qualitativos. Inicialmente, para a análise dos dados da pesquisa foi utilizada como método a análise de conteúdo que serve tanto para a pesquisa qualitativa, quanto para as pesquisas de natureza quantitativa.

Na revisão documental e entrevistas, a análise de conteúdo foi adaptada para melhor atender à proposta da pesquisa. As informações obtidas com a aplicação do questionário foram analisadas utilizando a estatística descritiva e a análise de conteúdo aplicada na pesquisa quantitativa. As informações quantitativas foram estratificadas para análise pelas variáveis categóricas: categoria profissional, tempo de profissão, exercício em cargo de gestão, participação em NSP e tipo de gestão do estabelecimento.

5.3. Entrevistas

Nesta seção, inicialmente, é apresentado o objetivo das entrevistas. Em seguida, é feita uma descrição dos entrevistados, destacando o papel que exerceram no processo de formação e os procedimentos utilizados nas entrevistas. Os resultados e a análise foram organizados em seções temáticas que percorreram os caminhos do curso, desde a concepção da ideia, passando pela execução, até a avaliação do CQSSP e são apresentados nos achados gerais da pesquisa.

A entrevista teve como objetivo identificar o contexto de elaboração do curso, sua dinâmica, os materiais, processos avaliativos e conhecer sobre a plataforma de ensino do CQSSP. Procurou-se responder às questões gerais, cujos resultados obtidos nortearam a revisão documental, bem como a elaboração do questionário disponibilizado aos alunos egressos, reconhecendo nas falas dos entrevistados - o coordenador geral do CQSSP, o coordenador pedagógico, o tutor e o orientador de aprendizagem - informações importantes para avaliação do curso. Assim, uma breve avaliação do curso foi realizada a partir do ponto de vista dos entrevistados, expressando a opinião desses importantes atores.

Tão importante quanto saber quais foram os objetivos do CQSSP, seus métodos de ensino/aprendizagem, avaliações etc, foi conhecer como a equipe envolvida

concebeu o processo de formação, como o vivenciou e que visão possui sobre ele. Isso porque todos esses elementos não se dissociam do processo, que ganha vida com a participação de seus atores. Um processo de formação é sempre dinâmico, por mais que seja traçada uma rota, esta nunca será linear, será preciso ajustar as velas, corrigir a rota e, muitas vezes, definir um novo norte, que, em princípio, não estava ao alcance da visão. Isso acontece porque há uma forte interação entre pessoas, ideias, métodos, conhecimentos, atividades e outros elementos presentes no processo de formação que se choca com uma realidade e permite um fluxo contínuo de trocas de saberes, experiências entre equipes de coordenação, tutores, alunos e organizações.

Seria incompleta uma avaliação que não levasse em conta a perspectiva de todos os atores envolvidos no processo de formação, pois, a partir de suas experiências, muitos puderam fazer acréscimos significativos. Esse processo, por sua vez, é complexo e dinâmico, vivenciado de formas distintas por seus atores. Assim, sua avaliação não pode excluir a experiência do ponto de vista dos seus atores. Por isso, todos são representados pelo coordenador geral, o coordenador pedagógico, um orientador de aprendizagem e um tutor. Portanto, como escolha metodológica da pesquisa procurou-se conhecer o caminho de construção do CQSSP, por meio da fala dos atores entrevistados. Procurou-se extrair categorias importantes para avaliar o processo e, principalmente, olhar o processo e avaliá-lo considerando o seu ponto de vista. Foi possível destacar elementos que constituíram categorias importantes para análise. No primeiro instante, então, buscou-se responder questões gerais sobre a pesquisa, mas os resultados foram muito além, apresentando uma riqueza de informações sobre o CQSSP.

Para cada ator entrevistado foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada com questões abertas para permitir maior flexibilidade e liberdade na fala dos entrevistados, que foram construídos com base em questões gerais sobre o curso, descritas como:

- a) Quais foram os objetivos do CQSSP?
- b) Qual foi a estrutura estabelecida para o CQSSP? (Dinâmica do curso, materiais, metodologia, plataforma, processos avaliativos e estratégias de aprendizagem)
- c) Em quais competências o processo de formação em QSSP pretendia formar seus alunos?
- d) Quais foram os processos avaliativos aplicados aos alunos ao longo do curso?

- e) Quais processos avaliativos do curso foram feitos ao longo do CQSSP?
- f) Que critérios de avaliação foram utilizados para os alunos?
- g) Como foram feitas essas avaliações?
- h) Que resultados eram esperados com o CQSSP?

A coordenação geral do curso, a coordenação pedagógica, o orientador de aprendizagem e o tutor são quatro importantes atores inseridos na estrutura de operacionalização do CQSSP. Esses atores exercem papéis fundamentais para consolidar o processo de formação. O coordenador pedagógico, o orientador de aprendizagem e o tutor entrevistados na pesquisa, foram selecionados a partir da indicação do coordenador geral do curso.

O orientador de aprendizagem possui sólida formação no campo da segurança do paciente com uma vasta experiência em ensino e participou da primeira turma do CQSSP; O tutor do curso também possui uma formação sólida no campo da segurança do paciente e no ensino, esse foi responsável pela maior parte das turmas no estado de Minas Gerais. O Coordenador pedagógico pertence a EAD/ENSP e foi responsável pela formatação pedagógica do CQSSP.

A coordenação do curso foi responsável pela elaboração, desenvolvimento e execução do curso. Ocupa-se, assim, com a estruturação no campo teórico, seleção do material, articulação entre as instituições envolvidas, os processos seletivos de alunos e tutores, captação dos recursos e responde por este diante das instituições envolvidas.

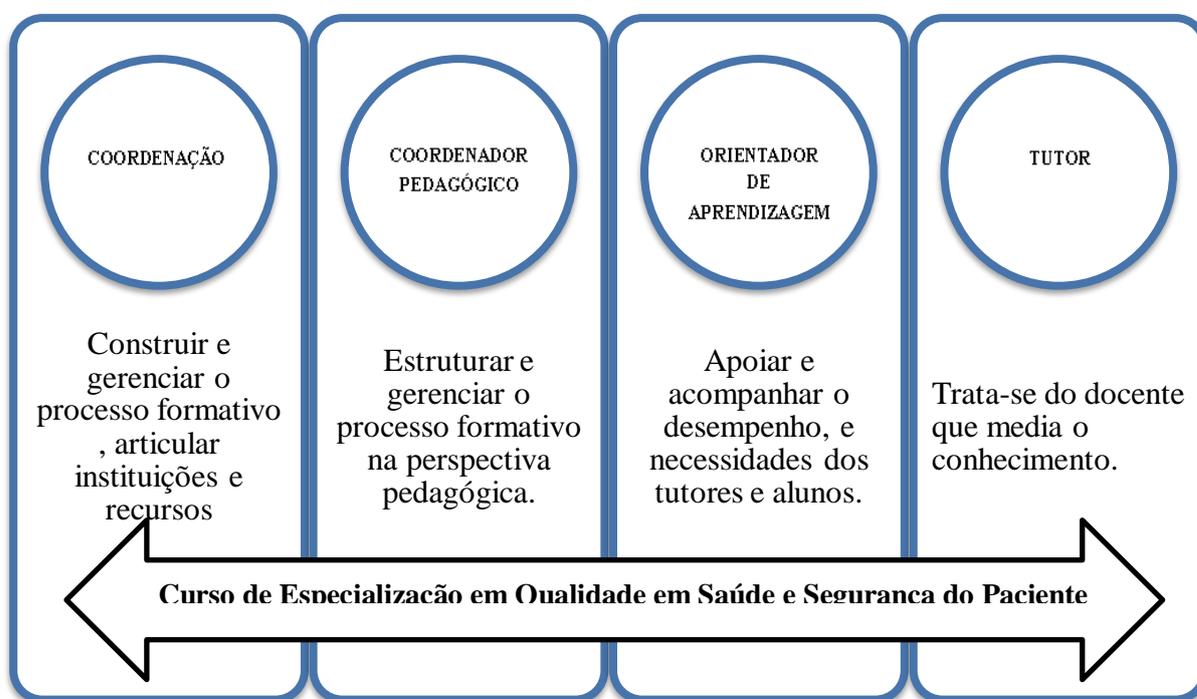
O coordenador pedagógico é o ator que estrutura o curso na sua perspectiva pedagógica. Zela para que os princípios pedagógicos da EAD/ENSP sejam aplicados integralmente e responde por toda estrutura de apoio à aprendizagem, incluindo o material didático e o ambiente virtual de aprendizagem. É o articulador entre o conteúdo técnico, o método pedagógico e os princípios da Escola.

O orientador de aprendizagem é um ator que possui um profundo conhecimento do conteúdo teórico e do método pedagógico. Portanto, todos são responsáveis por apoiar os tutores e com eles resolver as dificuldades que se apresentem ao longo do processo de formação que envolva os alunos. A cada dez tutores no CQSSP, um orientador de aprendizagem foi designado para apoio.

O tutor na perspectiva da EAD/ENSP é um docente, de fato, que exerce o papel de mediar o conhecimento. É ele quem está em constante contato com os alunos, que vai conduzi-los no processo de formação, ensinando-lhes os fundamentos teóricos e ajudando-os a construir o seu conhecimento a partir da sua própria realidade e experiências, estimulando, também, as trocas entre os alunos.

A Figura 1 apresenta a relação entre os atores do CQSSP com suas respectivas atribuições:

Figura 1-Papel dos atores do curso de especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da EAD/ENSP/FIOCRUZ.



Fonte: Adaptado pela pesquisadora do caderno do aluno do CQSSP, EAD/ENSP

As entrevistas foram baseadas em roteiros semiestruturados (apêndices I, II, III e IV). Considerando a disponibilidade de cada entrevistado, as entrevistas foram feitas sob duas formas: presencial e entrevista on-line utilizando o programa Skype. No primeiro formato, foram entrevistados o coordenador geral do curso e o coordenador pedagógico. Via Skype foram entrevistados o orientador de aprendizagem e o tutor do curso (Quadro 3). Os roteiros de entrevistas foram previamente encaminhados aos entrevistados para que pudessem ter familiaridade com os questionamentos.

Quadro 3 - Entrevistas com atores do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do paciente (CQSSP)

Entrevistados	Forma da entrevista	Tempo de duração
Coordenador do curso	Presencial	30:56
Coordenador pedagógico	Presencial	32:28
Orientador de aprendizagem	Via Skype	54:17
Tutor	Via Skype	21:36

Fonte: Elaborado pelo próprio pesquisador

As entrevistas foram transcritas e analisadas pelo pesquisador, sendo que os resultados são apresentados no capítulo Achados da Pesquisa, na seção temática Contexto geral da pesquisa: foco e delineamentos do CQSSP. Ressalta-se que o objetivo fundamental das entrevistas foi orientar a fase de revisão documental e a elaboração do questionário. Assim, a seção seguinte apresenta os pressupostos que orientaram a revisão documental e a elaboração do questionário disponibilizado aos alunos egressos do curso.

5.3.1. Diretrizes para revisão documental e elaboração do questionário.

Como definido no objetivo da pesquisa, ao percorrer a trajetória do CQSSP, conhecendo-o mais profundamente pela fala dos entrevistados acredita-se que a maneira como fora apresentado fez com que ficasse mais vivo e ampliou os seus limites de construção_ foi possível observar os seus aspectos medulares, levantar as fontes documentais de maior relevância para revisão documental e a elaboração do questionário para os alunos egressos.

As fontes documentais podem ser descritas como: documentos oficiais do CQSSP, que são o projeto e formulário de acompanhamento do curso (FAC); Plataforma de ensino; Avaliações de aprendizagem; Avaliação final realizada pelos alunos e pelos tutores; Trabalho de conclusão de curso (TCC).

A partir das entrevistas pode-se extrair itens de interesse para compor as categorias avaliativas. No nível de Reação foram incluídos o material didático, a metodologia do curso e o sistema de tutoria. No nível de aprendizagem foram considerados os resultados das avaliações processuais feitas pelos alunos ao longo do curso. Os resultados dessas avaliações foram retirados a partir do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), em seguida foram compilados e analisados. Os itens para avaliação

no nível de comportamento referem-se à proatividade quanto às ações de Segurança do Paciente, ao desenvolvimento do pensamento crítico e uma visão sistêmica, com uma concepção diferenciada de erro e a aplicação do conhecimento na sua prática. Os itens referentes ao nível Resultados do curso foram: Implementação do sistema de notificação; Formação e atuação dos NSPs; Implementação dos protocolos de segurança do paciente; Implementação e acompanhamento dos indicadores; Formação de uma cultura de segurança; Atividades de educação permanente e continuada.

5.4. Revisão Documental

O objetivo dessa etapa da pesquisa foi aprofundar os conhecimentos sobre o CQSSP, seu contexto, estrutura, seu processo de execução, extraindo das informações obtidas pela análise de registros os itens importantes para compor o escopo da avaliação do processo de formação. Os resultados de tal etapa, agregados aos da etapa anterior, culminaram no questionário de pesquisa a ser utilizado com os alunos egressos do curso, pertencentes ao Estado de Minas Gerais. As etapas da revisão documental constituíram:

- 1- Levantamento do corpus documental:** em que foram levantados todos os documentos referentes ao curso que poderiam servir como fonte de informação para a pesquisa;
- 2- Leitura flutuante dos documentos:** foi realizada uma leitura prévia para selecionar quais documentos continham informações relevantes para a pesquisa;
- 3- Seleção dos documentos a ser utilizados na análise:** dentre os documentos levantados foram selecionados aqueles que, após a leitura flutuante, apresentavam as informações mais importantes, de fato, para a pesquisa;
- 4- Análise dos registros documentais:** a análise foi realizada pelo método de Análise de Conteúdo que se mostrou apropriada para alcançar os objetivos da etapa da pesquisa. As informações retiradas dos documentos foram organizadas em um roteiro de pesquisa, no formato de planilha eletrônica, para melhor visualização dos resultados e manejo das informações;
- 5- Categorização: em tal** etapa as informações foram organizadas em categorias de análise, cujas informações serviram para montar o questionário de avaliação do CQSSP.

A coleta dos dados documentais foi feita por meio de um roteiro de pesquisa, criado especificamente para esse fim. Como o objetivo dessa etapa da pesquisa foi aprofundar os conhecimentos a respeito do curso, a fim de retirar elementos que servissem para a avaliação, procurou-se responder às seguintes questões de pesquisa:

- a) Como foi o processo de construção do curso?
- b) Qual foi a estrutura estabelecida?
- c) Quais foram os objetivos do curso?
- d) Que competências em termos de conhecimentos, habilidades e atitude, pretendia desenvolver nos alunos?
- e) Que resultados esperava se obter com o processo de formação?
- f) Quais foram as avaliações existentes?
- g) Como foram realizadas as avaliações? (Objetivos, resultados esperados, níveis de proficiência)

Pela análise dos registros documentais foi possível conhecer o contexto histórico, as características, os objetivos, a estrutura, procedimentos avaliativos do CQSSP, determinar as categorias relevantes para a pesquisa e as dimensões avaliativas, subsidiando a construção do questionário aplicado aos alunos egressos das turmas do Estado de Minas Gerais. Foram criadas quatro grandes categorias de análise:

- ✓ Categoria I: Organização e Planejamento;
- ✓ Categoria II: Estruturação e Execução;
- ✓ Categoria III: Avaliações;
- ✓ Categoria IV: Resultados.

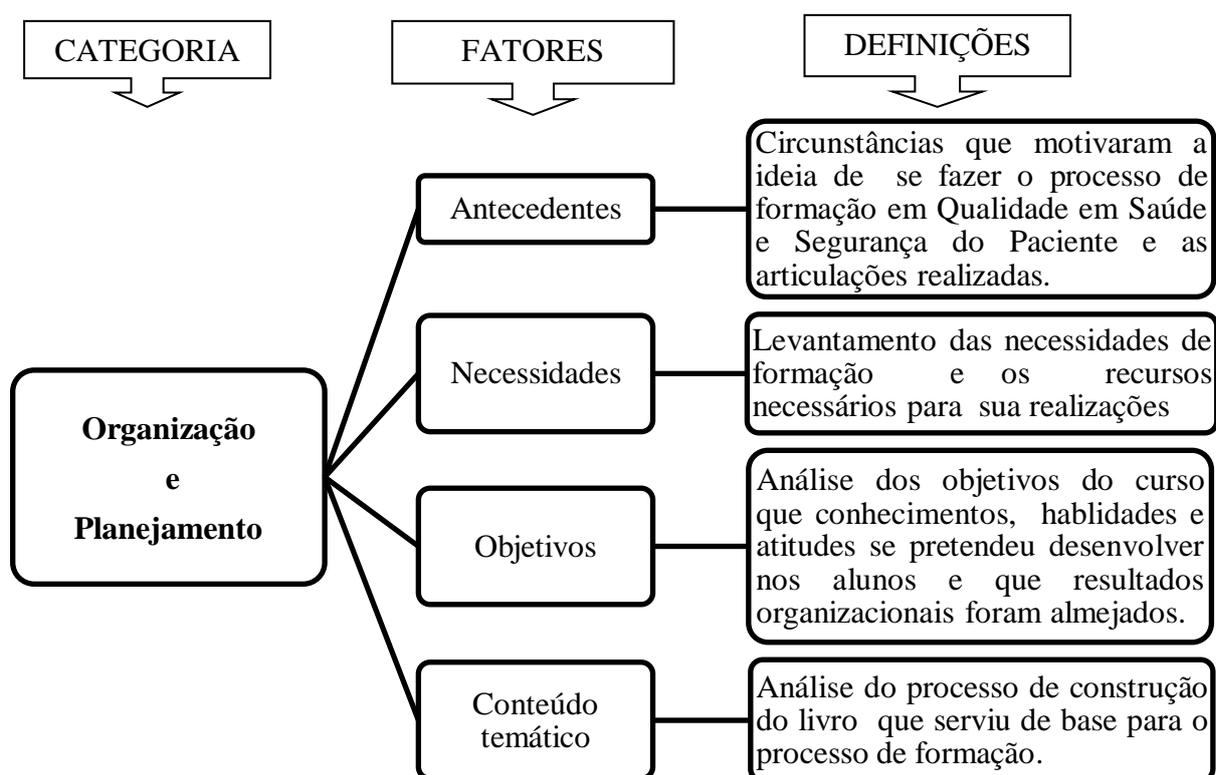
5.4.1. Categoria I: organização e planejamento

Tal categoria refere-se às etapas e ações que antecedem à execução do processo de formação em qualidade em saúde e segurança do paciente. Em tese, essa categoria corresponde a alguns dos fatores que Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010) afirmam que devem ser considerados ao se planejar e implementar um processo de formação, quais sejam: 1. Determinação das necessidades; 2. Estabelecimento dos objetivos; 3. Determinação do conteúdo

temático; 4. Determinação da agenda Ideal. Todavia, esses fatores foram adaptados para responder às questões feitas nesta etapa da pesquisa.

Na Figura 2, estão relacionados os fatores que compõem a categoria Organização e planejamento, com suas respectivas definições.

Figura 2 -Categoria de análise I - Organização e planejamento do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

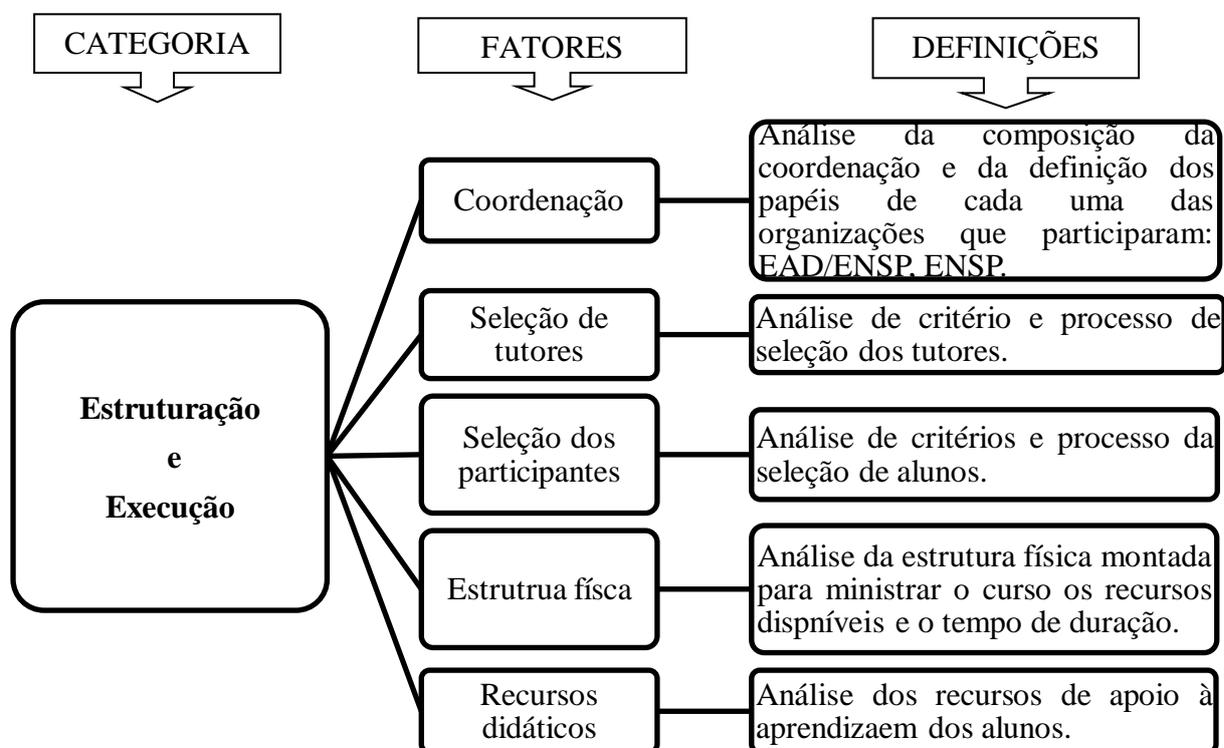
5.4.2. Categoria II: estruturação e execução

Tal categoria faz referência às etapas percorridas para concretização do curso e sua execução. Dela fazem parte outros fatores importantes na implementação de um treinamento eficaz apontados por Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010 p. 21-22), mas que se apresentam importantes para quaisquer processos de formação. São eles: 1. Coordenação do programa; 2.

Seleção de instrutores adequados (correspondente à seleção de tutores). 3. Seleção dos participantes; 4. Seleção de local apropriado (adaptado na pesquisa como estrutura física); 5. Seleção e preparação de recursos audiovisuais (adaptado para a pesquisa como recursos didáticos).

A Figura 3 apresenta como está composta a categoria Estruturação e Execução trazendo a definição de cada um dos fatores que a compõe.

Figura 3 -Categoria de análise II - Estruturação e Execução do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

5.4.3. Categoria III: avaliações

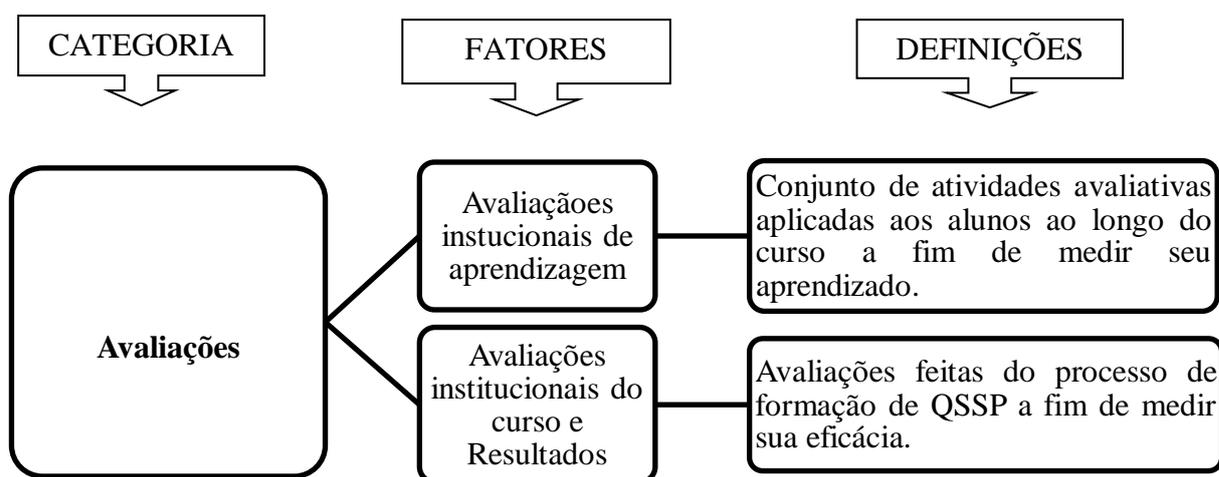
A categoria de análise em voga abarca os processos avaliativos realizados ao longo do curso. É composta pelas avaliações realizadas em dois sentidos: avaliação do processo de aprendizagem e avaliações referentes ao processo de formação do CQSSP. A avaliação

do processo de aprendizagem diz respeito aos processos avaliativos realizados com os alunos da especialização para avaliar a aquisição das competências propostas, isso implica medir seu nível de aquisição de conhecimento, mudança de atitudes ou aquisição/desenvolvimento de habilidades.

A avaliação quanto ao processo de formação abarca as avaliações feitas sobre o CQSSP, engloba as ações avaliativas referentes à estrutura, material e processos do curso, como avaliações sobre o material didático, conteúdo programático, sistema de tutoria, processos de ensino e atividades avaliativas dos alunos.

A análise dos registros forneceu informações para que a avaliação pudesse ser estruturada dentro do modelo teórico de Kirkpatrick nos quatro níveis de avaliação: Reação, Aprendizagem, Comportamento e Resultados. Sobretudo, foi fundamental para realizar a avaliação no nível Aprendizagem, já que seria inviável aplicar novas avaliações para medir a aprendizagem dos alunos egressos. Evitou também o retrabalho, duplicando informações a respeito de itens que já haviam sido avaliados pela EAD/ENSP. A Figura 4 apresenta a organização dessa categoria de análise.

Figura 4 - Categoria de análise III - Avaliações do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.



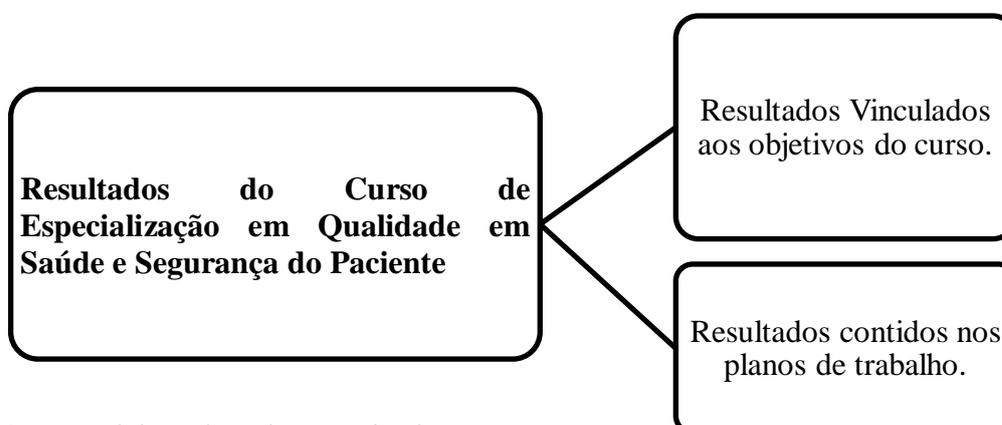
Fonte: elaborado pela pesquisadora

5.4.4. Categoria IV: Resultados

Dentro de uma pesquisa de avaliação de processos formativos, esta é uma categoria de suma importância, sendo o ponto principal do estudo em voga. Os resultados devem estar vinculados aos objetivos do curso. O CQSSP trouxe uma proposta inovadora para articular o processo de formação e a prática. Essa proposta solicitou que fossem construídos pelos alunos planos de ação para segurança do paciente nos seus estabelecimentos de saúde de origem. Assim, além dos resultados vinculados aos objetivos do curso, foram extraídas dos planos de segurança do paciente as ações mais importantes e mais comuns para todos os hospitais, considerando a normativa dada pela portaria MS 529/2013, as diretrizes da RDC ANVISA 36/2013 e os protocolos de segurança do paciente publicados pela ANVISA.

A Figura 5 resume graficamente os resultados do processo formativo em questão.

Figura 5 - Categoria IV - Resultados do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Os documentos utilizados na pesquisa foram fornecidos pela coordenação do Curso de Especialização de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da EAD/ENSP. No Quadro 4 estão apresentados os documentos físicos e eletrônicos do curso, bem como o resumo das principais informações obtidas por meio do exame de registros dos documentos analisados.

Quadro 4–Características dos documentos analisados do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, EAD/ENSP/FIOCRUZ.

Título do documento/Data	Autoria	Formato do documento	Tipo de acesso
Apresentação para o colegiado do curso# 24/11/2015	Coordenador Geral do curso	Documento eletrônico formato PDF	Público
Projeto do curso	ENSP/FIOCRUZ* ¹ EAD/ENSP/FIOCRUZ* ² ENSP/UNL* ³	Documento eletrônico formato Word	Restrito
Formulário de Aprovação e Acompanhamento de Cursos (FAC)	ENSP/FIOCRUZ EGS/ENSP/FIOCRUZ	Documento eletrônico formato Word	Restrito
Relação das turmas	ENSP/FIOCRUZ	Documento eletrônico formato Word	Restrito
Questionário de avaliação final do curso - QSSP-ALUNO	EAD/ENSP/FIOCRUZ	Documento eletrônico Formato Word	Restrito
Resultado consolidado da avaliação final do curso - QSSP – ALUNO	EAD/ENSP/FIOCRUZ	Documento eletrônico Formato PDF.	Restrito
Resultado consolidado da avaliação final do curso - QSSP – TUTOR	EAD/ENSP/FIOCRUZ	Documento eletrônico Formato PDF.	Restrito
Tabela dos resultados da avaliação final do curso - QSSP – ALUNO	EAD ENSP/FIOCRUZ	Documento eletrônico Formato Excel	Restrito
Tabela de avaliação final do curso - QSSP - TUTOR	EAD ENSP/FIOCRUZ	Documento eletrônico Formato Excel.	Restrito
Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA)	EAD ENSP/FIOCRUZ	Plataforma eletrônica	Restrito
Planos de ação elaborados pelos alunos do curso	Alunos do CQSSP	Documento eletrônico Formato PDF/Word	Restrito

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Notas:

Curso de **Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente**

*¹Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

*²Ensino a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

*³ Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

*⁴ Escola de Governo da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

5.5. Questionário: elaboração e aplicação

Realizadas as duas primeiras etapas da pesquisa, entrevistas e revisão documental, procedeu-se a elaboração do questionário para os alunos egressos. Para uma melhor organização, este foi dividido em três blocos de questões, distribuídos em duas partes. A primeira parte, contendo os dois primeiros blocos, foi respondida pelos alunos de forma individual.

No primeiro bloco do questionário de pesquisa foram destacadas para os alunos egressos questões introdutórias relativas à vida profissional e inserção no hospital.

O segundo bloco de questões continha itens de avaliação do CQSSP nos Níveis Reação, autoavaliação no Nível Comportamento e questões sobre fatores que impactaram a implementação das ações para a segurança do paciente. Para avaliação dos itens do segundo bloco, foi utilizada uma escala tipo Likert. As questões foram construídas com afirmativas com gradação de 1 a 5, sendo que os alunos deveriam escolher a opção que melhor representasse sua opinião com relação às assertivas sobre o CQSSP, de acordo com a escala abaixo:

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo, nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

O segundo bloco do questionário foi subdividido em seções específicas, sendo: I -Nível Reação; II - Nível Comportamento; e III- percepção sobre fatores que impactam a segurança do paciente.

a) Seção I: Nível Reação:

Esta seção continha questões a respeito de itens considerados importantes para os diversos atores do curso entrevistados. Dentro dela foram inseridos para avaliação:

- Conteúdo teórico
- Os livros utilizados no CQSSP
- Atividades solicitadas

- Fóruns e chats
- Tutor
- Ambiente virtual de aprendizagem
- Possibilidade de conciliar o curso com a atividade laboral

b) Seção II: Nível Comportamento

Esta seção continha questões a respeito da autoavaliação dos alunos sobre seu comportamento a partir da aquisição das competências do CQSSP:

- Participação dos alunos nas discussões sobre a segurança do paciente no estabelecimento em que trabalha;
- Incentivo à interação das equipes e apoio nas questões de segurança do paciente;
- Incorporação do conhecimento adquirido à prática profissional;
- Incorporação do erro como possibilidade na prática profissional;
- Estudo e pesquisa sobre temas relacionados à segurança do paciente, gestão de risco e qualidade em saúde;
- Identificação dos riscos existentes no estabelecimento e as melhores formas de reduzi-los;
- Proposição de ações de segurança do paciente para contribuir na mudança de cultura da organização;
- Incentivo a participação do paciente nas questões da sua própria segurança;
- Valorização do erro como uma oportunidade de melhoria na qualidade do cuidado;

c) Seção III: Percepção dos alunos a respeito do seu hospital com relação a questões que impactam a segurança do paciente:

A seção em evidência continha questões sobre fatores que poderiam impactar a implementação das ações em segurança do paciente nos hospitais:

- Infraestrutura física;
- Apoio da direção na implementação das ações de segurança do paciente;
- Fatores externos (decisões políticas, economia, regulação, etc.) que influenciaram na implementação das ações para segurança do paciente;

- Participação do NSP, ou instância equivalente, nas deliberações que favorecem a implementação das ações de segurança do paciente;
- Comunicação entre os membros do NSP, ou instância equivalente, e outros profissionais que pode favorecer a implementação das ações de segurança do paciente.

O terceiro bloco do questionário concentrou questões para avaliação no nível de resultados com itens referentes ao impacto do CQSSP na prática clínica hospitalar. Os alunos foram orientados a responder esse bloco de questões com os outros alunos da mesma instituição que participaram do curso, já que a unidade de aprendizagem do CQSSP é o aluno/equipe. Foi solicitado que os alunos indicassem um endereço eletrônico de referência para que o questionário fosse encaminhado e pudesse ser devolvido por um único endereço de e-mail, evitando duplicidade de respostas para um mesmo hospital. As respostas ao questionário deveriam ser produzidas por consenso do aluno/equipe.

Antes de ser encaminhado para os alunos egressos do estado de Minas Gerais, procedeu-se a etapa de validação para corrigir possíveis erros e equívocos no questionário. Esse processo envolveu sua submissão a dois alunos egressos do CQSSP no estado do Rio de Janeiro. Foi solicitado aos alunos que fizessem considerações a respeito do questionário e que relatassem suas dúvidas ou dificuldades para respondê-lo. Foram discutidos os apontamentos e corrigidas as questões que suscitaram alguma dificuldade, sanando os problemas apresentados no questionário.

Precedendo ao questionário, foi enviado aos alunos egressos do CQSSP de Minas Gerais um e-mail de apresentação da pesquisa, que também continha as orientações para preenchimento do questionário. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado em outro e-mail. Em seguida, o questionário da pesquisa foi encaminhado pela mesma via eletrônica para os alunos.

5.6. Considerações éticas

Seguindo os preceitos éticos e, de acordo com a legislação vigente, foram obedecidos todos os requisitos exigidos para pesquisas com seres humanos, contidos na Resolução nº 466/2012, na Resolução 510/2016 e na Norma Operacional nº 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde.

Aos participantes que foram entrevistados, foi disponibilizado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), explicitando os fundamentos, objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa, entre outros critérios determinados pela legislação. Conforme a exigência, os termos foram emitidos e assinados em duas vias.

Aos alunos egressos foi encaminhado por via eletrônica o TCLE assinado pelo pesquisador responsável antes da aplicação do questionário. Caso desejasse, o aluno teria a oportunidade de reencaminhar o TCLE ao pesquisador. Foi esclarecido aos participantes que responder os questionários implicaria na aceitação dos termos da pesquisa.

Não consta nos resultados da pesquisa qualquer dado que permita identificar os participantes para que seja preservada sua identidade.

A utilização do Modelo de Avaliação em Quatro Níveis de Kirkpatrick foi solicitada e autorizada pela Kirkpatrick Partners.

O acesso aos documentos do curso, às avaliações e a outros dados que se fizeram necessários à consecução da pesquisa foi autorizado pela ENSP/FIOCRUZ, bem como a utilização da plataforma do CQSSP.

Ficou a cargo do pesquisador responsável o arquivamento e a preservação segura de todo o material de pesquisa após o seu término, devendo ser mantido pelo prazo de cinco anos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ para apreciação das questões éticas que envolvia e aprovado com o número de parecer nº 2.100.544.

6. AVALIAÇÃO DO CQSSP – PRINCIPAIS ACHADOS DO ESTUDO

No capítulo ora iniciado, são apresentados os achados da pesquisa advindos da aplicação do Modelo de Avaliação em Quatro Níveis.³

6.1. Contexto geral do curso: foco e delineamentos do CQSSP

A avaliação constitui um subsistema dentro do sistema de formação (ABBAD, et al., 2012). Assim, só é possível fazer uma avaliação consistente, que preserve no seu interior o rigor da cientificidade, se conhecemos profundamente o processo de formação como um todo. Isso implica verificar todos os aspectos sobre os quais esse processo foi pensado e construído.

É importante destacar que um processo de formação não nasce de forma espontânea, surge motivado por uma necessidade de transformar uma dada realidade, sendo que essa possibilidade da transformação da realidade concreta é o que constitui a razão de ser de um processo formativo.

As demandas que motivam a construção de um processo de formação podem estar explícitas em determinado contexto ou latentes. Quando se encontram latentes, essas necessidades exigem levantamento por meio de processos mais elaborados e instrumentos específicos. Podem ser, ainda, necessidades pontuais de uma população, de uma organização, equipe ou de um profissional, ou, necessidades difusas, semelhantes, demandadas por populações, organizações, equipes e profissionais, mesmo que em diferentes contextos. A Qualidade do cuidado e a segurança do paciente integra esse segundo conjunto de necessidades explicitadas em diversos estudos, como no relatório *To Err Is Human do IOM*, considerado o grande marco para segurança do paciente, no estudo de coorte realizado em hospitais de ensino da cidade do Rio de Janeiro e em outros muitos estudos do campo. Constitui uma necessidade explícita e difusa, reconhecida e abraçada pela OMS⁴. O CQSSP nasce, nesse contexto, da

³Embora em trabalhos científicos seja mais comum a denominação “resultados”, considerou-se mais adequado nomeá-lo de “Achados” para evitar confusão já que optou-se por preservar a definição original do modelo de Kirkpatrick em que o quarto nível da avaliação é chamado de Resultados.

⁴No marco teórico deste trabalho são detalhados estudos e ações para a segurança do paciente.

confluência de uma série de ações que, naquele momento, alinhadas com uma tendência mundial, buscam encontrar soluções para os problemas relacionados à segurança do paciente no Brasil, em Portugal e em Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs).

Anterior à realização do CQSSP, existia o interesse comum da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL) de articular ações na área de Segurança do paciente. O processo de elaboração do curso surge desse contexto mais amplo, buscando responder em conjunto necessidades comuns de três continentes, mas que foram sinalizadas a partir de um outro processo que contou com a participação expressiva das ENSPs.

Pra gente poder entender essa questão, temos que voltar um pouquinho mais atrás. Nós, da ENSP/FIOCRUZ, já estávamos tentando fazer em conjunto com a ENSP/UNL uma série de atividades em conjunto na área de Segurança do Paciente: já tínhamos feito uma adaptação de um curso do Institute of Health Improvement, do inglês para o português, já tínhamos feito um webinar em conjunto, em português de um curso feito pela Organização Mundial de Saúde, a respeito de pesquisa em segurança do paciente, e estávamos perseguindo a ideia de fazermos um livro sobre segurança do paciente na língua portuguesa, chegamos, inclusive a discutir isso dentro das escolas que aprovaram, pelos seus respectivos diretores, começamos mesmo a fazer o recrutamento dos autores para fazer esse livro, estudamos os livros que existiam em outras línguas, e passamos a convidar e a entrar em contatos com os autores. A ideia é que a gente tivesse metade dos autores brasileiros, e metade dos autores portugueses.

(Coordenador do Curso)

Outro fator importante, que confluiu para que curso acontecesse, foi a criação do PNSP pelo MS do Brasil, lançado em 1º de abril do ano de 2013, que traz como um dos seus quatro eixos de sustentação a inserção do tema segurança do paciente no ensino.

No meio desse processo, o recém criado Programa Nacional de Segurança do Paciente, no Brasil, começou a discutir a importância de se capacitar pessoas para que pudessem entender todo o programa, que na verdade é uma tradução para o contexto brasileiro das diretrizes da OMS. Então neste momento o comitê de implantação do Programa Nacional de Segurança do paciente, do MS, resolveu solicitar à ENSP/FIOCRUZ um curso de especialização para os profissionais da rede. A partir daí, entramos em contato com a ENSP/UNL e, explicamos o que estava acontecendo, o que significaria, inclusive, que conseguiríamos financiamento para fazer o livro, que ainda era uma das metas, conseguir financiamento para editar o livro, isso vinha ao encontro do que a gente já tentava organizar e uma necessidade que havia por parte do governo brasileiro naquela época de poder capacitar pessoas para poder intervir nessa área de segurança do paciente (Coordenador do Curso).

A definição do público-alvo constitui outra importante parte do processo de formação. Isso significa mapear e selecionar profissionais, levando em conta as necessidades e a disponibilidade de recursos organizacionais. Fazer uma análise quantitativa e qualitativa dos participantes, definir o perfil e a quantidade ideal de profissionais que participarão do processo de formação. É fundamental que essa definição seja um processo bem estruturado. Em primeiro lugar, porque os recursos são limitados, exigindo a melhor aplicação possível de forma a otimizar os resultados do processo de formação. Em segundo, porque há um perfil desejado, uma quantidade enorme de pessoas com esse perfil e uma necessidade incomensurável a ser atendida. Fez-se necessário traçar uma estratégia que ampliasse o impacto do CQSSP.

No primeiro momento havia uma quantidade imensa de pessoas com potencial para poder fazer esse curso, e nós resolvemos priorizar primeiro os hospitais onde você tem por um lado mais risco, por outro lado mais conhecimento acumulado, e tivemos que fazer um corte pelo número de leitos, já que somos mais de cinco mil hospitais no Brasil,(...) então quem estava apto a fazer o curso eram profissionais que trabalhavam em hospitais com mais de duzentos leitos. Foi assim que foram as definições

iniciais por parte do MS quanto da nossa articulação com a ENSP/UNL. (Coordenador do Curso).

Para cada hospital foi pedido a indicação de 4 alunos que pertencessem, ou que viesse a pertencer, aos NSPs. Prioritariamente, que fossem indicados médicos, enfermeiros e farmacêuticos, mas não foi restringida a participação de outros profissionais. O que faz muito sentido no contexto, já que essas categorias têm mais proximidade no contato com a questão da segurança do paciente:

(...) julgamos que essas categorias têm mais a ver e mais a contribuir para a melhoria da segurança nos hospitais (Coordenador do Curso).

Processos de formação têm como uma de suas funções transmitir determinada concepção ética, que expresse ideias, valores, posturas e ações com os quais estão comprometidos e sobre os quais pretende formar indivíduos para agir conforme o pensamento estruturado. O CQSSP foi estruturado, ao pretender uma virada cultural dentro dos hospitais, sobre uma linha clara de pensamento: assume o erro como possibilidade e como condição humana e a não culpabilização dos profissionais como as principais diretrizes das ações para a segurança do paciente.

Sobre o que se pretendia com o curso, além de garantir bastante conhecimento e informação sobre conhecimentos novos nessa área de segurança do paciente, já que é uma disciplina nova, é um tema novo, ele surge em 2000, a gente destacava que o mais importante era transmitir para os alunos, que na verdade são profissionais que trabalham no SUS, que trabalham nos hospitais do SUS, transmitir a eles que errar é humano! Isso significa que esses profissionais que acham que nunca poderiam ter errado, que nunca errarão, tinham que mudar esse tipo de cultura porque significava que o erro ia fazer parte do planejamento, então a questão de que o erro é inevitável, ele vai acontecer, isso garante condições para que você implemente rotinas, planos, políticas para poder evitar que esse erro caso aconteça e chegue a prejudicar o paciente (Coordenador do Curso).

Para além de formar os alunos em competências técnicas, há no CQSSP a pretensão de estimular outra forma de olhar para o cuidado e para o profissional, na qual o humano é o elemento central com suas limitações e o erro é uma possibilidade, com suas potencialidades com a capacidade de aprender, modificar o processo do cuidado, transformar as organizações. É relevante a implementação de uma cultura de segurança nas organizações nas quais o erro é uma possibilidade, porém preveni-lo é uma obrigação de todos.

(...) mas como eu ia falando se eu pudesse falar da mãe de todas as competências seria aquela que eu falei no início: que errar é humano! Isso é uma mudança de cultura! Isso não se obtém de uma hora para outra, mas o convívio no curso, as várias discussões, a gente gostaria que isso tivesse tido impacto nos alunos. Por que tanta importância disso?! Por que se você raciocina que você nunca vai errar, você não se prepara para evita que esse seu erro chegue a provocar algum tipo de dano ao paciente; Se você sabe que existe a possibilidade de errar, não só você como qualquer um da equipe como inclusive a organização como um todo pode errar, você se prepara melhor para poder evitar que esse erro chegue ao paciente. Então essa é a questão mais importante, é essa questão cultural (Coordenador do Curso).

Outra etapa fundamental do processo de formação é a seleção do conteúdo programático. Nessa etapa do processo formativo são definidas as bases teóricas e conceituais que serão fundamentadas. Caracterizadas pela transdisciplinaridade, há no campo de segurança do paciente uma diversidade de disciplinas e conteúdos que fazem a composição do arcabouço teórico do campo. Conceitos e conhecimentos desenvolvidos na aviação, no campo da administração, medicina, psicologia, engenharia e do direito, entre outros, são agregados para formar as bases conceituais e metodológicas da segurança do paciente.

Como relatado na entrevista com o coordenador do curso, o estudo de livros sobre a temática segurança do paciente e a experiência acumulada das duas escolas envolvidas, já que havia uma disciplina em segurança do paciente em cursos *stricto sensu*, na ENSP/FIOCRUZ, e um curso em segurança do paciente na ENSP/UNL,

facilitando a formação de um quadro com o conteúdo a ser ministrado, que foi dividido em três grandes blocos: o primeiro bloco apresentava uma noção teórica e histórica segurança do paciente; o segundo bloco envolveu questões da prática assistencial; e, um terceiro bloco apresentava medidas e ações para gerenciar os problemas de segurança do paciente nas organizações.

Eu avalio que o conteúdo trabalhado com os alunos consiste em um conteúdo de vanguarda, no contexto nacional, com relação ao campo da segurança do paciente, que se tornou uma política a partir de 2013, e é um conteúdo muito rico e abrangente, uma vez que ele perpassa os diversos aspectos relacionados a segurança do paciente e também contextualiza quando surgiu toda a história do campo, e foi produzido por pessoas envolvidas nesse trabalho, eu considero o conteúdo trabalhado excelente (Tutor do Curso).

Como outros cursos da ENSP, o CQSSP foi projetado em conjunto pela coordenação da EAD/ENSP e a Coordenação do Curso, uma importante etapa de planejamento e preparação, que estruturou e formatou o CQSSP dentro dos princípios pedagógicos da escola.

(...) Resumidamente falando a forma como a gente faz essa articulação, primeiro é na parte de elaboração do projeto. Então, a EAD dentro dos seus princípios, dentro das suas diretrizes, ela tem uma oficina que a gente chama de oficina de elaboração de projeto, no qual toda proposta de um curso ela é constituída, pelo menos os seus principais objetivos, as principais temáticas a serem abordadas, a proposta pedagógica do curso da qual a EAD aposta, acredita e vem buscando qualificar. Ela se dá nessa forma dialogada com a coordenação do curso. Inicialmente, nessa elaboração do projeto, ela se dá com uma equipe mais restrita da coordenação do curso, com a área de elaboração de projetos de material didático, isso depois se amplia de acordo com a constituição dessa proposta, da qual tem a oficina de autores para constituição do material, e aí uma série de outras questões, que são abordadas. Mas, a questão da

articulação é da forma mais integrada possível, isso acontece de uma maneira muito fluida (....). (Coordenador Pedagógico)

O formato EAD/ENSP para o CQSSP apresenta-se como uma excelente alternativa, pensando o tamanho e diferenciação do território que se deseja abranger, e as necessidades de se expandir as questões da qualidade em saúde e segurança do paciente. Esse formato mostra-se bastante adequado, tanto do ponto da eficiência econômica, quanto do ponto de vista da utilização dos recursos, da estrutura e do deslocamento de profissionais. O formato do curso e o método educacional utilizado, embora esse último seja bastante recente, são entre os atores do curso bastante aceitos e, na sua concepção, um método com potencialidades consideráveis.

Então, a modalidade nesse caso, a questão da modalidade ela é muito pertinente para o tamanho do projeto, dos seus objetivos, para o que você quer implicar nisso. Então, para esse projeto especificamente, acho que a modalidade se adequou de uma forma mais positiva para alcançar os seus objetivos (Coordenador Pedagógico).

Os métodos educacionais eu avalio como muito inclusivos, uma vez que eles permitem a articulação do tutor que é o mediador desse método educacional, com seus alunos, que estão em espaços diferentes, distantes, mas criam um laço, um vínculo muito produtivo, onde o tutor tem o papel de motivar, de compreender cada um individualmente na sua capacidade de assimilar, os conteúdos e apresentar, onde o tutor também tem a possibilidade de auxiliar o aluno, mesmo não estando presente, então eu considero o método educacional inovador. Ele ainda é um pouco novo para a nossa realidade, mas ele vem tomando um vulto bastante expressivo, até pela extensão geográfica do nosso país, pela diversidade sociocultural, eu considero bastante importante, eu acho que é um método de futuro, eu acho que ele já funciona no presente, e ele é muito útil principalmente quando você tem questões e políticas de saúde a ser implementadas, a serem deflagradas, e eu acho que foi perfeito nesse sentido: da Política Nacional

de Segurança do Paciente. Eu acho que foi um curso, que foi muito catalisador para implementar essa política de fato (Tutor do Curso).

Os pressupostos metodológicos do CQSSP baseiam-se na teoria das competências. Envolvendo um trabalho pedagógico interativo e contínuo, articulando teoria e prática na construção de novos conhecimentos. Assim, a realidade vivenciada pelo aluno é trazida para o contexto, potencializando o aprendizado e o desenvolvimento das competências. O que se espera dos egressos é que sejam capazes de trabalhar em grupo, refletir e agir em conjunto sobre sua realidade, para transformar o espaço organizacional. Há no método inovação do ensino, com ferramentas de aprendizagem que facilitem a transferência para a prática e constituem singularidades do CQSSP, não comum, sobretudo, em cursos acadêmicos, que prezam muito mais os estudos teóricos, uma vertente neopositivista muito própria do campo da administração.

A EAD/ENSP acredita em princípios em que você trabalha a questão crítica e reflexiva do aluno, em que você possa utilizar os espaços da prática profissional como espaços de reflexão da sua prática e de revisão de uma prática profissional, sem desconsiderar toda a experiência, toda trajetória desses profissionais, antes de serem alunos eles tem essa trajetória imbricada na sua vida, então assim, a gente considera muito a contextualização, o território de atuação, e principalmente a bagagem que esses profissionais trazem da sua prática para que ele possa fazer a reflexão em cima de uma temática proposta do curso (Coordenador Pedagógico).

(...) Como o objetivo do curso é fazer com que esse profissional, inserido no seu espaço de trabalho, ele possa fazer uma reflexão, uma autoavaliação, uma análise crítica do seu processo, eu acho que as estratégias que EAD da ENSP, ela pensa, é de que forma a gente consegue relacionar teoria à prática do profissional, e propor estratégias de atividades, de construção de propostas que façam com que ele de fato pense

na sua prática, consiga fazer algum tipo de mobilização no seu serviço (Coordenador Pedagógico).

As competências a partir das quais foram formados os alunos se baseiam, sobretudo, em formar uma nova visão sobre o erro humano, em desenvolver a capacidade dos alunos de trabalhar em equipe, ampliar o seu olhar sobre a instituição em uma perspectiva sistêmica, em reconhecer, prevenir e gerenciar o erro, interpondo barreiras de segurança do paciente, em fazer política interna de forma a agregar os profissionais em torno de uma mesma causa.

(...) O que a gente quer desse aluno, visando obviamente a questão da segurança do paciente, é a questão de ele poder trabalhar em equipe, poder implementar a cultura dentro da organização, fazer parte dela, obviamente é uma visão diferenciada do erro, ver o paciente, não é o cuidado centrado no paciente, mas é diferente, é uma parceria com o paciente, e trabalhar a questão da gestão de mecanismos, ferramentas e processos de gestão de riscos(...) (Orientador de Aprendizagem).

Dessa forma, cabe destacar algumas especificidades metodológicas inovadoras do CQSSP, pensadas para que o curso tivesse, na prática, maior alcance dos seus resultados, servem, portanto, como estratégias, pensadas para articular a transferência da aprendizagem para prática profissional. Essas especificidades do método são:

- a) A utilização do **conceito/estratégia** do aluno/equipe como unidade de aprendizagem, formado por quatro profissionais de um mesmo hospital, que estudassem e trabalhassem em conjunto, compartilhando o aprendizado e o trabalho;

Mas existiu uma questão específica para além da questão das competências que era o objetivo fazer um curso, já que a gente utilizou metodologias ativas, a gente queria fazer um curso bastante dinâmico e que tivesse uma participação grande dos profissionais, então nós tivemos a

ideia de montar para esse curso o aluno equipe. E o que era isso?! Era fazer com que o grupo de alunos de um mesmo hospital pudesse trabalhar em várias questões ao longo do processo do curso fazendo leituras conjuntas, pensando juntos, fazendo os debates juntos, fazendo as formulações juntos, fazendo propostas conjuntas para poder dar condições que esse grupo do mesmo hospital se conhecesse e pudesse fazer um nível de interferência real durante o curso, e assim que o curso terminasse, e esse processo começou na própria seleção. Dessa forma, já no processo de seleção já tinha uma equipe, o que a gente chamou de aluno/equipe o que favoreceria esses alunos a se interagirem mais (Coordenador do Curso).

Esse conceito/estratégia do aluno/equipe está bem consolidado, tanto para coordenação do curso quanto do ponto de vista da equipe pedagógica da EAD/ENSP, constituindo importante eixo de estruturação do curso.

(...) A construção do aluno/equipe tem um peso muito forte porque como a proposta é que esse curso se desenvolva com profissionais de saúde que estejam vinculados a uma mesma instituição de saúde, que a gente tenha a facilidade dessa troca entre esses profissionais, então o modelo ele se dá considerando o aluno/equipe (Coordenador Pedagógico).

(...) A política pedagógica, como a gente chama, que é centrada no aluno/equipe e ela exige de uma determinada instituição, trabalhar em equipe, coisa que às vezes, que foi o que me encantou inicialmente, que às vezes, o colega, ele não trabalha em equipe dentro do trabalho dele, e dentro do curso ele é obrigado a fazer isso, ele é obrigado a dar respostas(...) (Orientador de Aprendizagem).

Seria redundante dizer que para que a estratégia do aluno/equipe alcançasse êxito, essas equipes deveriam apresentar coesão interna. Por isso, embora não se possa afirmar que esse critério tenha tido, na prática, relevância na escolha desses alunos para

compor a equipe pelo estabelecimento de saúde que os indicaram, a estratégia foi bem-sucedida, conforme os entrevistados.

Havia sim, coesão interna entre as equipes, pelo menos no meu grupo. Eu tive cinco alunos/equipes, eu tive apenas uma equipe em que eu tinha dois membros dela que eles não estavam entrosando bem com o restante, e no final das contas, já bem avançado, o curso, eu acabei por desligar esses dois alunos. (...) Era uma equipe de cinco alunos e dois deles foram dispersos, deslocados, não entrosavam, e não cumpriram atividades, a ponto de numa tomada decisão conjunta, junto com a orientadora de aprendizagem, com a coordenação, foi decidido, então, desligá-los (Tutora do Curso).

- b) O uso de **metodologias ativas** que articulam teoria e prática. O aluno/equipe é, nessa perspectiva, um sujeito participante na transformação do cuidado e da cultura organizacional. Há, portanto, a dimensão da realidade das organizações de saúde, trazida para o contexto da aprendizagem. Nesse sentido, dois elementos são estruturantes do processo, os fóruns de discussão nos quais os alunos são convocados a contribuir com seus conhecimentos, experiências, concepções e vivências. E o trabalho de conclusão de curso, que propôs a construção dos planos de segurança do paciente, nas unidades de origem, pelos próprios alunos/equipes. Assim, o processo formativo teria impacto na prática, transformando a realidade das organizações de saúde.

Então, você começa a discutir já metas, em grupo, em equipe, você começa a discutir a temática de segurança, em grupo, em equipe, e fazendo um caminho da teoria para prática, e da prática para teoria, então tudo é desenhado nesse sentido (Orientador de Aprendizagem).

- c) A construção de um plano de segurança do paciente pelos alunos, constituiu uma ação muito peculiar dentro do CQSSP. Trata-se de uma

inovação no processo de ensino/aprendizagem, que sugere um produto final, que tem como gênese a realidade das instituições e como finalidade a modificação dessa realidade no que tange a segurança do paciente e a qualidade do cuidado. Uma estratégia com grande potencial de transferência do aprendizado para a prática.

Outro aspecto, também, que foi muito importante, foi o trabalho de conclusão de curso. Ele foi um trabalho de conclusão de curso orientado para o hospital, então, todos os alunos do curso tinham que fazer um plano específico de segurança do paciente para sua unidade. Isso fez com que eles tivessem que levantar dados, obrigou a eles a fazer contatos com outros profissionais do hospital através da técnica de brainstorm, obrigou que eles tivessem que estudar a política, tanto as diretrizes da OMS, como também a política do Programa Nacional de Segurança do Paciente, então foram coisas bem práticas que fizeram com que estas questões pudessem ter um impacto muito bom, e muito importante dentro dos hospitais onde eles estavam trabalhando (Coordenador do Curso).

- d) Outra especificidade a ser citada é a **mediação pedagógica**. Um sistema de tutoria não apresenta novidades, já que muitos cursos na modalidade EAD, ou mesmo presencial, utilizam-se desse modelo de ensino, diferente do que foi chamado de mediação pedagógica pelos entrevistados. Neste método, apoiado no sistema de tutoria, o tutor ele não é mero transmissor do conhecimento, ele é um docente que é o mediador”, ou seja, conduz o aluno na construção do conhecimento, articulando a teoria e o conhecimento prévio do aluno, valorizando sua prática e sua experiência. Para ser bem-sucedido, esse processo já começa na seleção, que permitiu captar bons profissionais para trabalhar com os alunos. Tutores e orientadores de aprendizagem, comprometidos com os princípios e diretrizes do curso.

A gente organizou uma oficina de uma semana para os tutores. Os tutores sabiam do seu papel de tentar fazer com que as pessoas introjetassem as competências que nós estávamos propondo. Se a gente pudesse escolher uma maior, seria a de que a gente tinha que mudar a cultura (Coordenador do Curso).

(...) é um trabalho de mediação pedagógica, em que o tutor, ele tem que não deixar o aluno copiar e colar o texto que está lá. Isso aí, digamos, dando informações ou não ficar também só falando da sua prática, e aí vem a mediação pedagógica que faz esse planejamento, que fica trabalhando essas duas partes juntas dessas atividades, fóruns, atividades individuais, os chats, quando são necessários. E agora, a questão mais complicada, que não é só do curso ao meu ver, talvez até da minha experiência, muito recente que eu tenha tido no trabalho diretamente com cultura de segurança, eu estou espantada, na prática, o quanto é difícil para o profissional fazer parceria com o paciente e o curso discute isso (Orientador de Aprendizagem).

e) O **Material didático**, também ocupa um lugar central no processo de formação do CQSSP. Cabe ressaltar que o curso se desenvolve a partir dos livros, que já estavam em processo de construção e forneceram a base teórica para o curso. Mas o material didático vai além, compondo-se de outras fontes e ferramentas que facilitam o processo de aprendizagem do aluno.

(...) O livro foi um material didático muito importante, a gente não trabalhou só com o livro, trabalhou também com filmes, vídeos, discussões, debates, artigos, a gente trabalhou com vários tipos de mídia, para poder desenvolver nos alunos as competências (Coordenador do Curso).

(...) O próprio livro, outro aspecto, a própria informação do livro, no “Para refletir”, geralmente, ele chama o aluno da teoria para a prática, e que se o

tutor for esperto, ele usa esse “Para refletir” dentro do fórum dele, porque esses “Para refletir” vão fazendo uma marcação, é como se fosse o encadeamento do assunto, são pausas, é um recurso do livro, da mediação do material propriamente dito, e isso tem que ser acompanhado pelo tutor (Orientador de Aprendizagem)

- f) A **forma de avaliação dos alunos** no CQSSP diferencia-se de uma grande maioria. O aluno não é avaliado pelo conhecimento que pode ser acumulado na sua totalidade, mas respeitando sua evolução, em seu próprio ritmo de aprendizagem. Chamada de **Avaliação Processual** diz respeito à trajetória do aluno dentro do curso, considerando seu empenho e dedicação, muito mais que um produto acabado de conhecimento. Ainda que sua avaliação seja representada por uma nota, transformada em conceitos A, B, C, e D está por trás dessa um esforço do aluno em evoluir na construção e aplicação do seu conhecimento, ao mesmo tempo em que o reconstrói com seu tutor.

Primeiro, todas as atividades dos alunos elas não são atividades isoladas, elas são atividades que elas vão fazendo um desencadeamento de propostas que façam com que esses alunos vão tendo crescimento no seu processo de reflexão, do processo de aprendizagem. Por exemplo, a proposta das unidades de aprendizagem: elas primeiro, elas não só te dão o desenvolvimento relacionado com a parte teórica do que estava sendo apresentado nas unidades, como também já tinha uma articulação com a metodologia científica, que era uma proposta de construção de um projeto de intervenção, no caso a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, nos hospitais, diante da política, nessa primeira oferta a política tinha sido recém implantada. Então a proposta de você fazer uma avaliação de percurso, uma coisa que a gente acredita que a avaliação do aluno ela não se dá através de um registro de notas, a gente trabalha com a formação dos tutores, a formação docente, ela tem um valor muito grande nos projetos da EAD da ENSP, porque são os docentes que são os grandes

atores que fazem a construção do processo de aprendizagem do aluno. Então, por exemplo, se uma unidade de aprendizagem a gente tem 7 propostas de atividades, que fazem com que esses alunos se juntem façam uma reflexão na sua prática, e depois eles desenvolvam de alguma forma a expressão dessa reflexão na entrega de uma proposta, na construção de uma atividade, essa construção ela se dá junto como seu tutor, junto com o seu docente, e a devolução desse tutor ela é qualitativa, então, ela não tem uma avaliação registrada através de nota, é um registro qualificado através de comentários em cima da proposta de como foi a construção da proposta daquela atividade, e ele tem, ao final de cada unidade, ele tem uma avaliação do seu percurso, naquela unidade. Então, o objetivo é que o tutor ele possa identificar com o aluno quais os avanços que vêm sendo alcançados ao longo daquela unidade de aprendizagem e, conseqüentemente, ao longo do curso. É uma proposta mesmo de você estar avaliando o percurso e estar revendo questões que nem sempre foram alcançadas no início, mas que você precisa estar avançando ao longo do curso, então é uma estratégia pedagógica que a EAD da ENSP utiliza, e que pra gente é muito rica na construção do processo de ensino/aprendizagem (Coordenador Pedagógico).

(...) A gente coloca assim: os alunos, eles iniciam o processo cada um a partir de um ponto, a gente não tem ponto comum de partida, e a gente também não espera que o ponto final seja um ponto comum de chegada de todos eles e, então, a gente considera que nessa avaliação processual, o aluno, ele vá apresentado avanços, ele vá demonstrando o desenvolvimento de outras habilidades, de outras competências. A gente não espera que ao final a gente consiga avaliar e dizer: olha!, Essas habilidades foram alcançadas, essas competências foram atingidas, Então, assim, a gente conseguir visualizar que houve um avanço que houve uma apropriação principalmente de sua prática, de uma reflexão da sua prática, de que isso despertou de alguma forma tomadas de decisão, iniciativas por parte do aluno, que ele passe a ser propositivo, então isso é uma coisa que aparece muito ao longo do percurso, então eu acho que a gente avalia de

uma forma muito positiva que isso tudo é alcançado(...). Ao final de cada unidade de aprendizagem, você faz um balanço com aquele aluno de como ele percorreu aquela unidade (Orientador de Aprendizagem).

Bom... Na verdade o tutor, ele avaliava cada atividade do curso, dentro de cada unidade de aprendizagem, só que ele não dava o feedback de grau, de nota por atividade, ele só dava um grau por unidade de aprendizagem, que reunia um número X de atividades, então a cada atividade, o tutor dava um feedback para o aluno de como ele se saiu naquela atividade, o que ele poderia melhorar. A gente também não deixava de parabenizar, de elogiar quando uma atividade era bem elaborada, bem completa, então, na verdade, a nota era dada apenas a cada unidade que a gente fechava e dava um feedback da unidade como um todo, e dava um grau, mas, dentro de cada atividade, era oportuna essa avaliação porque a gente dava um feedback daquilo que ele podia crescer, mudar, melhorar. E, ao final, a gente fez uma média, os encontros presenciais também foram avaliados (Tutor do Curso).

Assim, os critérios de avaliação não representavam somente a mera aquisição de conhecimento pelo aluno, senão todo seu esforço para com o curso e para seu próprio desenvolvimento, bem como o comprometimento em construir o conhecimento de forma coletiva e participativa.

Critérios de avaliação de aprendizagem foram interação com o grupo (...) por exemplo: a interação do aluno com seu grupo, a interação do aluno com o restante da turma, o cumprimento de prazos, o interesse demonstrado na realização das atividades, do tipo: se ele buscou outras fontes bibliográficas, se ele compartilhou experiências próprias vivenciadas, se ele questionou seus colegas sobre as experiências deles. Então todos esses critérios foram utilizados para se avaliar, e também a parte de construção de texto, de raciocínio lógico, de uma construção baseada num trabalho científico (Tutor do Curso).

g) O bom uso da **tecnologia como facilitador do processo de formação**, não constitui uma especificidade do método. Entretanto, foi uma aposta no sentido de potencializar os recursos de aprendizagem, atingir o maior número possível de alunos e organizações de saúde, bem como promover a interação entre esses atores e entre instituições de ensino diferentes, nesse caso a ENSP/FIOCRUZ e a ENSP/UNL, organizações de saúde e entre alunos, embora ainda enfrente algumas dificuldades. As diferenças geográficas, econômicas, sociais, culturais e estruturais do Brasil, com suas dimensões continentais, que também se expressam nas questões da saúde, afetam as questões da qualidade do cuidado e segurança do paciente, torna essa aposta, de fazer um curso a distância, uma aposta inteligente, alcançando um número grande de profissionais e cobrindo um vasto território geográfico com suas especificidades.

Considerando, esse curso foi um curso de nível nacional, com uma dimensão territorial do Brasil muito grande, inclusive, essa primeira oferta, ela teve uma parceria com Portugal, essa primeira oferta ela teve duas turmas em Portugal, então, assim, eu vejo isso como uma vantagem, e o fato de você fazer essa integração, inclusive com outro país abordando a mesma temática, do curso. A gente tem facilidades pelo fato de você conseguir agregar um contingente maior de profissionais, porque você consegue desenvolver, sem precisar que esses profissionais se desloquem para o mesmo local, mas ao mesmo tempo, a gente ainda tem como desvantagem a questão do acesso à internet (Coordenador Pedagógico).

Os resultados esperados com um processo de formação variam amplamente em função de seus objetivos. É necessário que, na fase de planejamento do processo, esses resultados sejam minimamente delineados, com vistas a direcioná-lo e determinar o seu alcance. Nesse aspecto, o CQSSP assemelha-se bastante à modalidade dos treinamentos organizacionais, que tem resultados definidos em prol de objetivos muito bem traçados. Na literatura, é possível encontrar uma gama de resultados definidos em termos de aumento de produtividade, retornos financeiros, melhoria de qualidade, entre

outros. Com o CQSSP, os resultados esperados foram definidos pela coordenação como:

- a) Estruturação dos NSPs nas organizações de saúde participantes.
- b) Disseminação do papel do NSP dentro dos hospitais. A equipe do NSP precisaria fazer política interna sem competir com outras instâncias que já atuam na área de qualidade, como a comissão de infecção hospitalar, a comissão de revisão de óbito, a comissão de análise de prontuário, a comissão de farmácia e terapêutica, entre outras, antes, o NSP deve oferecer estímulo ao crescimento e fortalecimento dessas instâncias.
- c) Implementação do sistema interno de notificação de incidentes.
- d) Implantação dos protocolos em segurança do paciente, por meio dos planos de segurança locais. É importante ressaltar que esses protocolos são universais, foram traduzidos e adaptados para a realidade brasileira.
- e) Implantação de medidas periódicas para segurança do paciente com indicadores específicos.

Todavia, o alcance dos resultados depende, em quaisquer casos, de circunstâncias que possibilitem o uso e aplicação do conhecimento em sua produção. Não fogem dessa regra os resultados almejados com o CQSSP, seja pela sua inserção mais ampla no Programa Nacional de Segurança do Paciente, ou pelas vias estabelecidas no método de ensino/aprendizagem. É preciso considerar que outras condições são necessárias para que o curso alcance, na prática, os melhores resultados. E essas condições devem confluir. Há graves problemas, de toda ordem, que impactam a qualidade do cuidado e segurança do paciente: políticos, econômicos, financeiros, estruturais, culturais, sociais, de gestão. Não se pode ser ingênuo e imaginar que um curso de especialização daria conta de toda a problemática envolvida. Entretanto, a educação é um eixo fundamental de transformação.

(...) O curso sozinho não consegue fazer a mudança na cultura, na situação, a gente precisa que a própria organização esteja em boas condições. Isso é o maior problema que a gente tem! A gente tem os hospitais, talvez sejam os estabelecimentos de saúde mais sensíveis a

problemas de gestão, a problemas de financiamento, a problemas políticos, e a gente viu isso durante o curso. Durante o curso a gente teve crises em estados específicos com desestímulo aos alunos; os tutores tiveram que fazer um trabalho extra de motivar esses alunos mostrando que essas crises são passageiras. Nós tivemos algumas incompreensões de gestores, muito pouco disso, mas existiu quem vetou, por exemplo, acesso de dados aos alunos temendo que os alunos pudessem fazer um mau uso desses dados contra o hospital. Então nós temos toda sorte de problemas, agora, o maior problema foram as crises, várias crises, com falta de medicamentos, com falta de material, aí é muito difícil discutir segurança do paciente, com problema de infraestrutura tão grave, ela acaba sendo secundária, o problema principal é vencer a crise, é botar remédio, é contratar profissionais, então isso precede... Teve um estado que dissolveu o NSP para botar pessoas na assistência...A gente teve de tudo... Então, eu acho que se nós tivéssemos um SUS mais estabilizado, mais organizado, bem financiado, com uma gestão profissional, a gente poderia ter tido um alcance muito maior desse curso que nós tivemos, mas por outro lado também não tivemos crise em todos os estados, a gente teve variações de problemas, alguns muito problemáticos, outros com poucos problemas. E agora, num momento em que será feito o estudo com avaliação dos alunos, nós estamos vivendo um outro período de crise, uma crise nacional tanto política quanto econômica que repercute dentro dos hospitais, então mesmo hospitais que não ficaram em crise durante o curso podem estar em crise agora, e fazendo com que os alunos estejam desestimulados para que possam atuar nessa área que é uma área sensível a esse tipo de problema

(Coordenador do Curso).

Faz parte das atividades da EAD/ENSP a avaliação de seus cursos. O CQSSP também passou por essa avaliação. O processo de avaliação do curso, como foi realizado, que instrumentos foram utilizados e quem participou foram descritos pelo coordenador pedagógico, tal como pode ser visto a seguir:

A gente reúne todas as equipes que fazem parte da elaboração do projeto, da construção, da implantação dele, da implementação, do desenvolvimento até o seu final, e a gente trabalha com o sistema de avaliação on-line, esse sistema de avaliação on-line ele tem questões abertas, questões fechadas, que estão diretamente relacionadas a proposta pedagógica, que estão relacionadas a construção do material, a proposta de desenvolvimento de um trabalho de conclusão do curso, a proposta de construção de conhecimento pelo tutor junto com o seu aluno, então essa é avaliação que a gente faz, tanto com alunos como com o corpo docente, é uma avaliação que a gente sistematiza. Através dessa avaliação on-line, é que ao final do curso, a gente pega todos esses elementos para fazer uma análise em cima do que foi respondido tanto pelos alunos, quanto pelos tutores. Então, assim, a atividade maior que a gente desenvolve para avaliar o curso, e que a gente tem uma sistematização disso é esse sistema de avaliação on-line, que a gente ao final do curso, consegue consolidar, e sistematizar todo o feedback que a gente tem, pensando que a construção desse instrumento é feita considerando todo o processo de construção, até a execução e finalização do curso (Coordenador Pedagógico).

Ainda que o estudo em evidência proponha avaliar o CQSSP considerando, pelo modelo escolhido, a perspectiva do aluno e a produção de resultados, a avaliação feita por outros atores participantes do processo de formação certamente contribui para sua melhoria. Abre-se aqui um parêntese para registrar a avaliação feita pelos atores entrevistados, a partir de suas percepções e vivências no CQSSP. Essa avaliação apresenta-se bastante positiva.

No que dependeu especificamente do curso, a gente teve uma boa avaliação, no que dependeu dos tutores a gente teve uma boa avaliação, por parte dos alunos em relação a eles, a gente teve uma boa avaliação do conteúdo (...) (Coordenador do Curso).

(...) Eu estou avaliando o processo formativo, do ensino a distância da ENSP. Não é da EAD no geral, é do EAD no específico, desse

curso, porque são muito diferentes, eu acho extremamente rico! Ele exige muito mais de você, enquanto tutor, enquanto orientador, enquanto coordenador, enquanto aluno. Porque esse processo formativo, ele cada vez mais é estruturado, organizado, (...) para melhorar a qualidade dessa formação, e para dar espaço, apesar de a distância, do tutor estar próximo do aluno (Orientador de Aprendizagem).

Essa avaliação positiva também é compactuada pela coordenação pedagógica, tanto pela sua percepção quanto com o que comprova a avaliação institucional. Sobre o alcance dos resultados, os atores entrevistados consideram que o CQSSP respondeu aos objetivos propostos. Inclusive, podendo se verificar pela avaliação institucional feita ao final do curso.

Em relação a esse curso, a gente pode até considerar que primeiro, os resultados, eles foram resultados muitos positivos, de um ganho muito grande, alguns aspectos superaram até as nossas expectativas, em relação à satisfação com o curso, ao alcance dos objetivos, a gente trabalha com grandes eixos temáticos no desenvolvimento dessa proposta de avaliação do curso, a gente pega a avaliação da EAD em si, a gente avalia a temática da mediação pedagógica, a avaliação temática do curso, as questões referentes a construção do projeto pedagógico do curso, ao desenvolvimento da modalidade, da metodologia, então são aspectos que a gente considera nessa avaliação, que a gente consegue ter o resultado muito positivo. Essa primeira oferta do curso, eu não posso te dar os elementos exatos, agora, porque é um instrumento com um número muito grande de informações, mas o grande balanço que a gente tem é de os objetivos alcançados de uma forma expressiva de quase que 100% de todos os aspectos que foram abordados nessa avaliação. Então, para a gente tem um feedback muito positivo com a proposta de avaliação desse curso, e com o que foi desenvolvido nessa proposta, até mesmo, que em cima dessa avaliação é que a gente pode pensar em qualificar esse processo no caso de uma outra oferta do curso. Então, em cima desse balizamento que os alunos

e os tutores trazem para a gente, que a gente consegue aperfeiçoar a construção desse processo (Coordenador Pedagógico).

Conquanto as avaliações tenham sido bastante positivas, os resultados, conforme apontado pela coordenação, diferente da avaliação institucional, necessitam de uma avaliação que demonstre que o CQSSP tenha efetivamente uma repercussão na prática, e que esses resultados se sustentem ao longo do tempo, sendo esse o principal ponto da pesquisa.

A gente fez uma avaliação, e a avaliação apontou números muito bons, mas essa avaliação feita por a gente foi uma avaliação genérica, em que as pessoas falam dos seus resultados, dizem que mudaram seu jeito de trabalhar a partir do curso, que passaram a conhecer coisas que não conheciam, que estão levando para dentro dos seus locais de trabalho muitas das questões que foram aprendidas no curso, então isso é extremamente positivo, são as coisas mais positivas. Mas, a gente precisava fazer uma avaliação um pouco mais detalhada para saber qual foi a repercussão, e, tomando já uma distância de mais de um ano do curso tendo sido realizado, e do fato desses alunos, todos, terem feito planos de segurança do paciente, seria muito importante ver através dos indicadores dos protocolos, se realmente esse plano foi implementado parcialmente, totalmente, ou não foi implementado, e porque não foram implementados, se as crises econômicas e políticas foram tão complicadas, que não permitiram que fossem desenvolvidos, que a gente alcançasse bons resultados, então a gente precisa saber no paciente o que aconteceu, a gente tem uma boa noção de que no profissional o impacto foi bom a gente precisa ver agora através do paciente esse impacto (Coordenador do Curso).

A gente tem uma sensibilidade muito grande através dos relatos, dos depoimentos tanto de tutor, quanto de aluno, nas avaliações que a gente faz nos encontros presenciais, acho que isso é uma coisa que a gente não consegue medir pra dizer que a gente alcançou, mas a gente consegue sentir que de fato a gente conseguiu uma transformação na vida de cada um

desses profissionais. Isso pra gente não tem nada que mostre, para gente esse resultado, a não ser se a gente fizesse um trabalho com egressos, isso é uma outra proposta que acho que a gente ainda precisa aperfeiçoar, qualificar de fato, sistematizar e consolidar essas informações, que a gente sente na devolutiva desses profissionais, sejam tutores, sejam os alunos, mas que a gente consiga de alguma forma sistematizar isso, pra que a gente consiga pulverizar um pouco mais do que a gente consegue alcançar na proposta de um curso como esse (Coordenador Pedagógico).

Reconhecer os fatores que facilitaram o processo de formação faz parte da avaliação. Torna-se importante destacá-los, porque são pontos de sustentação do processo formativo, que podem ser reforçados. Foi questionado aos entrevistados sobre quais fatores consideravam como facilitadores do processo de formação do CQSSP. As respostas variaram em termos de elementos que são acumulativos e de nenhuma forma excludentes entre si. Assim, as percepções mostraram que há uma gama de fatores que influenciaram positivamente o processo ensino/aprendizagem e a construção dos resultados. Foram citados: o tema, o material didático, a estrutura, o apoio docente, a estratégia aluno/equipe. A começar pelo tema, esse é visto como o cerne do curso, que desperta interesse e motivou a participação dos profissionais.

Primeiro o tema, tanto para as pessoas que trabalham na gestão quanto pessoas que trabalham no cuidado é um tema próximo. Se você implementa medidas, você consegue num relativo curto espaço de tempo resultado. Isso é muito bom! Isso acaba atraindo profissionais muito para este tipo de questão. É claro que você precisa de uma expertise, conhecimentos para poder entender todo o tema, mas, se você consegue conversar com qualquer profissional de saúde, que nunca leu nada sobre segurança do paciente, a respeito das questões que precisam ser feitas para melhorar um protocolo de quedas, é entendível por qualquer profissional de saúde, o protocolo de medicamento é entendível por qualquer profissional de saúde, então isso facilita muito! Eu acho que o tema é o maior facilitador. Outra questão importante, foi a estrutura desse curso, montada de um lado, com um forte apoio docente, e do outro lado, essa novidade do

aluno equipe, foram coisas que estruturaram bastante o curso e favoreceram um bom resultado (Coordenador do Curso).

O material didático, incluindo os livros, atividades e a estrutura montada para o curso, também são vistos como fatores facilitadores do processo, bem como a mediação pedagógica feita pelo tutor.

Bom, como facilitadores, sem dúvida alguma, eu não posso deixar de mencionar os dois livros textos, que foram produzidos para esse curso e que são bastante completos e de uma qualidade técnica muito boa, e também, da própria plataforma, que é uma plataforma dinâmica, é uma plataforma que permite uma série de ações, desde você postar e deixar disponíveis materiais adicionais, complementares, você permitir que os seus alunos contribuam trazendo esses materiais, buscando esses materiais, que é uma forma de estímulo para eles crescerem, e o próprio tipo de atividades, por exemplo, atividade de fórum, eu acho que ela facilita muito o processo de ensino/aprendizagem porque ela permite a troca de experiências, que enriquece muito cada um olhando para o seu contexto, cada um trocando, explicando para o outro como funciona o hospital dele, aquela situação, aquela gestão de risco específica. Então, eu considero todos esses elementos muito facilitadores, acho que eles são complementares, tanto o apoio físico dos livros textos, físico e também eletrônico, disponível na plataforma, como o próprio tipo das atividades realizadas, e eles sentem o suporte do tutor, que a qualquer momento eles podem recorrer, e esse tutor pode interferir. Então, é uma troca bastante dinâmica, e eu acho que facilita muito o processo (Tutor do Curso).

Outro aspecto que merece crédito na realização do CQSSP foi o empenho da coordenação em tentar garantir que os alunos tivessem tanto uma participação ativa no curso, quanto a abertura para a transferência da aprendizagem para o serviço na instituição, ainda que, na prática, isso não tenha se concretizado por completo.

A coordenação desse curso fez uma articulação muito forte que foi tentar garantir a dispensa desses alunos, para que eles tivessem um momento de dedicação ao estudo, ao projeto, principalmente que a gente tem que ter uma articulação que deixe muito claro que esse investimento que está sendo feito, é um investimento que traz benefício para a instituição. Então não é uma formação só do profissional que ele vai aplicar em outro espaço, em outro aspecto da vida dele, que não na qualificação do processo de trabalho, e do serviço prestado na instituição a qual ele pertence.

(Coordenador Pedagógico)

No que tange aos aspectos internos do processo, para os atores mais próximos da execução, os fatores facilitadores são distintos dos apontados pela coordenação do curso e pela coordenação pedagógica, voltam-se mais para elementos da própria prática.

Primeiro o conceito aluno/equipe, ponto! Eu sou fã número um, eu acho que o aluno/equipe é imprescindível, faz toda diferença no curso. Os outros facilitadores do processo é o material, é o próprio livro, (...) ele é todo desenhado para que facilite a vida do aluno, é um texto que ele é condensado, ele tem uma linguagem mais acessível, ele tem vários auxiliares: para refletir, ele tem um glossário, ele tem links que te levam, está falando no assunto, ele tem links que vai tratar qual é a área do ministério, digamos assim, que vai tratar daquele assunto, tem um link ali. Então, ele é todo, ele é simplificado com seu conteúdo fácil e denso, e com vários apoios, dentro do texto, isso é o texto! É o material! É o material concreto. Tem o cd que facilita. Esse material é oferecido em CD, dentro da plataforma, ou seja, você pode acessar ele de onde você quiser, no teu trabalho a internet é ruim, você tem o CD, então a forma de acesso também é! A própria atividade, a atividade, o caderno de atividade, nesse caso, no caso de um trabalho de conclusão de curso, a parte da metodologia científica, ela é em realidade, passo a passo da construção do TCC. e, então, todos os cadernos todas as atividades, primeiro, vou voltar, as unidades elas têm uma sequência, a unidade 1 é a base teórica, a unidade 2

são as experiências, e a unidade 3 é a gestão. Então, assim, a própria sequência ajuda o aluno a entrar dentro do tema de uma maneira mais consistente (Orientador de Aprendizagem).

Processos formativos podem sofrer influências de fatores externos que impactam sua condução e seus resultados, bem como sofrer dificuldades internas no processo que, de igual forma, desviam sua rota dificultando sua trajetória. De certa maneira, isso já é esperado, considerando que processos formativos não acontecem linearmente. No entanto, a depender do grau de influência das adversidades, isso acaba por prejudicá-los.

Conhecer os fatores que dificultaram o processo de formação pode contribuir para que em uma próxima edição as dificuldades sejam minimizadas, ou mesmo sanadas. Os atores que participaram do processo, sem dúvidas, constituem a principal referência para levantar as interposições no processo. No CQSSP, foram apontadas algumas dificuldades pelos entrevistados, sendo que para a coordenação do curso as maiores dificuldades foram externas, como as crises políticas e econômicas pelas quais o país tem passado nos últimos meses, enquanto os outros entrevistados apontaram fatores de ordem interna como a dificuldade, a princípio, de formular os planos de segurança do paciente. Quando questionado sobre as dificuldades encontradas na realização do curso, o coordenador não hesitou na resposta: “Crises políticas e econômicas em determinados estados, sem dúvidas!” (Coordenador do Curso).

(...) Mudança de governo, acontece! Então, eram alunos que começavam no curso, logo depois do início do curso, a gente começou finalzinho, não me lembro, do ano, outubro, novembro, teve eleição, e aí já em janeiro, fevereiro e março começou a dança das cadeiras, então muitos alunos por conta de mudança de gestão, foram retirados do hospital, ou foram tirados do núcleo de segurança do paciente, teve até núcleo de segurança do paciente, que foi desmontado. Então dentro do curso a gente tentou lidar com essa situação, e foi criado uma regra, porque também tinham gestores que traziam profissionais junto consigo e queriam que eles fossem incluídos no núcleo. Então, alguns lugares teve uma certa pressão, mas isso foi digamos assim, foi sanado. Criou-se uma regra, quem está

inscrito, a pessoa não pode ser... (inaudível) ela continua dentro do curso, aí ela se juntava a equipe que ela já participava, ela não poderia fazer parte do brainstorm dentro da atividade do NC3, mas ela estaria ali junto. A gente viu que isso agregaria, mesmo ela não sendo mais profissional daquela instituição o quão o conhecimento dela, adquirido até então, agregaria o processo (Orientador de Aprendizagem).

Esse ponto de vista é compactuado pelos demais atores entrevistados citados, por todos eles, como um dos maiores fatores desfavoráveis à realização do CQSSP.

A dificuldade de trazer a gestão das instituições para dentro do processo também foi outro fator externo que impactou o CQSSP, de acordo com os entrevistados, a participação da gestão é um ponto crucial para produção dos resultados do curso. Em primeiro lugar, porque deles depende a liberação dos profissionais para participar ativamente do curso. Em segundo, porque os profissionais desenvolveram um plano, mas necessitam que tal plano seja apoiado pela gestão e também por desconhcerem as questões que envolvem a segurança do paciente, por não serem adeptos a elas.

(...) Fatores externos acompanham um pouco isso, e assim, o desconhecimento dos gestores, o primeiro ponto é que muitos gestores não estão tão envolvidos assim, apesar de todo um trabalho feito pelo coordenador do curso, de ir ao ministério, trabalhar no ministério, essa escolha foi de hospitais específicos a partir de, acima de 300 leitos (...) (Orientador de Aprendizagem).

As dissimetrias na formação dos profissionais, em função de diferenças no sistema educacional entre as regiões brasileiras, foi outro ponto citado pelos entrevistados, que impactou o desempenho do aluno no CQSSP.

E, algum outro dificultador é o fato de que (...) apesar de estar num grupo de qualidade, a gente sabe que instituições menos centrais, menos as do Sul e do Sudeste, mais para o Norte e Nordeste, e que não são das capitais, os profissionais tem menos formação, tem a formação básica, mas tem pouco investimento na sua própria formação, então isso também

foi um dificultador, o fato desses profissionais estarem distantes há muito tempo de um banco escolar, de uma pós-graduação, ou uma atualização, e terem dificuldades de acompanhar (Orientador de Aprendizagem).

Dificuldades de ordem operacional foram colocadas, embora não tenham sido os principais fatores apontados pelos entrevistados. Foram também descritas dificuldades de ordem metodológicas por ser outra forma de ensino/aprendizagem. Essas dificuldades aparecem na relação entre tutoria e alunos, tanto pela noção prévia do tutor de que ensinar é transmitir verticalmente o conhecimento, quanto pelo aluno, que tem a crença de que fazer um curso EAD seja mais fácil que um curso presencial. Como o CQSSP apresenta-se diferente das expectativas dos alunos e pela dificuldade de conciliá-lo com suas demandas pessoais, acaba por impactar seu processo de formação.

Uma primeira dificuldade tanto do aluno, quanto do tutor, é a adaptação do tutor, vou usar outro nome, ser professor em uma nova metodologia (...) (Orientador de Aprendizagem).

Você está a distância, você tem que dizer para ele o que ele fez da atividade se estava adequado, o que não estava, qual o caminho que ele tem que seguir, isso já é muito diferente. Também é gerir pessoas, gerir grupos, por isso existe o orientador de aprendizagem, porque às vezes você lida a distância com problemas de alunos; aluno que não se interessa, aluno que não entende, aluno que... Então, você (...) tem que pescar aluno, você tem que trazer aluno para dentro do curso, e tem alguns tutores que tem dificuldade de fazer isso, que não conseguem, não conseguem mediar nessas tarefas, e não conseguem agregar o aluno ao curso, e não conseguem lidar com as dificuldades que às vezes aparecem no aluno/equipe. Por conta do aluno, o aluno ele geralmente tem a ideia de que fazer um curso de ensino a distância é molinho (Orientador de Aprendizagem).

Basicamente, foram as minhas dificuldades: foi a questão do fórum; Foi inicialmente o TCC, até haver um consenso entre a coordenação entre os tutores, a forma como seriam conduzidos (Tutor do Curso).

A construção dos TCCs de início também apresentou suas dificuldades, já que foi uma novidade e sua articulação dependia não somente dos alunos, mas das instituições onde seriam desenvolvidos. Além disso, sua maneira de construção ainda não possuía um formato claro.

O fator interno, que foi avaliado na oficina de avaliação desse curso, foi o fato de pela primeira vez, estarmos fazendo um plano de intervenção. Então o TCC, ele não estava desenhado conforme nós gostaríamos que estivesse, pela própria necessidade do curso que é o plano de intervenção. Era um plano! Aquele aluno/equipe do núcleo de segurança do paciente, teria que construir um plano de segurança do paciente, ou seja, o interesse é que não se fizesse um plano de gaveta, e sim um plano de intervenção. (Orientador de Aprendizagem)

(...) E o fator, e ser um curso primeira edição, então ser a primeira edição de um curso tem um preço, tem o ineditismo, mas tem um preço (...). (Orientador de Aprendizagem)

A forma de indicação dos participantes pelas instituições também foi citada como um fator dificultador, embora o processo de seleção tenha sido bem pensando e estruturado pela coordenação do curso:

*(...) Então o que aconteceu foi que muitos gestores não sabiam muito bem porque estavam indicando seus alunos, e os alunos não tinham muita noção, esse foi o primeiro ponto. Alguns alunos que não eram de núcleos, assim, hospitais que não tinha o núcleo, tinham um escritório, ou alguma coisa, ou um grupo de qualidade, mas esses alunos não foram chamados, foram outros, até por desconhecimento do gestor (...)
(Orientador de Aprendizagem).*

Por fim, a sobrecarga de trabalho dos alunos, que não conseguiram se desvincular das suas funções, nem que seus tempos de estudo, pactuados entre as instituições fossem garantidos, também repercutiu na formação.

Muitos tinham sobrecarga, trabalhavam em dois, ou três hospitais, ou davam plantão. Então, essa sobrecarga também dificultava a dedicação desses alunos com relação à execução das atividades, à participação do curso. Que eu me lembre, eu acho que é isso, pode ter mais alguma coisa que eu não tenha lembrado (Orientador de Aprendizagem).

Agora, eles relataram uma dificuldade que foi quase que unânime entre os alunos: foi que eles foram dispensados teoricamente algumas horas para se dedicar ao curso, e na verdade isso não aconteceu. Para eles, na vida laboral deles, na verdade continuaram com a carga de trabalho. Foram convidados, selecionados por suas instituições a fazerem o curso, mas, efetivamente eles tinham muito pouco tempo para se dedicar. Então, essa dificuldade ela foi colocada porque isso interfere no processo de aprendizagem, sem dúvida alguma, o tempo de dedicação, você precisa tempo pra leitura, você precisa tempo para elaborar as mensagens, você precisa tempo pra se comunicar com seus colegas para fazer trabalhos em grupo, e na verdade o dia a dia deles foi mantido nos hospitais, sem muita folga (Tutor do Curso).

Apesar das dificuldades relatadas, a equipe buscou o enfrentamento conjunto sustentando o desenvolvimento do CQSSP de forma a tornar o processo mais rico e dinâmico.

Então, nós estamos em permanente formação, um curso como esse que envolve uma quantidade de profissionais com diversas formações, não só profissionais ligados à temática especificamente da qualidade e segurança do paciente, mas às questões pedagógicas, e às estratégias que são buscadas frente as dificuldades, porque a gente tem uma gama de profissionais, de tutores, numa dimensão de um curso como esse, em território nacional, com realidades tão diferentes, com possibilidades tão

diferentes, com contextos tão diferentes sobre uma mesma temática, e assim, você conseguir ver através da troca, da construção desse processo pedagógico, o quanto as pessoas elas aproveitam as dificuldades e as possibilidades para construir outras estratégias não pensadas, que muitos de nós com toda expertise que a gente tem, muitas das vezes, a gente também não pensaria, o quanto é rico a possibilidade dessa construção de outras possibilidades da produção de outros movimentos, isso faz com que a gente tenha um enriquecimento muito grande. A gente sai modificado também desde o processo inicial de construção (Coordenador Pedagógico).

Então, essa parceria tutor-orientador e, quando necessário, coordenação do curso, ela se envolve o tempo todo para enfrentar essas dificuldades (Orientador de Aprendizagem).

Ao se propor avaliar um programa de formação, é necessário pensar no que se quer de fato avaliar. Por isso, a importância da utilização de um modelo teórico e científico que confira validade à pesquisa, que oriente o processo de forma que fiquem claros os principais aspectos (categorias) da avaliação, as medidas avaliativas e os padrões de referência. O modelo de avaliação em quatro níveis de Kirkpatrick serviu tanto para dar organicidade à pesquisa, quanto para validá-la teórico e cientificamente.

Do resultado das entrevistas, buscou-se extrair categorias avaliativas e conhecer critérios, que pudessem ser utilizados como medida ou referência para determinar o alcance dos objetivos do processo de formação, essas referências são fortemente evidenciadas no trecho da entrevista transcrito no parágrafo abaixo:

(...) Uma coisa que a gente enfatizou demais, foi que os protocolos traziam dentro deles os indicadores, então você não precisa inventar. Esses indicadores são os mesmos indicadores que são propostos pela OMS para o mundo inteiro. E nós estamos usando os mesmos indicadores aqui. Então, o que a gente precisa é aperfeiçoar a forma de apurar os indicadores com dados fidedignos, com rotinas, com periodicidade, então isso não é simples de você implantar, isso significa uma mudança de cultura, uma gestão que começa a medir. Nós temos resultados muito ruins de medida! Os indicadores mais comuns da gestão,

como tempo médio de permanência, taxa de ocupação são pessimamente medidos dentro dos hospitais brasileiros, por exemplo, é raro uma taxa de ocupação em que seja utilizado o leito ativo, normalmente se usa leito existente. Então, nós não temos uma cultura boa de medir, entretanto, como os indicadores são indicadores construídos com muito cuidado, muito próximos a realidade do profissional, nós acreditamos que não tenha tido muita dificuldade em fazê-lo. Mas, as dificuldades correm por conta de qualquer gestão de indicadores que é dado fidedigno, periodicidade, é compromisso, é fazer o PDCA rodar a partir do que se achou, então eu não sei se isso ficou introjetado nos alunos. Nós tentamos, sem ser aborrecidos, sem falar muito administrativamente aquela coisa de indicadores, nós tentamos fazer uma coisa leve para que os alunos pudessem introjetar isso, mesmo não sendo pessoas que tivessem uma formação gerencial administrativa mais forte, poderiam entender bem e desenvolver esses indicadores, se isso foi feito é importante. A outra coisa que precisa ser medida, mas é uma medida muito subjetiva é se os alunos se dedicaram mais a fazer política interna principalmente com aquelas comissões de qualidade, CCIH, Óbito, do que ficar passando o tempo inteiro notificando incidentes que é uma outra coisa muito arriscada, como são muitas notificações a turma da segurança do paciente não pode ficar todo o seu tempo fazendo esse tipo de coisa. O núcleo, a gente enfatizou muito isto, o núcleo tem que fazer política interna, sentar com a chefia de enfermagem, sentar com a chefia de farmácia, sentar com o diretor clínico, entendeu?! Sentar com as comissões, sentar e discutir porque aconteceu, o que está acontecendo, o que está impedindo que o protocolo siga adiante, quais são os protocolos mais difíceis, a gente sabe que o checklist cirúrgico é de difícil implantação, então, ele tem que ser perseguido com muita insistência, com muita troca, discussão, muito convencimento, com muita literatura, com muita evidência científica dos artigos, não é um trabalho simples, mas como a gente acha que é um trabalho prazeroso, eu acho que os alunos, de uma certa forma, sentiam um pouco também esse trabalho prazeroso. A gente acredita que tenha tido as repercussões, e como eu falei

anteriormente, acho que um empecilho para que isso não tenha se desenvolvido muito, tenha sido as possíveis crises econômicas e políticas (Coordenador do Curso).

6.2. Revisão Documental

Em tal seção serão apresentados os quadros resumo da revisão documental separados por tipo de documentos a partir dos quais foram feitos o exame de registros em que estão apresentadas suas características, as categorias de análise para as quais forneceram informações e quais informações deles foram colhidas. As informações contidas nos planos de ação elaborados pelos alunos egressos estão apresentadas em quadros específicos.

Quadro 5 - Análise dos registros dos documentos segundo sua categoria de análise: informações relevantes.

Documento	Informações Relevantes	Categorias de Análise
Apresentação para o colegiado do CQSSP em 24/11/2015.	Antecedentes do curso. Necessidades para o qual foi projetado. Articulações necessárias para sua aprovação. Objetivos propostos. Estrutura. Recursos e insumos utilizados para sua construção. Execução. Avaliações realizadas e seus resultados.	Planejamento e Organização; Estruturação; Execução; Avaliações; Resultados
Projeto do curso	Caracterização. Estruturação. Percepção da demanda. Investimentos. Contribuição das instituições envolvidas. Objetivos institucionais. Perfil dos alunos egressos. Desenho do curso. Princípios pedagógicos. Ferramentas de ensino. Estratégias de ensino. Concepção aluno/equipe. Conteúdo programático. Competências a ser desenvolvidas de acordo com o conteúdo programático.	Planejamento e Organização; Estruturação; Execução; Avaliações; Resultados (relacionados aos objetivos)

Quadro 5 - Análise dos registros dos documentos segundo sua categoria de análise: informações relevantes. (continuação)

Documento	Informações Relevantes	Categorias de Análise
Projeto do curso	Composição e articulação entre coordenação. Orientação pedagógica e tutoria. Sistema de avaliação do aluno. Material didático e de apoio à aprendizagem. Comunicação virtual Marketing. Seleção de tutores e alunos. Orçamento e Cronograma.	Planejamento e Organização; Estruturação; Execução; Avaliações; Resultados (relacionados aos objetivos)
Formulário de aprovação e acompanhamento de cursos (FAC)	Área de conhecimento do curso: Área de prática de Políticas, Gestão e Atenção em Saúde - Sub-área: Avaliação de serviços de saúde. Modalidade e nível. Infraestrutura disponibilizada pela escola. Demanda pelo MS. Periodicidade: julho a agosto de 2014. Carga horária de estudo 8h Perfil da clientela e Processo de seleção. Antecedentes. Projeto pedagógico. Concepções pedagógicas e estratégias educacionais. Conteúdo programático. Perfil do egresso de entrada e saída. Competências a serem desenvolvidas no curso. Detalhamento das unidades de aprendizagem e do conteúdo temático. Articulação entre o ambiente de aprendizagem e o livro. Informações sobre as avaliações.	Planejamento e Organização; Estruturação; Execução; Avaliações; Resultados (Relacionados aos objetivos)
Questionário de avaliação final do CQSSP- Aluno	Questões sobre avaliação institucional do curso.	Avaliação
Consolidado da avaliação final do CQSSP – Aluno	Resultado da avaliação institucional qualitativo	Avaliação
Consolidado da avaliação final do CQSSP – Tutor	Resultado da avaliação institucional qualitativo	Avaliação
Tabela dos resultados da avaliação final do CQSSP – Aluno	Resultados numéricos da avaliação institucional.	Avaliação
Tabela de avaliação final do CQSSP – Tutor	Resultados numéricos da avaliação institucional.	Avaliação

Fonte: elaborado pela pesquisadora

No ambiente virtual de aprendizagem (AVA), foi possível acessar informações importantes apresentadas no Quadro 6 relacionadas às abas de acesso pesquisadas. O AVA permitiu estabelecer contato com o material didático, com as atividades do curso realizadas pelos alunos e as avaliações feitas pelos respectivos tutores.

Quadro 6 - Abas acessadas no AVA do CQSSP.

1. Abertura.
2. Caderno do Aluno.
3. Orientações sobre o AVA.
4. Percurso de Aprendizagem.
5. Livro Segurança do Paciente: Conhecendo os riscos nas organizações de saúde.
6. Livro Segurança do Paciente: Criando organizações de saúde seguras.
7. Cronograma.
8. Atividades.
9. Fóruns.

Fonte: elaborado pela pesquisadora

O Quadro 7 apresenta a frequência das ações contidas nos planos de segurança do paciente elaborados pelos alunos egressos do CQSSP. As ações relacionadas foram escolhidas para fazer parte do rol de itens da avaliação por serem consideradas, em todo o mundo, essenciais para promoção da segurança do paciente. São mais estruturais e estão assentadas nas normativas brasileiras. A escolha dessas ações seguiu dois critérios. Em primeiro lugar, serem ações presentes nas normativas brasileiras, estabelecidas pelas Portaria MS 529/2013 e RDC ANVISA 36/2013. O segundo critério foi já possuírem documentos, ou protocolos de implantação editados pela ANVISA, o que orienta para um certo padrão na implementação das ações. Essas ações foram incluídas no questionário para os alunos egressos, como categorias de avaliação no Nível Resultados.

Quadro 7 - Frequência de ações para segurança do paciente resultado da análise dos TCCs, elaborados pelos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais.

Código do estabelecimento de saúde	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13
Ações presentes nos planos de ação	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não									
NSP ou equivalente	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Sistema de notificação	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Cultura de segurança	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Identificação do paciente	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Higiene das mãos	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Úlcera por pressão	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Prevenção de Quedas	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Cirurgia segura	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Ações de educação permanente/continuada em SP.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Outras ações que constavam nos planos de ação apareceram com certa frequência, mas por apresentarem variações na forma de interpretações e/ou implementação, foram excluídas do rol das ações a serem avaliadas, como, por exemplo a gestão de risco, que por possuir um escopo muito amplo, incluindo a gestão de risco ambiental, fugia do campo da Segurança do Paciente. Outros, como a alimentação enteral e parenteral, comunicação e segurança de hemoderivados também apareceram com frequência, mas foram excluídos por não possuir diretrizes de implementação em protocolos de segurança do paciente, editado pela ANVISA. Importante ressaltar que a participação do paciente na sua própria segurança apareceu com pouca frequência, embora faça parte do escopo do PNSP.

Cabe ainda ressaltar que as ações que foram selecionadas independem do seu momento de implantação, assim foram incluídas, as ações correntes, ações a serem reformuladas e ações a serem implementadas nas unidades, tomando com importância, o fato de que essas ações fazem parte do escopo do projeto, impactando de alguma forma a Segurança do Paciente.

6.3. Avaliação do CQSSP: estruturação no modelo

A referente seção apresenta os achados da pesquisa obtidos na terceira fase, aferidos por meio da aplicação do questionário para os alunos egressos do CQSSP da primeira turma do estado de Minas Gerais. Encontra-se estruturado de acordo com o Modelo de Avaliação em Quatro Níveis de Donald Kirkpatrick, descrito na proposta metodológica da pesquisa. Os resultados são apresentados seguindo a ordem estabelecida pelo modelo, nos níveis Reação, Conhecimento, Comportamento e Resultado.

Inicialmente, é apresentado o perfil dos respondentes considerando as variáveis: categoria profissional, tempo de atuação na profissão, tempo de atuação no hospital, participação na estrutura responsável pela segurança do paciente, ocupação de cargo de gestão antes e depois da realização do CQSSP.

6.3.1. Perfil dos respondentes

De um total de 52 alunos do CQSSP no estado de Minas Gerais foi obtida a participação de 34, o que corresponde a 65% da amostra definida. Foram registradas perdas de 35% em função de três aspectos: desistência ou abandono dos alunos do curso, declaração de desejo de não participação e falta de retorno (Tabela 1). Dos 45 questionários individuais aplicados foram obtidas 34 respostas, que correspondem a 76% do total (Tabela 2).

Tabela 1 - Perdas da amostra na pesquisa de avaliação do CQSSP no Estado de Minas Gerais, de acordo com os motivos, Brasil, 2017.

Motivo da perda	N	%
Desistência *	04	22%
Abandono**	02	11%
Desejo de não participar	01	6%
Não retornou	11	61%
Total	18	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Notas:

*Estão incluídos nessa definição os alunos que justificaram o motivo da sua saída no curso.

** Estão incluídos nessa definição alunos que não justificaram sua saída do curso.

Tabela 2- Percentual de respostas do questionário aplicado aos alunos egressos da primeira turma do CQSSP no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.

Descrição	N	%
Questionários aplicados respondidos	34	76%
Questionários aplicados sem resposta	11	24%
Total	45	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Na Tabela 3 está descrito o perfil dos respondentes de acordo com sua categoria profissional. A categoria enfermeiro foi a mais frequente, correspondendo a 44% do total de respondentes. Em seguida, aparecem farmacêuticos (26%) e médicos (15%). As outras categorias representam juntas 15% do total, com apenas 3% cada, conforme apresenta a Tabela 3.

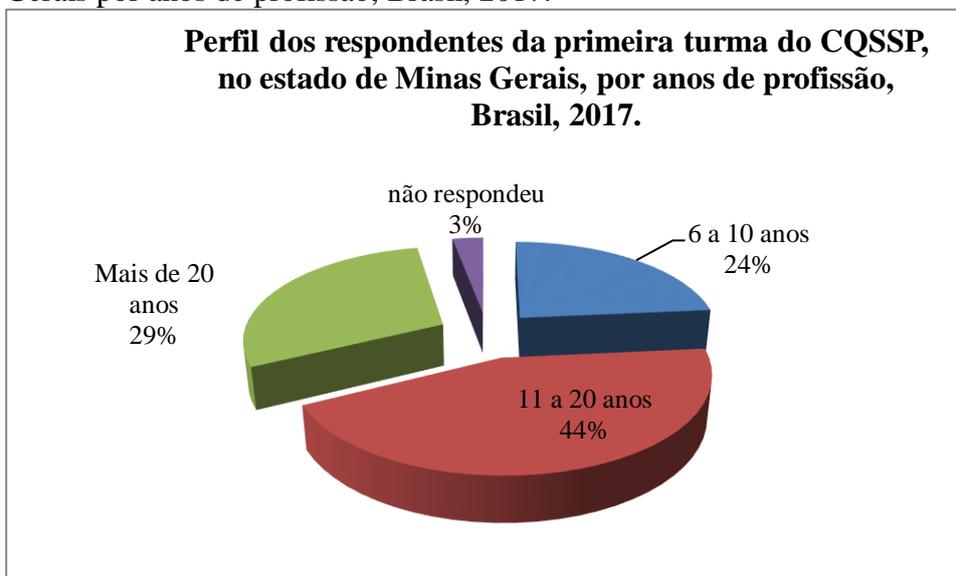
Tabela 3 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP no Estado de Minas Gerais segundo a categoria profissional, Brasil, 2017.

Categoria Profissional	N	%
Administrador	1	3%
Fisioterapeutas	1	3%
Nutricionista	1	3%
Pedagogo	1	3%
Terapeuta ocupacional	1	3%
Médico	5	15%
Farmacêutico	9	26%
Enfermeiro	15	44%
Total	45	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

O Gráfico 1 apresenta o perfil dos egressos de acordo com os anos de atuação profissional, a maioria possui entre 11 a 20 anos de profissão (44%), o menor percentual (24%) informou possuir entre 6 a 10 anos de trabalho. Um equivalente a 3% não respondeu e nenhum profissional declarou possuir menos de 5 anos de profissão.

Gráfico 1 -Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, no estado de Minas Gerais por anos de profissão, Brasil, 2017.

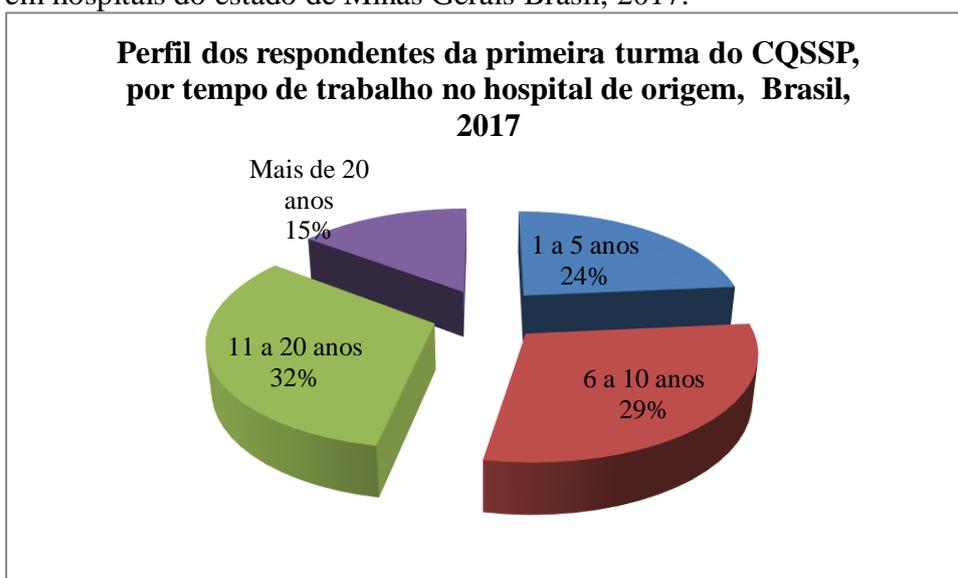


Fonte: elaborado pela pesquisadora

O Gráfico 2 apresenta o perfil dos alunos egressos do CQSSP de acordo com o tempo de trabalho dos profissionais no hospital que o indicou para o CQSSP. O

maior percentual apresentado, 32%, foi de profissionais que atuavam na unidade de 11 a 20 anos, seguido pelos profissionais que possuem entre 6 a 10 anos de trabalho no hospital, 29%. Os profissionais com 1 a 5 anos de trabalho no hospital correspondeu a 24%. E o menor percentual é de profissionais com mais de 20 anos, com 15% do percentual.

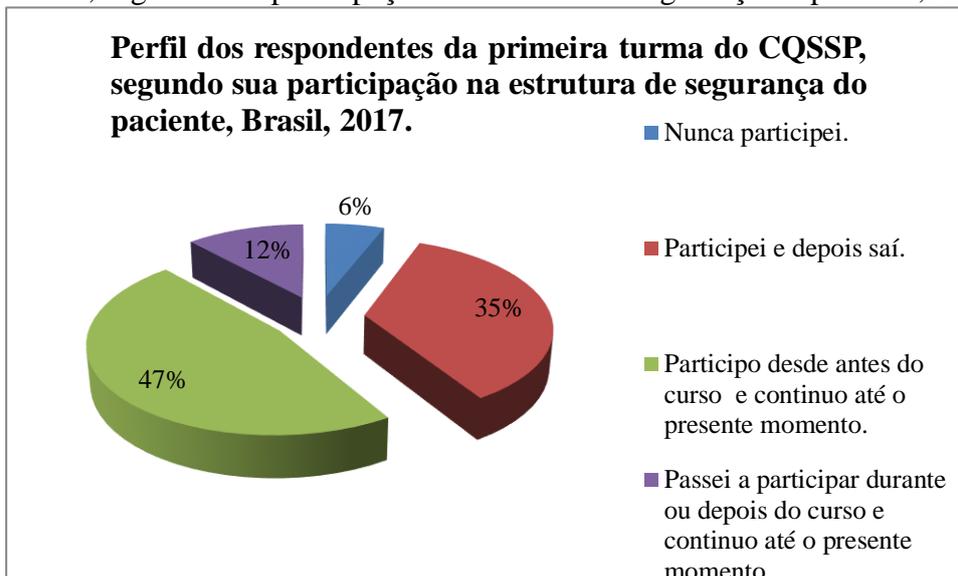
Gráfico 2 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP por tempo de trabalho em hospitais do estado de Minas Gerais Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quanto `a participação dos alunos egressos nas estruturas responsáveis pela segurança do paciente nos hospitais, existiam quatro alternativas de respostas: (a) nunca participei; (b) participei e depois saí; (c) participo desde antes do curso e continuo até o presente momento; e (d) passei a participar durante ou depois do curso e continuo até o presente momento. O percentual apresentado em cada uma das alternativas é de 6%, 35%, 47%, e 12%, respectivamente (Gráfico 3).

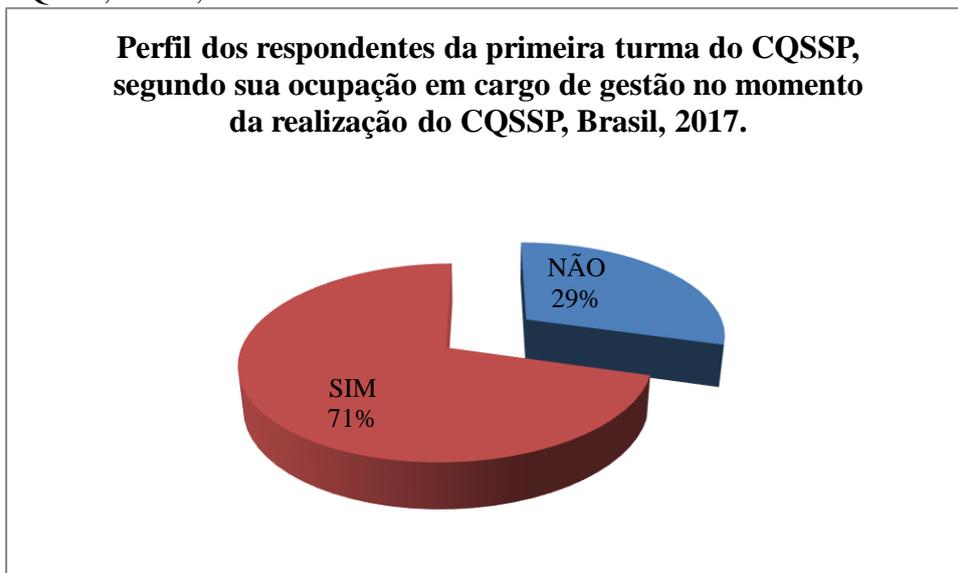
Gráfico 3 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, no estado de Minas Gerais, segundo sua participação na estrutura de segurança do paciente, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Ainda foi considerada a ocupação de cargo de gestão dos egressos em dois momentos, isto é, durante a realização do CQSSP e no momento atual da pesquisa. O Gráfico 4 e a Tabela 4 apresentam o percentual dos alunos que ocupavam cargos de gestão durante a realização do CQSSP e sua distribuição nesses cargos por tipos, respectivamente. A ocupação em cargo de gestão dos alunos respondentes no momento da realização da pesquisa demonstra um percentual de 62% em ocupação de cargo de gestão (Gráfico 5). Na Tabela 5 foram apresentadas a distribuição por tipo de cargo. Comparando os dois momentos pode-se verificar que houve redução de 9% na ocupação de cargos de gestão pelos alunos egressos do CQSSP, sendo essa variação maior no cargo de coordenador de equipe ou equivalente.

Gráfico 4 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, do estado de Minas Gerais, segundo sua ocupação em cargo de gestão no momento da realização do CQSSP, Brasil, 2017.



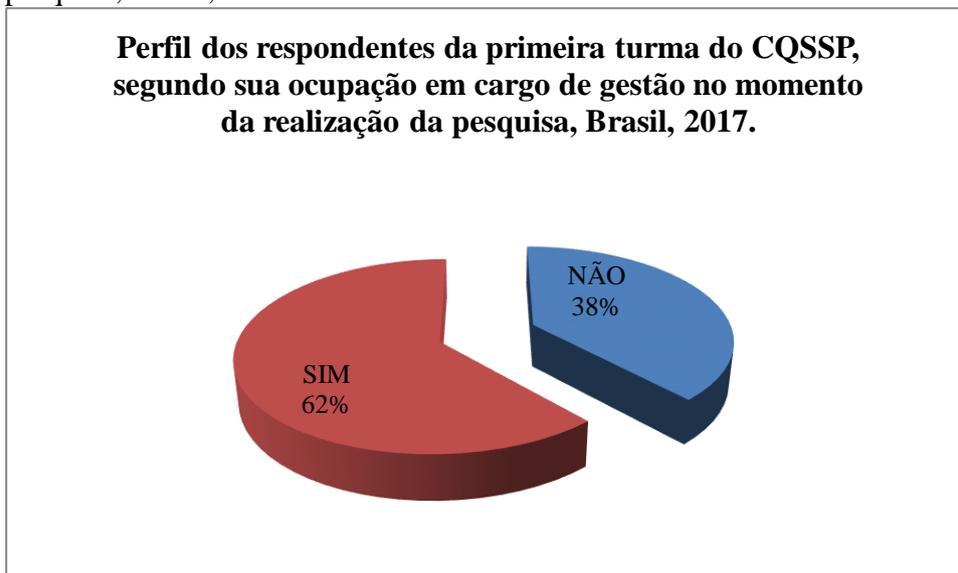
Fonte: elaborado pela pesquisadora

Tabela 4- Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP no Estado de Minas Gerais segundo a ocupação de cargo de gestão no momento de realização do CQSSP, Brasil, 2017.

Categoria Profissional	N	%
Assessoria da direção	1	4%
Assessoria técnica	1	4%
Diretor clínico ou equivalente	1	4%
Diretor Geral ou equivalente	1	4%
Supervisão	1	4%
Chefia de serviço, ou de alguma categoria, ou equivalente	9	38%
Coordenador de equipe ou equivalente	10	42%
Total	24	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Gráfico 5 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, do estado de Minas Gerais, segundo sua ocupação em cargo de gestão no momento da realização da pesquisa, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

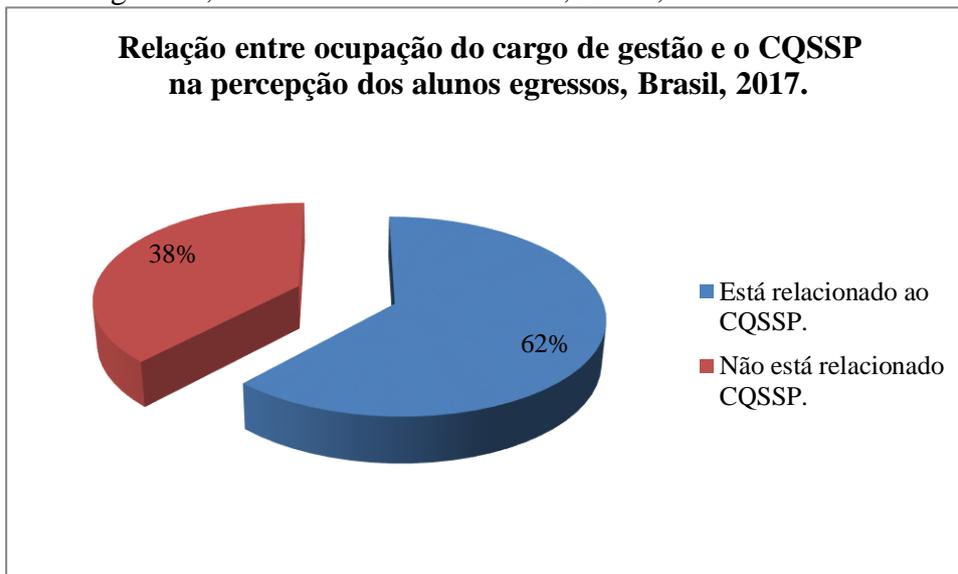
Tabela 5 - Perfil dos respondentes da primeira turma do CQSSP, no estado de Minas Gerais segundo a ocupação de cargo de gestão no momento de realização da pesquisa, Brasil, 2017.

Categoria Profissional	N	%
Assessoria da direção	1	4,76%
Diretor clínico ou equivalente	1	4,76%
Diretor Geral ou equivalente	1	4,76%
Supervisão	1	4,76%
Coordenador de equipe ou equivalente	8	38,10%
Chefia de serviço, ou de alguma categoria, ou equivalente	9	42,86%
Total	21	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Foi perguntado aos alunos se consideram que a atual ocupação do cargo de gestão está relacionada ao CQSSP, 62% relacionaram o CQSSP à ocupação do atual cargo de gestão e 38% discordaram dessa relação (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Relação entre ocupação do cargo de gestão e o CQSSP na percepção dos alunos egressos, do estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.2. Nível Reação

A avaliação no nível Reação evidencia a opinião dos egressos do CQSSP do estado de Minas Gerais sobre diversos aspectos do curso. Com base nos resultados das fases anteriores da pesquisa, quais sejam entrevistas e revisão documental, foram selecionadas as categorias mais relevantes e suas dimensões primordiais. Assim, no Nível Reação foram avaliadas as categorias: Material Didático e Conteúdo Programático, Atividades, Sistema de Tutoria, e Estrutura de Apoio a Aprendizagem, de acordo com a reação dos alunos egressos do CQSSP. A seção em voga versa se detém sobre a opinião dos egressos, esses resultados foram mensurados de acordo com a Escala de Likert, que sofreu adaptações para melhor se adequar ao alcance dos objetivos da pesquisa.

6.3.2.1. Material Didático e Conteúdo Programático

A avaliação do Material Didático e Conteúdo Programático, cuja unidade de análise é o Conteúdo Teórico (Tabela 6), avaliou as dimensões: adequação, interesse, relevância do conteúdo, aplicabilidade e atualização. Os resultados demonstram que houve o maior percentual de respostas para opção “Concordo Totalmente”, superior a 65% em todas as dimensões. Especificamente, os percentuais apresentados por

dimensão foram: adequação 68%, interesse 74%, relevância do conteúdo para a área da saúde 94%, aplicabilidade 82% e atualização 88% (Tabela 6). Um menor percentual é apresentado pela opção “Concordo parcialmente” em que os percentuais apresentados são em cada uma das dimensões correspondem a: adequação 26%, interesse 26%, relevância do conteúdo para a área da saúde 6%, aplicabilidade 15% e atualização 12%. A opção “Nem concordo, nem discordo” somente foi referida nas dimensões adequação: 3% e aplicabilidade, 3%. A opção “Discordo parcialmente” aparece somente na dimensão adequação com 3%, enquanto a opção “Discordo totalmente” não apresentou resultado em nenhuma das dimensões avaliadas.

Tabela 6 - Avaliação no nível de Reação dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Material Didático e Conteúdo Programático: conteúdo teórico, Brasil, 2017.

Dimensões da avaliação	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem discordo nem concordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estava adequado às expectativas	0	0%	1	3%	1	3%	9	26%	23	68%	34	100%
Despertou interesse	0	0%	0	0%	0	0%	9	26%	25	74%	34	100%
É relevante para a área saúde	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	32	94%	34	100%
Tem aplicabilidade na prática	0	0%	0	0%	1	3%	5	15%	28	82%	34	100%
Estava atualizado	0	0%	0	0%	0	0%	4	12%	30	88%	34	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Para medir a reação dos alunos egressos do CQSS na categoria Material Didático e Conteúdo Programático, na unidade de análise Livros, foram avaliadas as dimensões apresentação, linguagem, distribuição de capítulos, exemplos, destaques e ilustrações (Tabela 7). O resultado indicou na opção “Concordo totalmente” percentuais acima de 55%, de acordo com a avaliação dos alunos egressos. Assim, os valores para essa opção foram atribuídos a apresentação (82%), linguagem (59%), distribuição de capítulos (62%), exemplos, destaques e ilustrações (62%). A opção “Concordo parcialmente” foi selecionada para apresentação (18%), linguagem (41%), distribuição de capítulos (35%), exemplos destaques e ilustrações (35%). A opção “Nem concordo, nem discordo” apresentou um percentual de 3% para ambas as dimensões “distribuição

de capítulos” e “exemplos, destaques e ilustrações”. Não houve para as outras opções nenhum percentual de escolha na avaliação.

Tabela 7 -Avaliação no nível Reação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Material Didático e Conteúdo Programático: Livros, Brasil, 2017.

Dimensões da avaliação	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem discordo nem concordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Tinham uma boa apresentação	0	0%	0	0%	0	0%	6	18%	28	82%	34
Tinham uma linguagem clara	0	0%	0	0%	0	0%	14	41%	20	59%	34	100%
Tinham uma distribuição lógica dos capítulos, facilitando a assimilação do conteúdo	0	0%	0	0%	1	3%	12	35%	21	62%	34	100%
Tinham exemplos, destaques e ilustrações que ajudaram na compreensão do texto	0	0%	0	0%	1	3%	12	35%	21	62%	34	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.2.2. Atividades

A reação dos alunos na categoria Atividades foi medida em duas unidades de análise “Atividades Solicitadas no AVA” e “Fóruns e Chats”. Para a primeira unidade de análise as dimensões avaliadas podem ser descritas como: ser interessante, estimulante, contribuir para assimilação do conteúdo teórico, ter tempo adequado para realização, promover interação entre aluno/equipe. A reação dos alunos relacionada com essa categoria, apresentada na Tabela 8, indicou na dimensão “Ser interessante” que 6% discordaram parcialmente, 53% concordaram parcialmente e 41% concordaram totalmente. Na dimensão “Ser estimulante” 6% discordaram parcialmente, 3% nem discordaram, nem concordaram, 35% concordaram parcialmente e 56% concordaram totalmente. Na dimensão “Contribuir para assimilação do conteúdo teórico” 3% nem discordaram, nem concordaram, 52% concordaram parcialmente e 45% concordaram

totalmente. Na dimensão “Ter tempo adequado para realização” os percentuais apresentados foram de 3% discordaram parcialmente, 41% concordaram parcialmente e 56% concordaram totalmente. Por fim, na dimensão “Promover interação entre aluno/equipe” 3% nem discordaram, nem concordaram, 52% concordaram parcialmente e 45% concordaram totalmente.

Tabela 8 - Avaliação no nível de Reação dos alunos egressos CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Atividades, Unidade de análise Atividades Solicitadas no AVA, Brasil, 2017.

Dimensões da avaliação	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem discordo, nem concordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Foram interessantes	0	0%	2	6%	0	0%	18	53%	14	41%	34
Estimularam a busca de novas referências	0	0%	2	6%	1	3%	12	35%	19	56%	34	100%
Contribuíram para a assimilação do conteúdo teórico	0	0%	0	0%	1	3%	17	52%	15	45%	33*	100%
Foi disponibilizado tempo adequado para sua realização	0	0%	1	3%	0	0%	14	41%	19	56%	34	100%
Contribuíram para promover uma interação maior do grupo do hospital	0	0%	1	3%	1	3%	16	47%	16	47%	34	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Nota:

* Um dos questionários não apresentou resposta para esse item, o que justifica o N apresentado ser de 33 alunos.

A reação dos egressos do CQSSP quanto à categoria de análise Atividades, e unidade de análise Fóruns e Chats, foi avaliada nas dimensões: ser interessante, contribuir na compreensão do conteúdo, facilitar interação entre conteúdo teórico e prática, promover interação entre o aluno/equipe, permitir troca de experiência entre alunos de diferentes hospitais. A avaliação de reação em cada uma das dimensões avaliadas (Tabela 9) indicou para a dimensão “ser interessante” que somente 3% dos respondentes discordaram totalmente e 3% discordaram parcialmente. No outro extremo, 44% concordaram parcialmente e 38% concordaram totalmente. Para a dimensão “contribuir na compreensão do conteúdo” os percentuais foram: 3% Discordo

totalmente, 6% Discordo Parcialmente, 12% Nem discordo, nem concordo, 35% Concordo Parcialmente, e 44% Concordo Totalmente. Para a dimensão “facilitar interação entre conteúdo teórico e prática” os percentuais foram de: 3% Discordo Totalmente, 6% Discordo Parcialmente, 9% Nem discordo, nem concordo, 47% Concordo Parcialmente e 35% Concordo Totalmente. Para a dimensão “promover interação entre o aluno/equipe” os percentuais foram: 3% Discordo Totalmente, 15% Discordo Parcialmente, 6% Nem discordo, nem concordo, 50% Concordo Parcialmente, e 26% Concordo Totalmente. Por fim, para a dimensão “permitir troca de experiência entre alunos de diferentes hospitais” os percentuais foram: 3% Discordo Totalmente, 6% Discordo Parcialmente, 9% Nem discordo, nem concordo, 29% Concordo Parcialmente e 53% Concordo Totalmente.

Tabela 9 - Avaliação no nível Reação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Atividades, Unidade de análise Fóruns e Chats, Brasil, 2017.

Dimensões da avaliação	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem discordo, nem concordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Foram interessantes	1	3%	1	3%	4	12%	15	44%	13	38%	34
Contribuíram na compreensão do conteúdo	1	3%	2	6%	4	12%	12	35%	15	44%	34	100%
Facilitaram a interação entre conteúdo teórico e a prática profissional	1	3%	2	6%	3	9%	16	47%	12	35%	34	100%
Promoveram uma interação maior do grupo do hospital	1	3%	5	15%	2	6%	17	50%	9	26%	34	100%
Permitiram uma boa troca de experiências com alunos de outros hospitais	1	3%	2	6%	3	9%	10	29%	18	53%	34	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.2.3. Sistema de Tutoria

A avaliação no nível de reação dos alunos egressos para a categoria Sistema de Tutoria envolveu a unidade de análise Tutoria e Mediação Pedagógica. Para essa dimensão, embora não seja possível separar de fato o Tutor enquanto docente do curso, e Mediação pedagógica, algumas dimensões avaliadas se relacionavam mais com o desempenho do Tutor, que se constituiu em: domínio do conteúdo, habilidades comunicativas, disponibilidade, motivação, estímulo à participação do aluno e comprometimento (Tabela 10). Outras dimensões se relacionavam mais com a mediação pedagógica como: estratégias para facilitar a aprendizagem, retorno das atividades habilidade para relacionar teoria com a prática, habilidade para ajudar o aluno a construir seu próprio conhecimento, participava ativamente dos chats e orientação para a construção do TCC. Em geral, a avaliação apresentou percentuais superiores de aprovação em quase todas as dimensões, 90% dos alunos escolheram a opção Concordo parcialmente e Concordam totalmente (Tabela 10). Entretanto, algumas dimensões apresentaram mais de 15% do percentual de respostas que se mantiveram no limiar da indiferença: Nem discordo, nem concordo, ou ainda no polo de discordância. A dimensão “estratégias para facilitar a aprendizagem do aluno” apresentou um percentual de 3% de alunos que discordaram parcialmente e 15% que não discordaram, nem concordaram com a afirmativa. A dimensão “habilidade para ajudar o aluno a construir seu próprio conhecimento”, apresentou um percentual de 3% de alunos que discordaram parcialmente e 9% de alunos que optaram pela opção Nem discordo, nem concordo. A dimensão “orientou bem a construção do TCC” obteve resultado onde 3% escolheram a opção Discordo parcialmente e 12% dos alunos egressos selecionaram a opção Nem discordo, nem concordo.

Tabela 10-Avaliação no nível Reação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, categoria Sistema de Tutoria, Unidade de análise Tutoria e mediação pedagógica, Brasil, 2017.

Dimensões da avaliação	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem discordo nem concordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Tinha domínio do conteúdo apresentado	0	0%	0	0%	2	6%	7	21%	25	73%	34
Tinha boas habilidades comunicativas	0	0%	0	0%	2	6%	11	32%	21	62%	34	100%
Tinha disponibilidade para esclarecer dúvidas	0	0%	0	0%	1	3%	9	26%	24	71%	34	100%
Utilizava boas estratégias para facilitar a aprendizagem do aluno	0	0%	1	3%	5	15%	12	36%	15	46%	33*	100%
Dava retorno das atividades realizadas, com comentários	0	0%	1	3%	0	0%	8	24%	25	73%	34	100%
Era motivado	0	0%	0	0%	2	6%	7	21%	25	73%	34	100%
Estimulava a participação do aluno	0	0%	1	3%	1	3%	5	15%	27	79%	34	100%
Era comprometido	0	0%	0	0%	1	3%	6	18%	27	79%	34	100%
Buscava relacionar a teoria com a prática por meio dos recursos disponíveis no curso	0	0%	2	6%	1	3%	16	47%	15	44%	34	100%
Ajudava o aluno a construir seu conhecimento ao invés de dar respostas prontas	0	0%	1	3%	3	9%	4	12%	26	76%	34	100%
Participava ativamente dos chats	0	0%	2	6%	1	3%	9	27%	21	64%	33*	100%
Orientou bem a construção do TCC	0	0%	1	3%	4	12%	17	50%	12	35%	34	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Nota:

* Um dos questionários não apresentou resposta para esses itens, o que justifica o N apresentado ser de 33 alunos.

6.3.2.4. Estrutura de apoio à aprendizagem

A Estrutura de Apoio à aprendizagem compôs outra categoria avaliativa no nível Reação. A unidade de análise selecionada foi o Ambiente Virtual de Aprendizagem, nas dimensões: navegação, apresentação virtual, recursos de aprendizagem, ferramentas interativas e qualidade da rede de dados (Tabela 11). Para a dimensão “navegação” os percentuais das respostas dos alunos egressos foram de: 3% Nem discordo, nem concordo, 41% Concordo Parcialmente e 56% Concordo Totalmente. Para a dimensão apresentação visual, os percentuais de escolha para cada opção foram: 3% Discordo Parcialmente, 3% Nem discordo, nem concordo, 32% Concordo Parcialmente, e 62% Concordo Totalmente. Na dimensão “recursos de aprendizagem” o resultado da avaliação dos alunos egressos, de acordo com cada opção foi de: 3% Discordo Parcialmente, 6% Nem discordo, nem concordo, 21% Concordo Parcialmente e 71% Concordo Totalmente. O resultado para a dimensão “ferramentas interativas” o resultado foi de: 3% Discordo Parcialmente, 6% Nem discordo, nem concordo, 24% Concordo Parcialmente e 68% Concordo Totalmente. A última dimensão avaliada, “qualidade da rede de dados” apresentou os percentuais de: 1% Discordo Totalmente, 6% Discordo Parcialmente, 3% Nem discordo, nem concordo, 32% Concordo Parcialmente e 56% Concordo Totalmente.

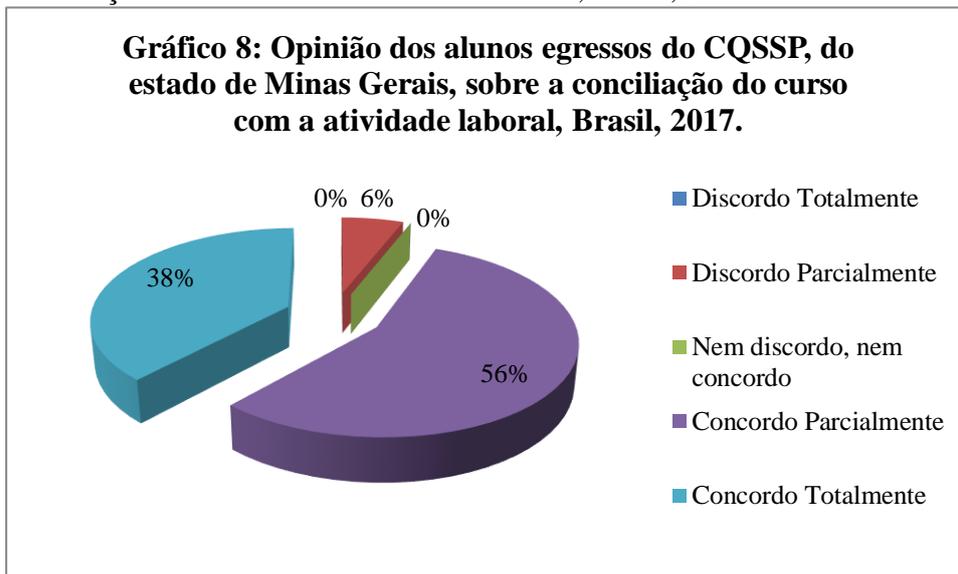
Tabela 11 -Avaliação no Nível Reação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais categoria Estrutura de apoio à aprendizagem, Unidade de análise Ambiente Virtual de Aprendizagem, Brasil, 2017.

Dimensões da avaliação	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem discordo nem concordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Era de fácil navegação	0	0%	0	0%	1	3%	14	41%	19	56%	34	100%
Tinha boa apresentação visual facilitando a leitura	0	0%	1	3%	1	3%	11	32%	21	62%	34	100%
Possuía bons recursos de aprendizagem (vídeos, links, etc.)	0	0%	1	3%	2	6%	7	21%	24	70%	34	100%
Tinha boas ferramentas interativas (chats, e-mails, etc.)	0	0%	1	3%	2	6%	8	23%	23	68%	34	100%
Possuía boa qualidade da rede de dados (conexão com a internet)	1	3%	2	6%	1	3%	11	32%	19	56%	34	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

A conciliação do curso com a atividade laboral e a disponibilidade para cumprir a carga horária mínima de oito horas foram considerados fatores que poderiam impactar o desempenho do aluno no curso. No caso desse aspecto, 38% dos alunos concordaram totalmente que foi possível conciliar o curso com a atividade laboral, a maior parte, 58%, concordaram parcialmente com a afirmativa, enquanto 6% dos alunos discordaram parcialmente (Gráfico 7).

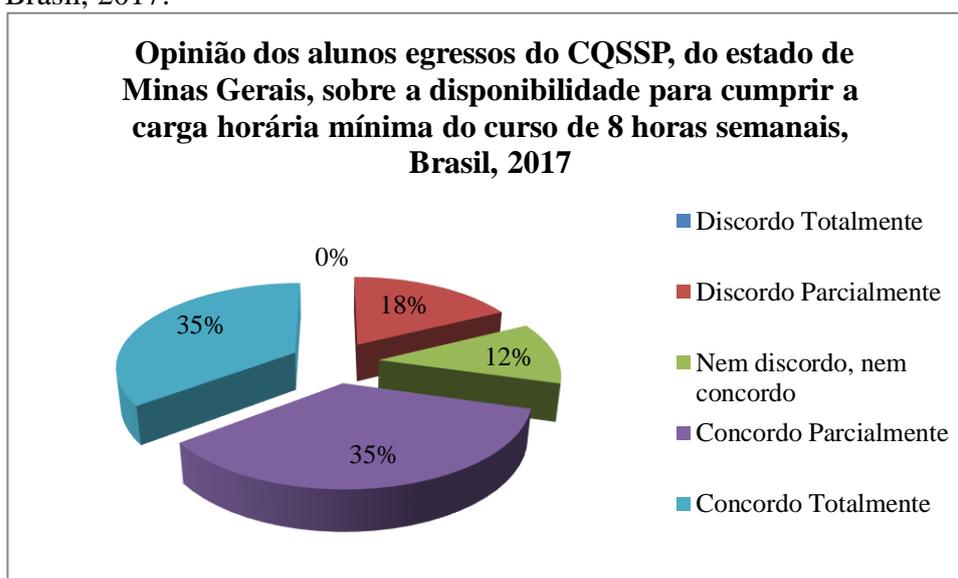
Gráfico 7 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre a conciliação do curso com a atividade laboral, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Ao considerar o fator “disponibilidade para cumprimento da carga horária mínima de 8 horas semanais”, 35% Concordam totalmente que tiveram disponibilidade para cumprir a carga horária solicitada; 35% Concordaram parcialmente; 12% Nem discordaram, nem concordaram, enquanto 18% Discordaram parcialmente (Gráfico8).

Gráfico 8 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre a disponibilidade para cumprir a carga horária mínima do curso de 8 horas semanais, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.3. Nível Aprendizagem

O nível de aprendizagem especifica a assimilação dos conhecimentos por todos os alunos no desenvolvimento das habilidades propostas ao longo do curso e a capacidade de mudar de atitude. Como diretriz do método, a avaliação em nível de aprendizagem pressupõe a aplicação de testes para medir conhecimentos e mudanças de atitudes, ou ainda, testes de desempenho para medir habilidades dos alunos. Vale salientar que as atividades avaliativas foram disponibilizadas aos alunos e, na impossibilidade de aplicar novos testes, foram utilizados os resultados das avaliações processuais aplicadas ao final das três grandes UA do curso, demonstrando o desenvolvimento e o desempenho de todos eles. Como a quarta UA, Metodologia Científica, ocorreu de forma transversal, ou seja, foi trabalhada de maneira paralela em relação ao que já havia sido avaliado, os conceitos alcançados nos TCC foram considerados reflexos do aprendizado dessa UA, sobretudo como aluno/equipe.

Na avaliação por UA, procurou-se identificar se em algumas delas os alunos apresentaram maior ou menor dificuldade e em que unidades obtiveram melhor êxito, bem como verificar se as categorias menos relacionadas ao cuidado apresentavam pior, ou melhor desempenho diante das outras categorias.

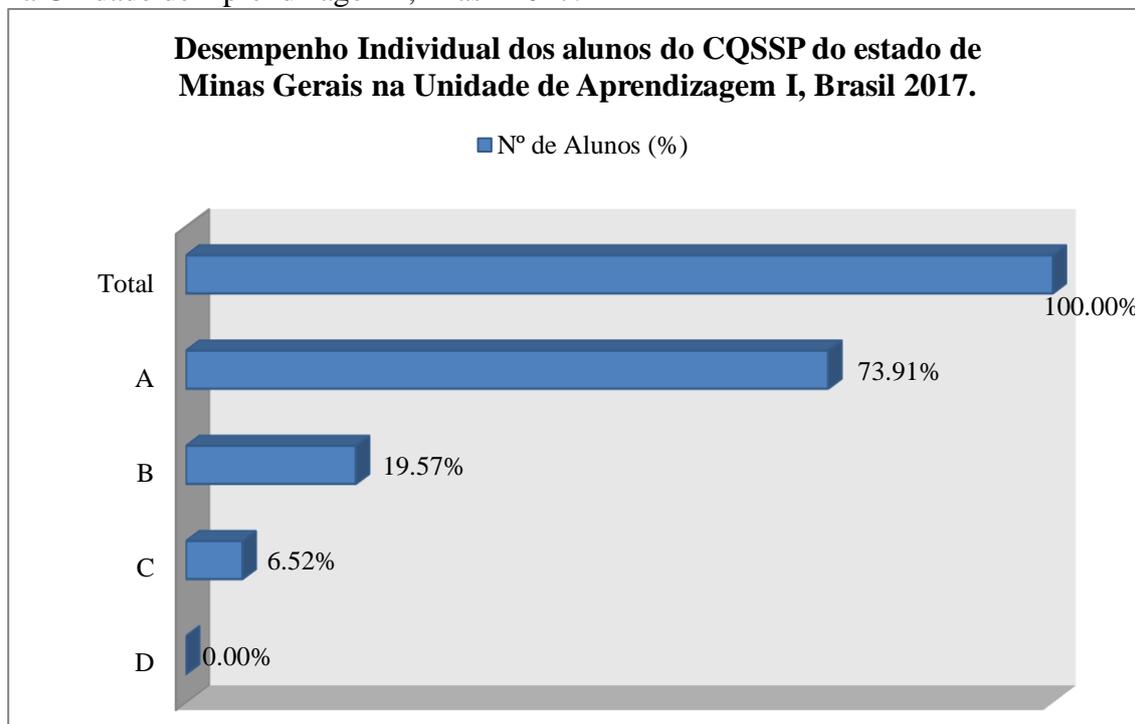
A Tabela 12 e o Gráfico 9 apresentam o desempenho dos alunos considerando a aprendizagem individual na UA I – Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente: aspectos fundamentais. O intervalo das classes das notas corresponde aos valores atribuídos aos conceitos adotados pela EAD/ENSP no CQSSP. As informações indicaram que, na primeira UA, a maioria dos alunos (73,9%) chegou a alcançar um conceito excelente, uma parcela menor de alunos (19,6%) obteve o conceito “bom” e somente 6,5% dos alunos obtiveram conceito regular.

Tabela 12- Desempenho individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem I, Brasil, 2017.

Conceitos	Intervalo das Notas	Nº de Alunos	%
A (excelente)	9,0 – 10	34	73,91%
B (bom)	7,5 - 8,9	9	19,57%
C (regular)	6,0 - 7,4	3	6,52%
D (insuficiente)	0,0 - 5,9	0	0,00%
Total		46	100,00%

Fonte: elaborado pela pesquisadora adaptado do AVA CQSSP EAD/ENSP/Fiocruz.

Gráfico 9 - Desempenho individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, na Unidade de Aprendizagem I, Brasil 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

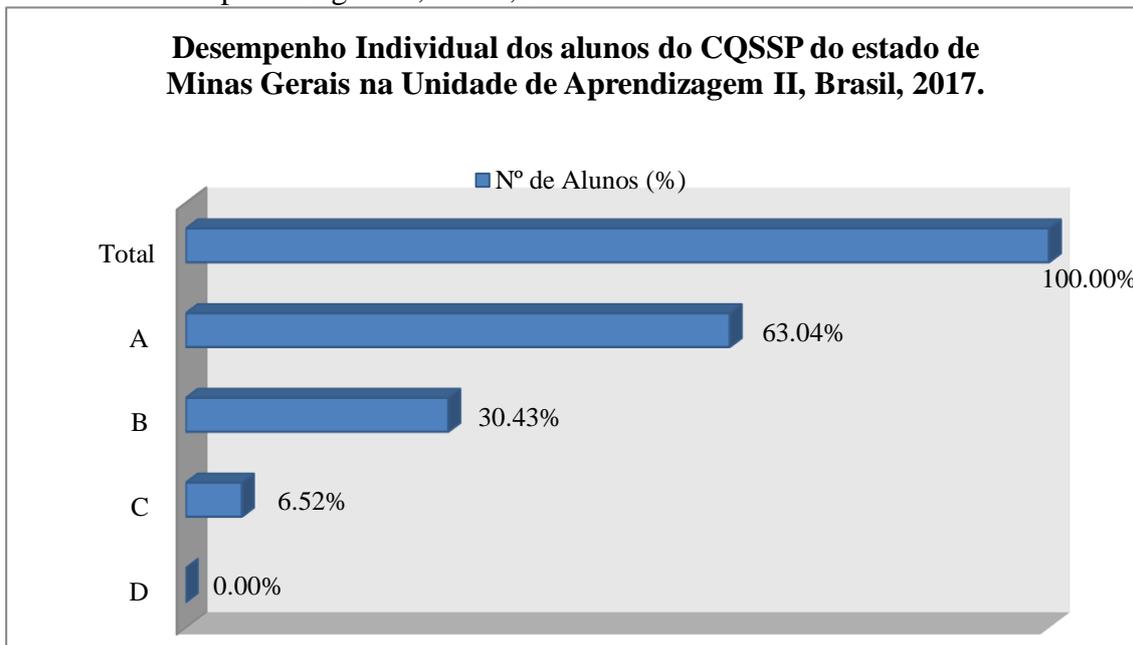
A Tabela 13 e o Gráfico 10 apresentam o desempenho individual dos alunos do CQSSP do estado de Minas Gerais na UA-II: Avaliação e gestão do risco em organizações de saúde. Os alunos obtiveram, como na UA-I, um bom desempenho, embora tenha diminuído o número de alunos com conceito A (excelente), que apresentou um percentual de 63,0%. O número de alunos com o conceito B (bom) foi elevado para 30,43%, e o percentual de alunos com conceitos C (regular) e D (insuficiente) se manteve em 6,52% e 0, respectivamente.

Tabela 13- Desempenho individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem II, Brasil, 2017.

Conceitos	Intervalo das Notas	N° de Alunos	%
A (excelente)	9,0 – 10	29	63,04%
B (bom)	7,5 - 8,9	14	30,43%
C (regular)	6,0 - 7,4	3	6,52%
D (insuficiente)	0,0 - 5,9	0	0,00%
Total	-	46	100,00%

Fonte: elaborado pela pesquisadora adaptado do AVA CQSSSP EAD/ENSP/Fiocruz

Gráfico 10 - Desempenho Individual dos alunos do CQSSP do estado de Minas Gerais na Unidade de Aprendizagem II, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

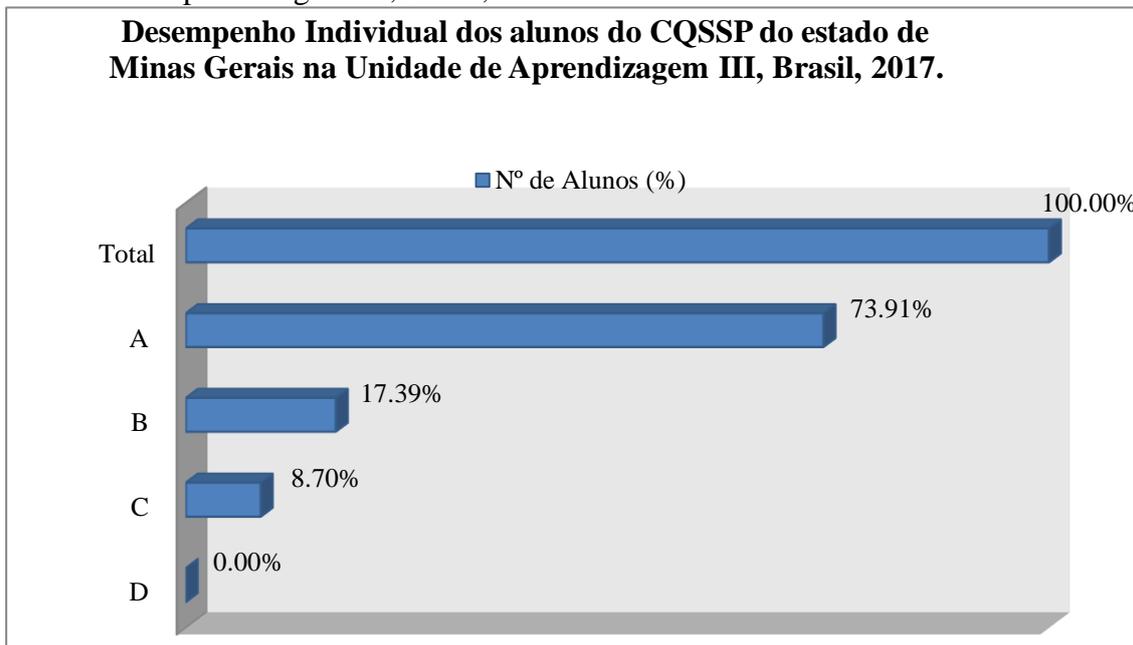
Na UA-III, Gestão em Saúde e Segurança do Paciente: Aspectos Transversais e Transdisciplinares, 73,91% dos alunos alcançaram o conceito A (excelente), 17,39% alcançaram conceito B e 8,70% alcançaram o conceito C (Tabela 14 e Gráfico 11). É possível verificar o aumento do número de alunos com conceito C, e redução do o número de alunos com conceito B em relação a UA-II.

Tabela 14 - Desempenho individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem III, Brasil, 2017.

Conceitos	Intervalo das Notas	Nº de Alunos	%
A (excelente)	9,0 - 10	34	73,91%
B (bom)	7,5 - 8,9	8	17,39%
C (regular)	6,0 - 7,4	4	8,70%
D (insuficiente)	0,0 - 5,9	0	0,00%
Total	-	46	100,00%

Fonte: elaborado pela pesquisadora adaptado do AVA CQSSP EAD/ENSP/Fiocruz.

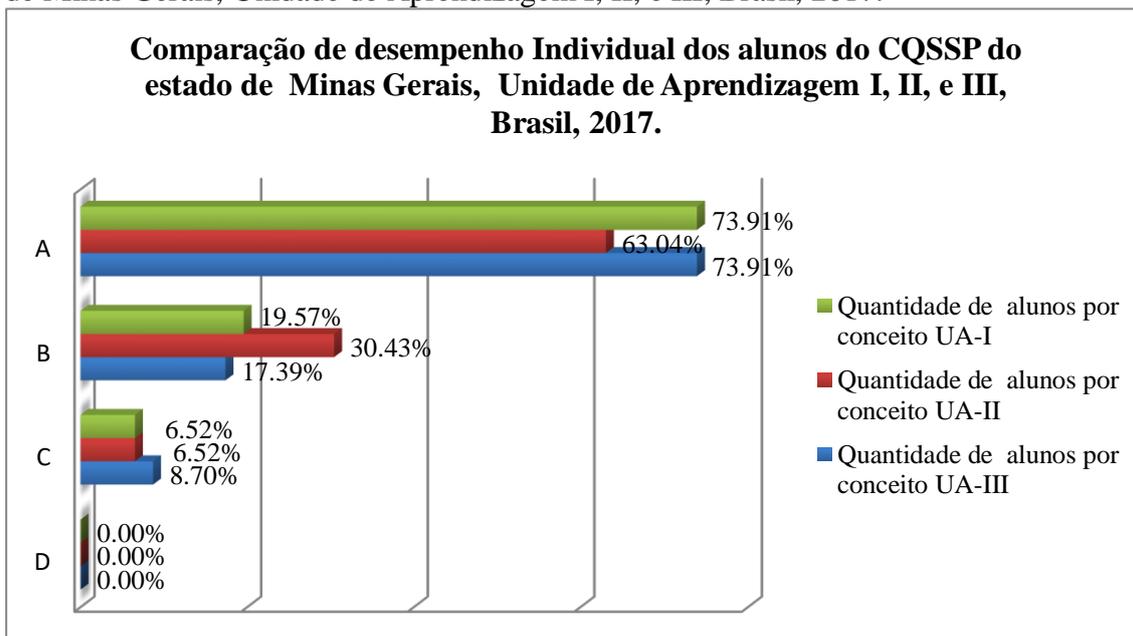
Gráfico 11 - Desempenho Individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem III, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Comparando o desempenho dos alunos nas três UA do CQSSP (Gráfico 12), podemos observar que, embora tenha ocorrido variação, os alunos apresentaram, em geral, um alto desempenho no curso.

Gráfico 12 - Comparação de desempenho Individual dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Unidade de Aprendizagem I, II, e III, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

No tocante à produção do TCC, foi verificado que grande parte dos alunos conseguiu obter um alto desempenho (Tabela 15 e Gráfico 13). Vale ressaltar que, embora o TCC fosse centrado na construção do plano de segurança do paciente para o hospital, essa nota foi individualizada, pois, além das ações propostas, um relato da trajetória de cada aluno refletindo a produção do aluno/equipe e sua inserção individual no trabalho foi considerado. Esse relato refletia a interação do aluno com o grupo e sua atuação na segurança do paciente no desempenho de suas funções, como denotam as orientações para a produção do trabalho transcrita abaixo, retirada do AVA.

Seu trabalho de conclusão de curso deve ser composto de produção coletiva, que você enviou na Atividade MC 5, e de mais uma produção individual. Nessa produção individual, você deve escrever um texto de sete a dez páginas orientando-se pelas seguintes questões:

Como foi sua experiência no grupo durante a construção do plano?

Como foi sua percepção acerca de um processo de construção coletiva (potencialidades e dificuldades)?

Como você se vê contribuindo para a implantação do plano de segurança do paciente em sua organização de saúde e em seu cotidiano de trabalho?

Quais são suas expectativas de modificação da cultura organizacional, em relação à segurança do paciente, por meio da sua atuação no hospital?

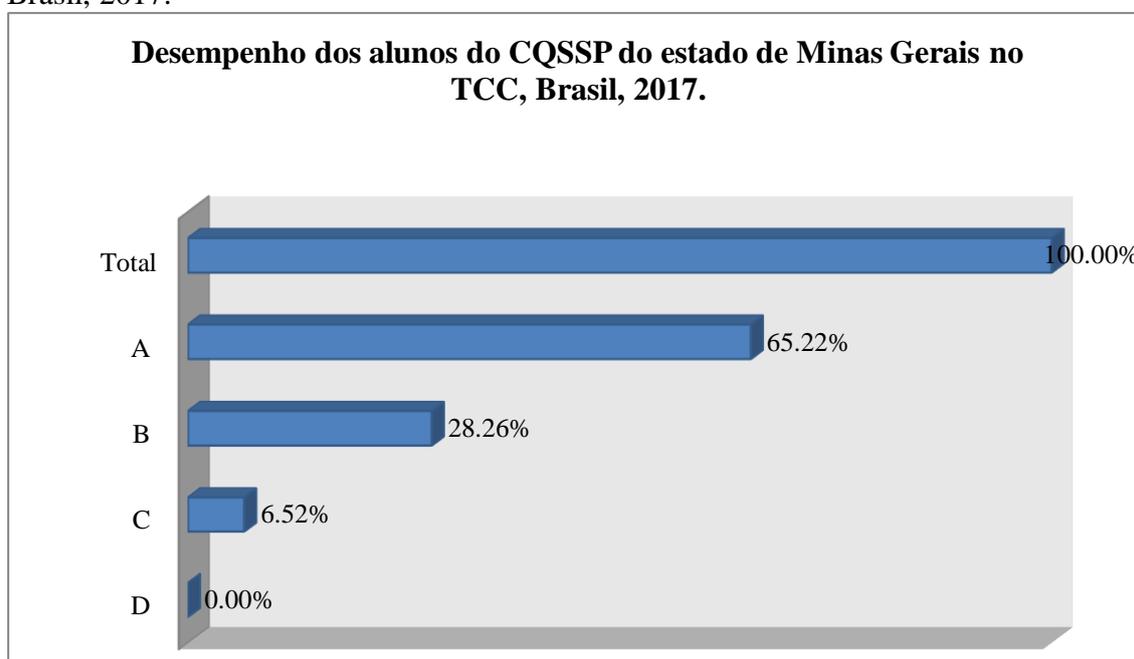
Essa produção individual traduz o processo vivido, conhecimentos construídos e reflexões realizadas ao longo do curso em uma parte do seu TCC, sendo uma expressão de seu esforço e envolvimento com a proposta. (EAD/ENSP – orientações para produção do TCC retiradas do AVA)

Tabela 15- Desempenho dos alunos do CQSSP do estado de Minas Gerais, no TCC, Brasil, 2017.

Conceitos	Intervalo das Notas	Nº de Alunos	%
A (excelente)	9,0 - 10	30	65,22%
B (bom)	7,5 - 8,9	13	28,26%
C (regular)	6,0 - 7,4	3	6,52%
D (insuficiente)	0,0 - 5,9	0	0,00%
Total	-	46	100,00%

Fonte: elaborado pela pesquisadora adaptado do AVA CQSSP EAD/ENSP/Fiocruz

Gráfico 13 - Desempenho dos alunos do CQSSP do estado de Minas Gerais no TCC, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

O desempenho dos alunos egressos do CQSSP por categoria profissional foi obtido utilizando a média aritmética de notas, por sua vez, obtida com a soma das notas das UAs, I, II e III e do TCC por aluno. Em seguida, foi feita uma nova média aritmética a partir da soma das médias aritméticas por categoria profissional (Tabela 16). A categoria Enfermeiros apresentou média de 8,9 e a maior média foi apresentada pela categoria Médicos: 9,2 (Tabela 16). Na categoria “Outros Profissionais de Saúde” a média das notas foi 9,1 e na categoria “outros profissionais” a média foi 8,9.

Tabela 16- Notas dos alunos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, por categoria profissional, Brasil, 2017.

Categoria Profissional	Média	Mediana	Desvio Padrão
Enfermeiros	8,91	9,03	0,63
Farmacêuticos	8,99	9,35	0,84
Médicos	9,15	9,38	0,55
Outros profissionais de saúde*	9,09	9,38	0,63
Outros Profissionais **	8,89	8,90	0,14

Fonte: elaborado pela pesquisadora com base nos dados obtidos no AVA.

Notas:

* Incluídos profissionais que lidam diretamente com cuidado: fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional e nutricionista, mas que possuíam um número muito reduzido de alunos na turma.

** Incluídas outras profissões que não lidam diretamente com o cuidado: Administrador, Ciências Humanas, Pedagogo, Historiador.

A análise do desempenho por aluno/equipe, considerando a localização do estabelecimento, demonstrou que não ocorreram variações em função dessa variável (Tabela 17). O desempenho da equipe não apresentou relação com a localização do hospital. Assim, alguns hospitais do interior apresentaram médias altas como o H13 com média de 9,5 e outros hospitais localizados na capital apresentaram médias mais baixas como H10 média de 8,1. O cálculo da média aritmética por aluno/equipe foi feito com base na soma das médias aritméticas dos alunos por hospital, resultado da soma das notas das UAs, I, II e III e do TCC por aluno. Analisando o desempenho por aluno/equipe em função do tipo de gestão do hospital, também não foi observada a relação (Tabela 18).

Tabela 17 - Média de notas por aluno/equipe do CQSSP, do estado de Minas Gerais, por localização dos hospitais, Brasil, 2017.

Código Hospital	Localização	Média nota dos alunos
H1	Interior do estado	8,81
H2	Capital	9,50
H3	Interior do estado	8,96
H4	Interior do estado	9,29
H5	Interior do estado	9,18
H6	Capital	9,53
H7	Capital	9,08
H8	Capital	8,81
H9	Interior do estado	8,31
H10	Capital	8,08
H11	Região metropolitana	8,53
H12	Capital	9,18
H13	Interior do estado	9,46

Fonte: elaboração próprio autor com base nos dados obtidos no AVA.

Tabela 18 -Desempenho dos alunos/equipes no CQSSP, do estado de Minas Gerais por tipo de gestão do estabelecimento.

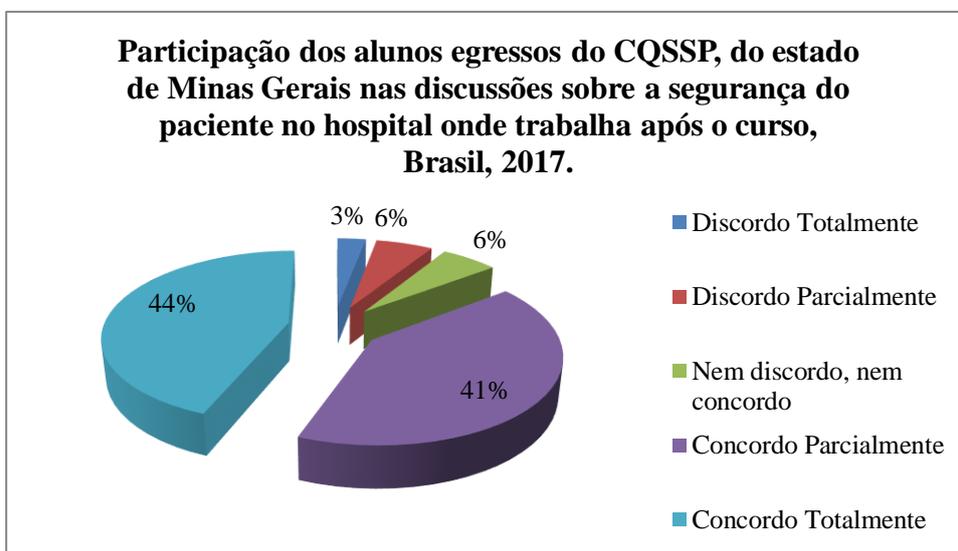
Código Hospital	Tipo de gestão	Média nota dos alunos
H1	Entidade sem fins lucrativos	8,81
H2	Municipal	9,50
H3	Municipal	8,96
H4	Municipal	9,29
H5	Municipal	9,18
H6	Estadual	9,53
H7	Municipal	9,08
H8	Municipal	8,81
H9	Municipal	8,31
H10	Municipal	8,08
H11	Municipal	8,53
H12	Entidade sem fins lucrativos	9,18
H13	Municipal	9,46

Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.4. Nível Comportamento

A autoavaliação da participação dos egressos em discussões sobre a segurança do paciente, no hospital onde trabalha, apontou que 44% concordaram totalmente que, após o curso, passaram a fazer parte dessas discussões, 41% concordaram parcialmente com a afirmativa, 6% nem discordaram, nem concordaram, 6% discordaram parcialmente e 3% discordaram totalmente da assertiva (Gráfico 14).

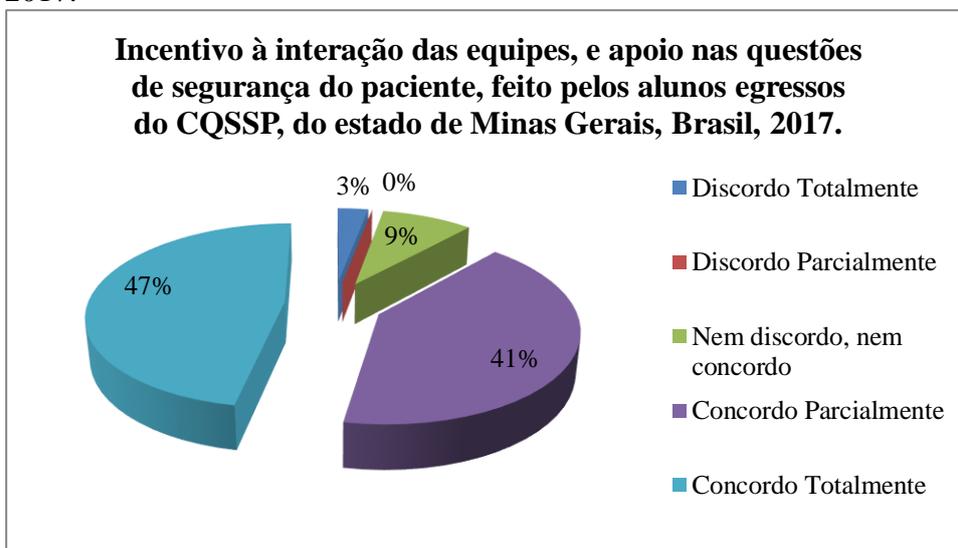
Gráfico 14 - Participação dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, nas discussões sobre a segurança do paciente no hospital onde trabalha após o curso, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

O incentivo quanto à interação das equipes e apoio nas questões de segurança do paciente apontou que 47% dos alunos egressos optaram pela assertiva Concordo totalmente, 41% escolheram a opção Concordo parcialmente, 9% dos alunos escolheram a opção Nem discordo, nem concordo, não houve escolha para a opção Discordo parcialmente e 3% escolheram a opção Discordo totalmente (Gráfico 15).

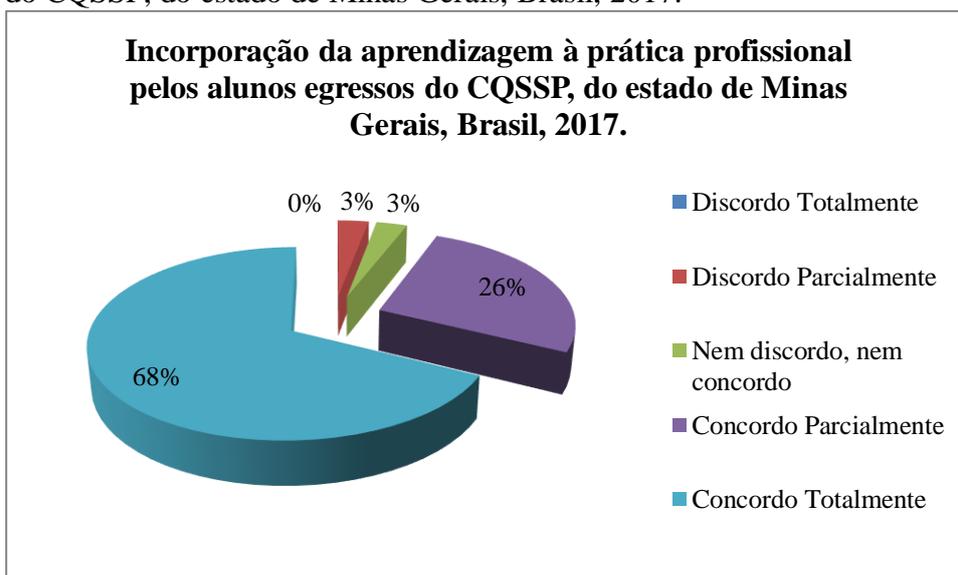
Gráfico 15 - Incentivo à interação das equipes e apoio nas questões de segurança do paciente feitos pelos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

A incorporação da aprendizagem à prática profissional (Gráfico 16) foi outro aspecto da autoavaliação. Nesse caso, 68% dos alunos concordaram totalmente que passaram a incorporar os conhecimentos adquiridos à sua prática profissional, 26% concordaram parcialmente, 3% dos alunos discordaram parcialmente e 3% discordaram totalmente.

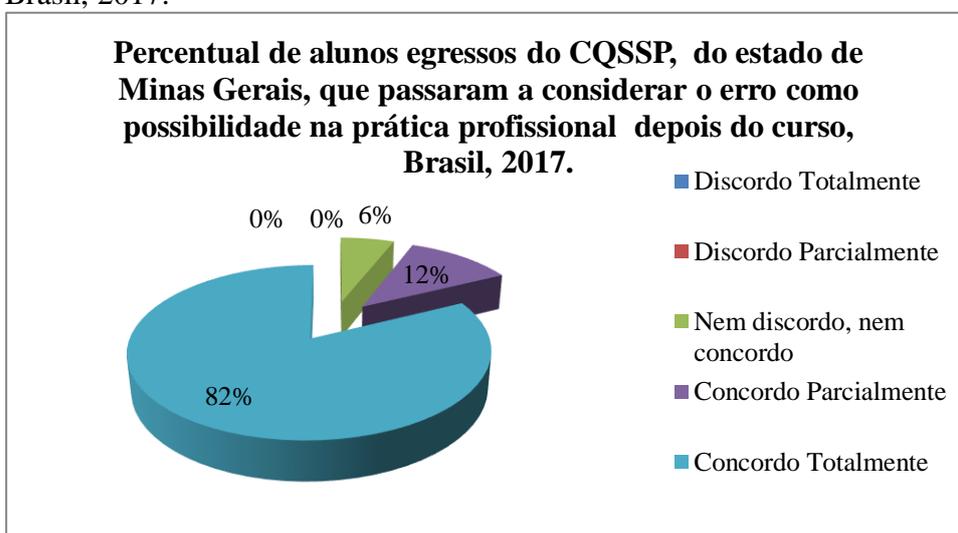
Gráfico 16 - Incorporação da aprendizagem à prática profissional pelos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quanto ao fato de considerar o erro como possibilidade na prática profissional, os percentuais apresentados foram: 82% dos alunos passaram a considerar totalmente a possibilidade de erro no cuidado e 12% passaram a considerar parcialmente a possibilidade do erro, não houve discordância ou indiferença com relação a esse aspecto (Gráfico 17).

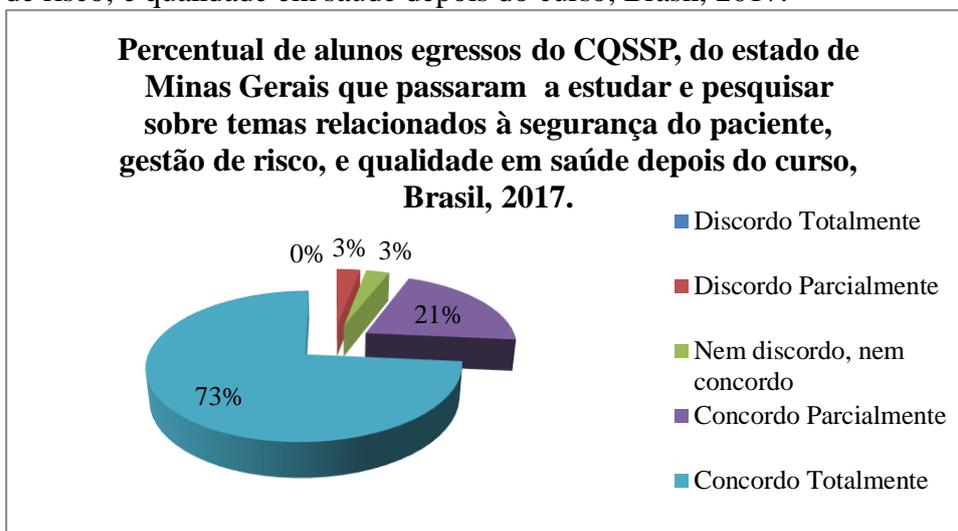
Gráfico 17- Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a considerar o erro como possibilidade na prática profissional depois do curso, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Sobre estudar e pesquisar temas relacionados à segurança do paciente, gestão de risco e qualidade do cuidado, os percentuais de respostas dos alunos egressos foram: 73% concordaram totalmente que passaram a estudar e pesquisar sobre esses temas, 21% concordaram parcialmente, 3% nem discordaram, nem concordaram e 3% discordaram parcialmente com a afirmativa (Gráfico 18).

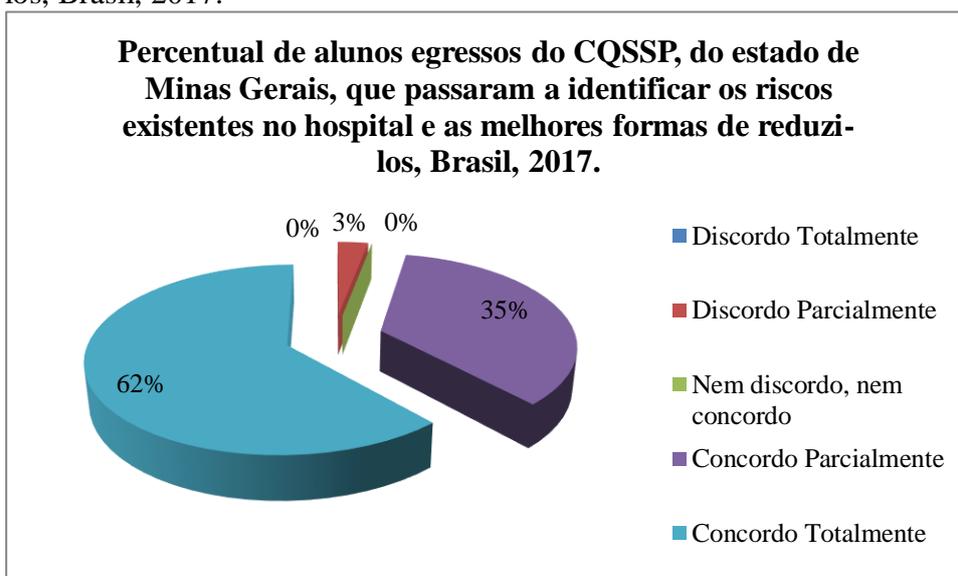
Gráfico 18 - Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a estudar e pesquisar sobre temas relacionados à segurança do paciente, gestão de risco, e qualidade em saúde depois do curso, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quanto a ação dos egressos em face de identificar os riscos existentes no hospital e a melhor forma de reduzi-los, a autoavaliação (Gráfico 19) demonstrou que 62% de alunos concordaram totalmente com a afirmativa, 35% concordaram parcialmente e 3% optaram pela opção discordo parcialmente. Não houve escolha das outras opções de resposta.

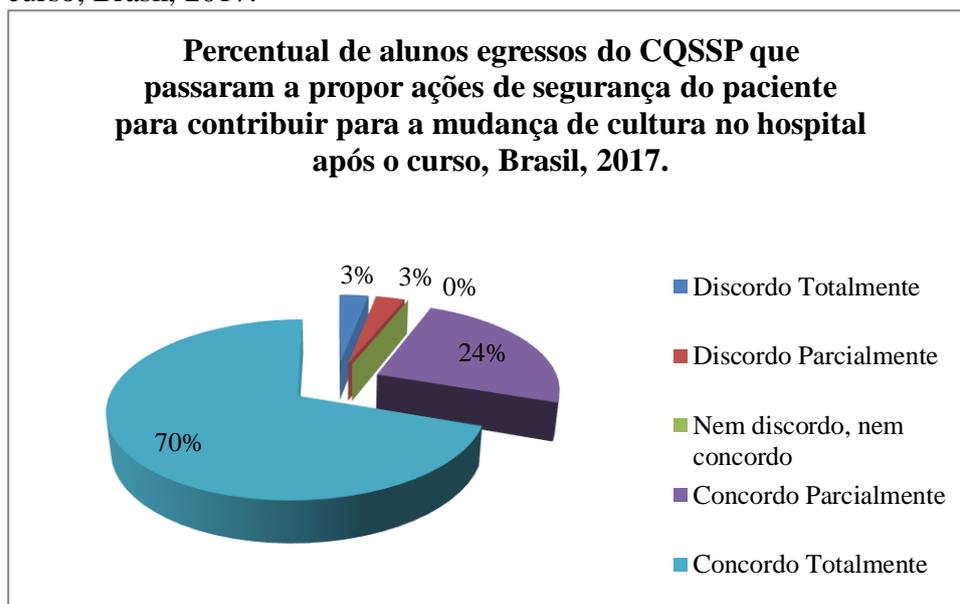
Gráfico 19 - Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a identificar os riscos existentes no hospital e as melhores formas de reduzi-los, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

No que se refere a propor ações de segurança do paciente para contribuir com a mudança de cultura no hospital como reflexo da mudança de comportamento, 70% dos egressos concordaram totalmente que passaram a agir desta forma (Gráfico 20). Um percentual de 24% desses alunos concordaram apenas parcialmente, enquanto 3% discordaram parcialmente e 3% discordaram totalmente.

Gráfico 20 - Percentual de alunos egressos do CQSSP que passaram a propor ações de segurança do paciente para contribuir para a mudança de cultura no hospital após o curso, Brasil, 2017.



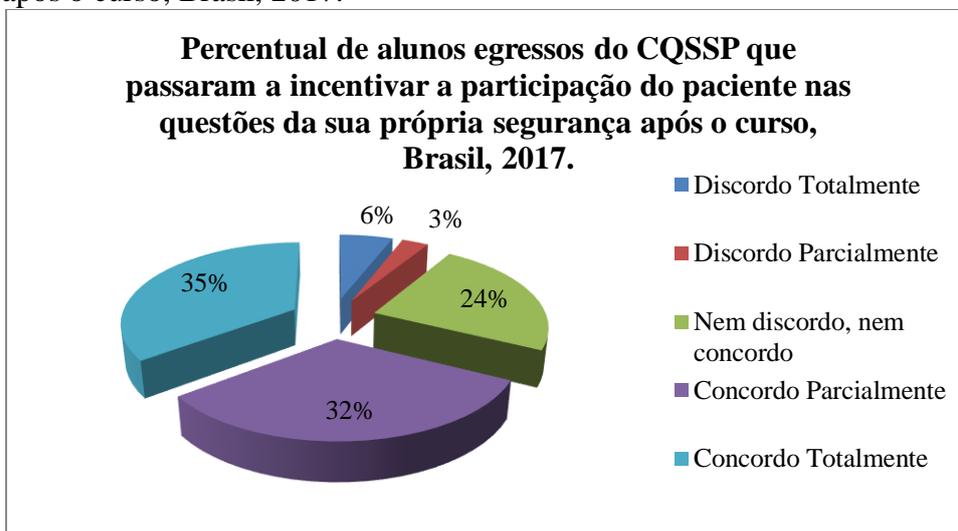
Fonte: elaborado pela pesquisadora

Nota:

**N=33 (um dos questionários não apresentou resposta para essa questão).

Incentivar a participação do paciente nas questões da sua própria segurança contituiu outro aspecto da mudança de comportamento que foi inquerido na autoavaliação. Sendo assim, 35% declararam que concordam totalmente com uma mudança no seu comportamento, bem como passaram a incentivar a participação do paciente nas questões de sua própria segurança, 32% concordaram apenas parcialmente com esse fato, 24% nem discordaram, nem concordaram, 3% discordaram parcialmente e 6% discordaram totalmente (Gráfico 21).

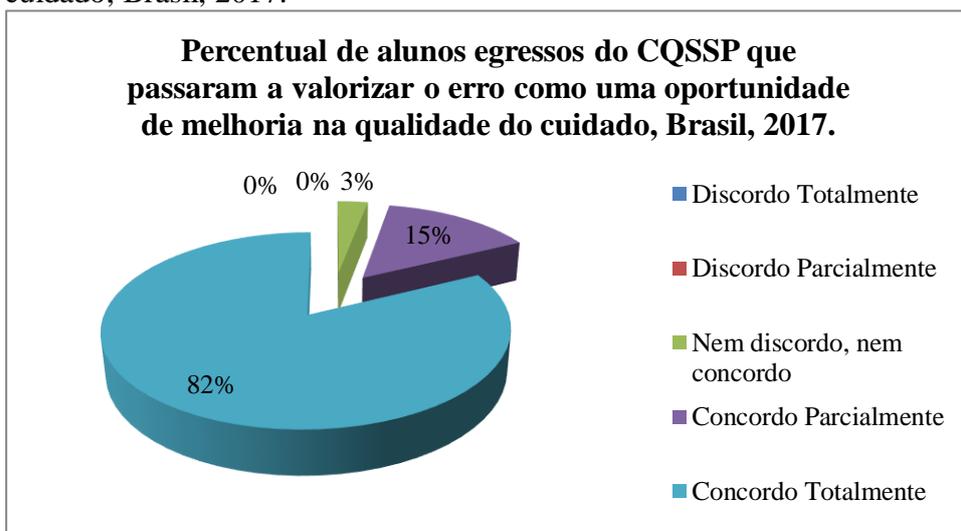
Gráfico 21 - Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a incentivar a participação do paciente nas questões da sua própria segurança após o curso, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

No tocante à valorização do erro como uma oportunidade de melhoria do cuidado, 82% dos alunos declararam concordar totalmente com essa alternativa, 15% elegeram a opção Concordo Parcialmente e 3% escolheram a opção Nem discordo, nem concordo (Gráfico 22).

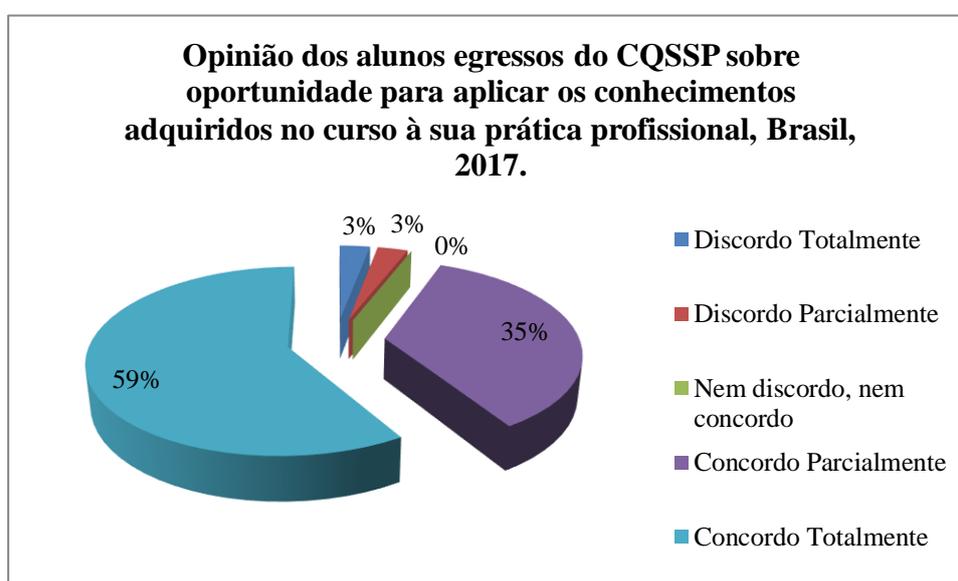
Gráfico 22 - Percentual de alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, que passaram a valorizar o erro como uma oportunidade de melhoria na qualidade do cuidado, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Foi avaliada pelos alunos egressos do CQSSP a oportunidade enquanto fator fundamental para a aplicação na prática dos conhecimentos, habilidades adquiridas e mudanças de atitudes. Com isso, 59% dos alunos concordaram totalmente que tiveram oportunidade para aplicação, 35% concordaram parcialmente, 3% discordaram parcialmente e 3% discordaram totalmente (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre oportunidade para aplicar os conhecimentos adquiridos no curso à sua prática profissional, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5. Nível Resultados

A seção em questão versa sobre os resultados do CQSSP de acordo com o modelo de Kirkpatrick. Serão apresentados os resultados de conforme as ações selecionadas propostas nos planos de segurança do paciente. Tais ações incluem a formação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a implementação do sistema de notificações, pesquisa sobre a cultura de segurança e a implantação dos protocolos de segurança do paciente. Foram também incluídos na referente seção de avaliação os fatores que poderiam impactar a implementação das ações em segurança do paciente nos hospitais.

Nesse sentido, foram aplicados treze questionários dirigidos ao aluno/equipe, dos quais 10 respostas foram obtidas, o que corresponde a um retorno de 77%. Isso caracteriza a participação de 10 hospitais na pesquisa. Vale ressaltar que, embora esses hospitais estejam classificados como situados na capital, na região metropolitana, ou no interior do estado, todos, pertencem a cidades de maior porte, haja vista o critério para participação do curso com corte em 200 leitos. De acordo com o tipo de gestão do estabelecimento, é possível constatar que 77% desses estão sob gestão municipal, 15% são entidades sem fins lucrativos e 8% estão sob gestão estadual. Nos 23% de perda não foram computadas nenhum tipo de justificativa, sendo todas em função de ausência de retorno da equipe (Tabela 19).

Tabela 19 - Aproveitamento da amostra na pesquisa de avaliação do CQSSP no estado de Minas Gerais no nível de resultados, Brasil, 2017.

Situação dos hospitais	N	%
Hospitais que responderam	10	77%
Hospitais que não responderam	3	23%
Total	13	100%

Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.1. Núcleo de Segurança do paciente ou instância equivalente

A respeito da constituição do NSP ou instância equivalente que cuida exclusivamente das questões de segurança do paciente, foi avaliado com aluno/equipe a situação do núcleo, ou instância equivalente, e sua atuação. Com isso, 30% declararam que essas instâncias encontram-se constituídas nos seus hospitais e, em sua opinião, parcialmente operante. Além disso, 70% declararam que as referidas instâncias estão constituídas e totalmente operantes em seus hospitais (Gráfico 24).

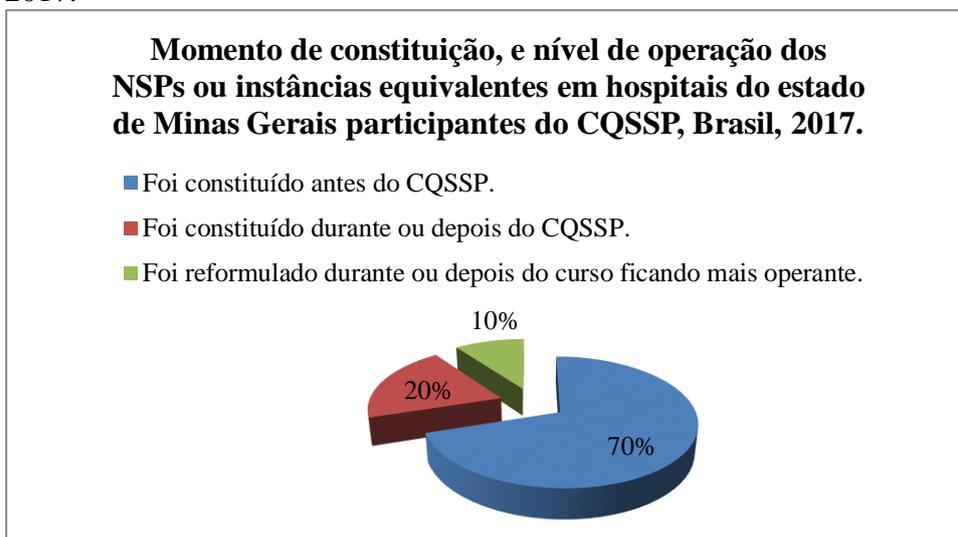
Gráfico 24 - Constituição e operação dos Núcleos de segurança do paciente ou instâncias exclusivas para a segurança do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Os NSPs ou instâncias equivalentes foram avaliados de acordo com o momento de sua constituição: antes, durante, ou depois do CQSSP, ou ainda, se foram reformulados durante o período do curso, se tornando mais ou menos operantes. O resultado apresentado foi de que 70% dos NSPs ou instâncias equivalentes já existiam nos hospitais antes do CQSSP, 20% foram constituídos durante ou depois do CQSSP e 10% foram reformulados durante o CQSSP passando a ficar mais operantes (Gráfico 25).

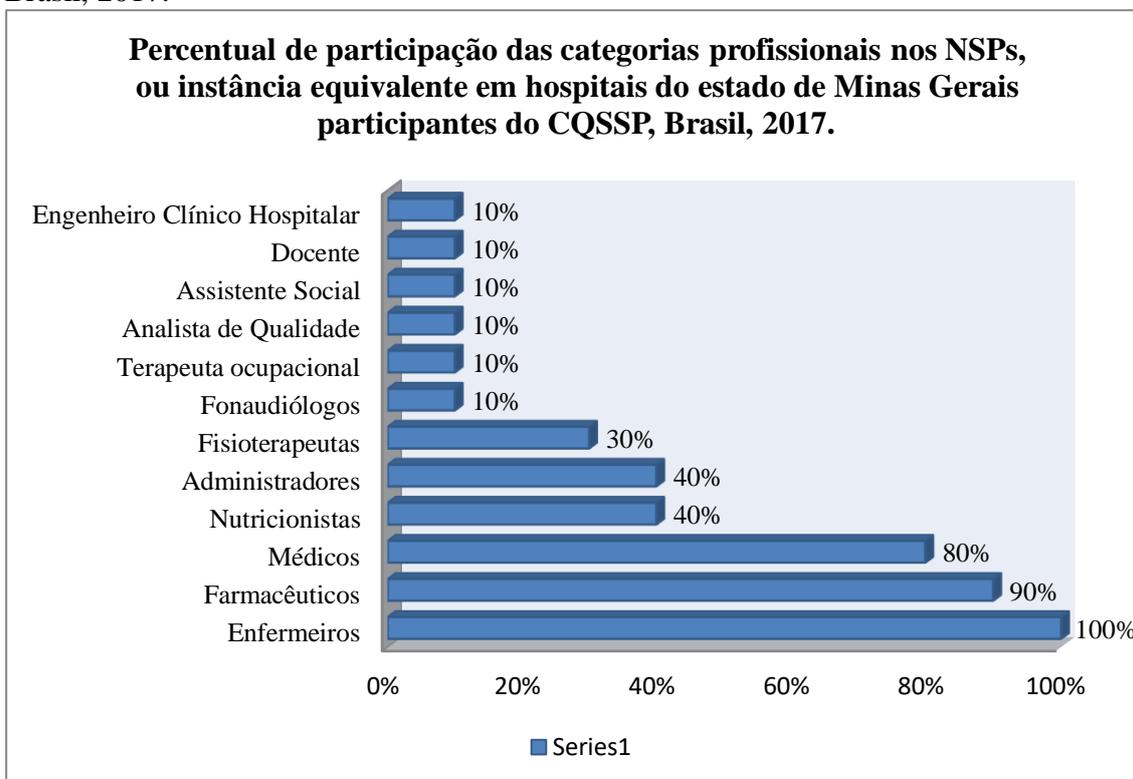
Gráfico 25 - Momento de constituição e nível de operação dos NSPs ou instâncias equivalentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Outro ponto de interesse da pesquisa foi a participação das categorias profissionais na composição dos NSPs ou instância equivalente. O resultado demonstra que a única categoria profissional presente em 100% dos núcleos foi a enfermagem, na sequência aparecem os farmacêuticos presentes em 90% e os médicos estão presentes em 80%, administradores e nutricionistas estão presentes em 40% dessas instâncias, fisioterapeutas em 30% e outras diversas profissões compõem 10% dos NSPs ou instâncias equivalentes (Gráfico 26).

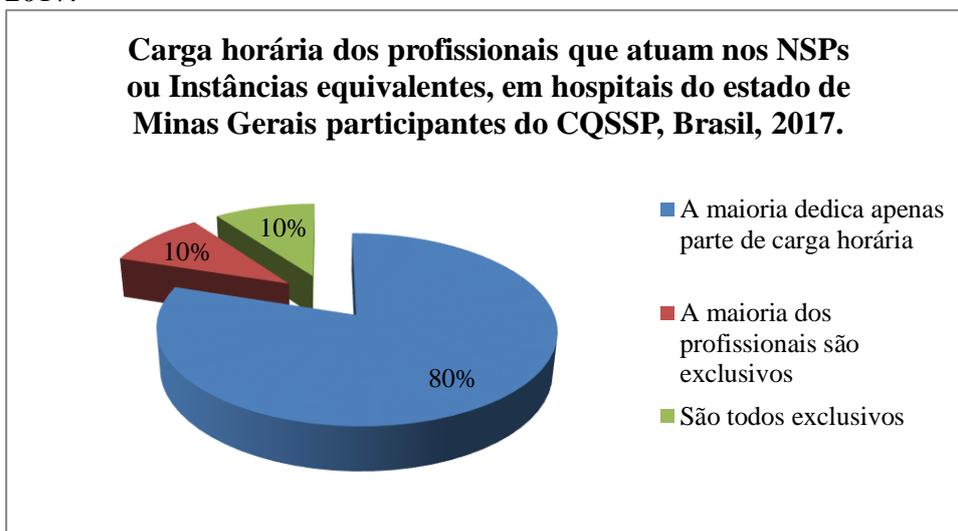
Gráfico 26 - Percentual de participação das categorias profissionais nos NSPs ou instância equivalente em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quando se trata da carga horária dos profissionais dedicada aos NSPs ou instâncias equivalentes, a pesquisa revelou que 80% possuem profissionais que dedicam apenas parte da carga horária para essas instâncias, somente 10% possuem a maioria de profissionais com dedicação exclusiva e 10% possuem todos os profissionais exclusivos para essas instâncias (Gráfico 27).

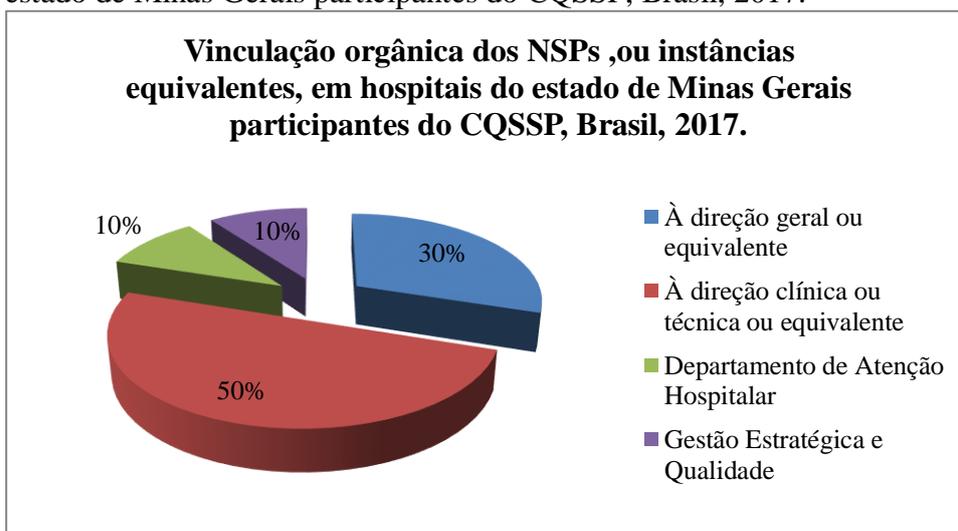
Gráfico 27 - Carga horária dos profissionais que atuam nos NSPs ou Instâncias equivalentes, em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

No que diz respeito à vinculação orgânica do NSP ou instância equivalente, foi constatado que 30% estão vinculados à direção geral, ou instância equivalente, 50% estão vinculados à direção clínica ou técnica, ou equivalente, 10% ao que foi chamado pelos respondentes de departamento de atenção hospitalar e 10% com a instância denominada pelos respondentes de gestão estratégica e qualidade (Gráfico 28).

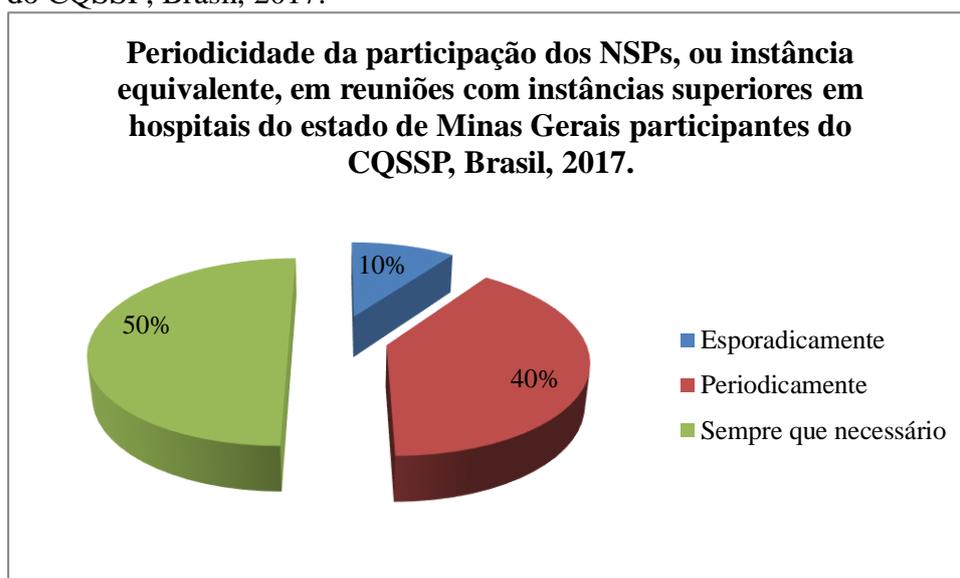
Gráfico 28 - Vinculação orgânica dos NSPs ou instâncias equivalentes, em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quanto à periodicidade da participação do NSP ou instância equivalente nas instâncias superiores no hospital, os resultados apontam que 50% participam de reuniões com instâncias superiores sempre que necessário, 40% participam periodicamente dessas reuniões e 10% participam esporadicamente (Gráfico 29).

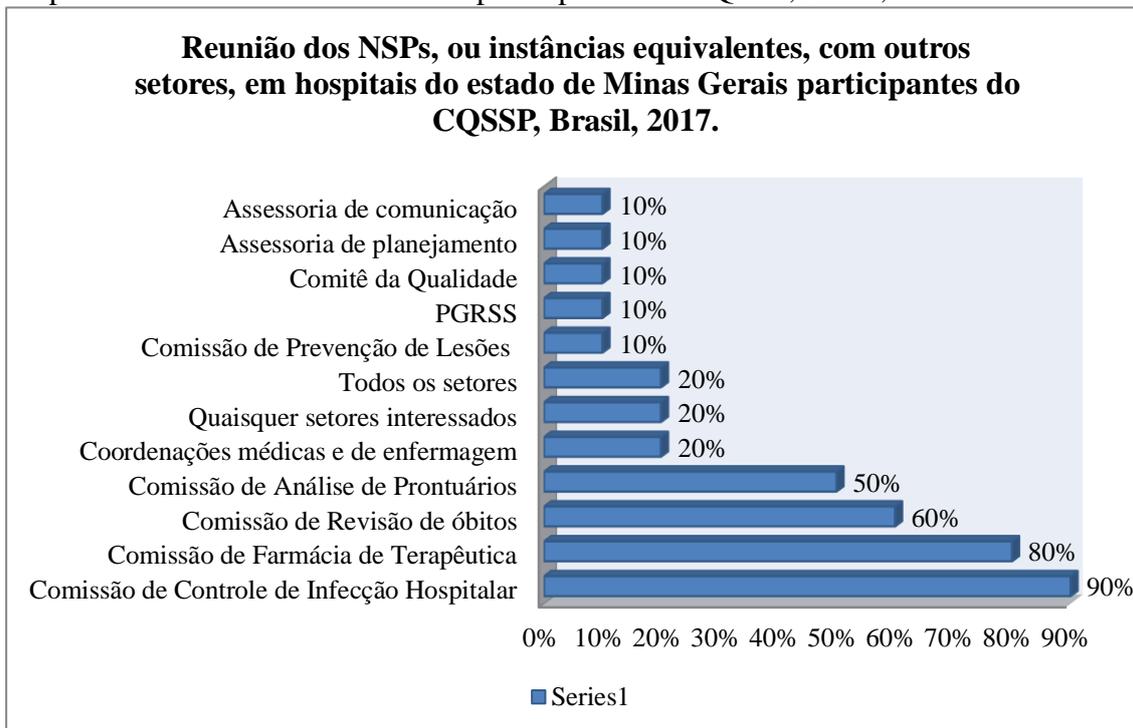
Gráfico 29 - Periodicidade da participação dos NSPs ou instância equivalente em reuniões com instâncias superiores em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

No caso da participação e interação dos NSPs ou instâncias equivalentes com outros setores do hospitais em reuniões para discutir, ou tomar decisões, constatou-se que 90% costumam realizar reuniões com a CCIH do hospital, 80% com a comissão de farmácia e terapêutica, 60% com a comissão de revisão de óbitos, 50% com com a comissão de análise de prontuários. O percentual que se reúne com todos os setores, com setores interessados, coordenações médicas e de enfermagem é de 20%. O percentual que se reúne com outros setores é de 10% (Gráfico 30).

Gráfico 30 - Reunião dos NSPs ou instâncias equivalentes com outros setores, em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.

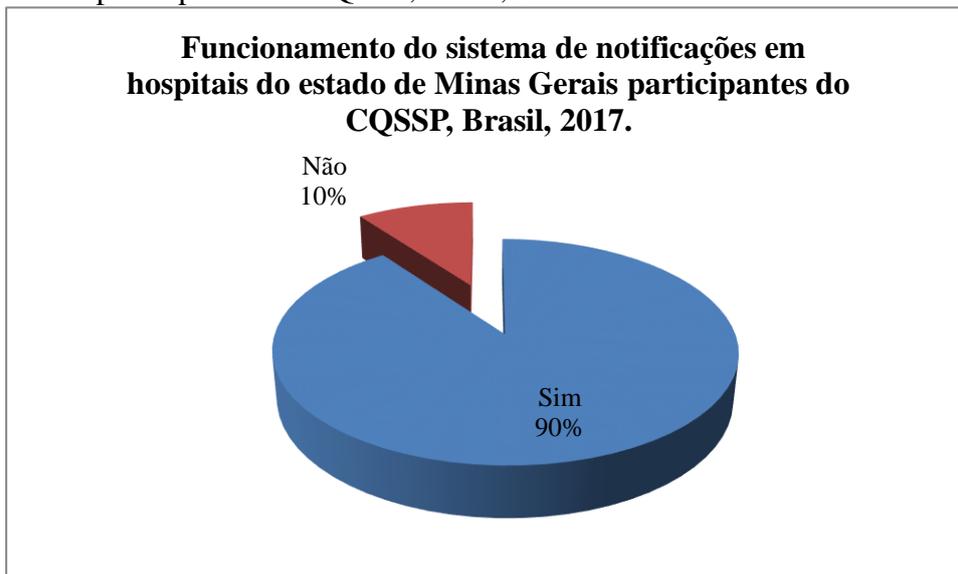


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.2. Sistema de notificações

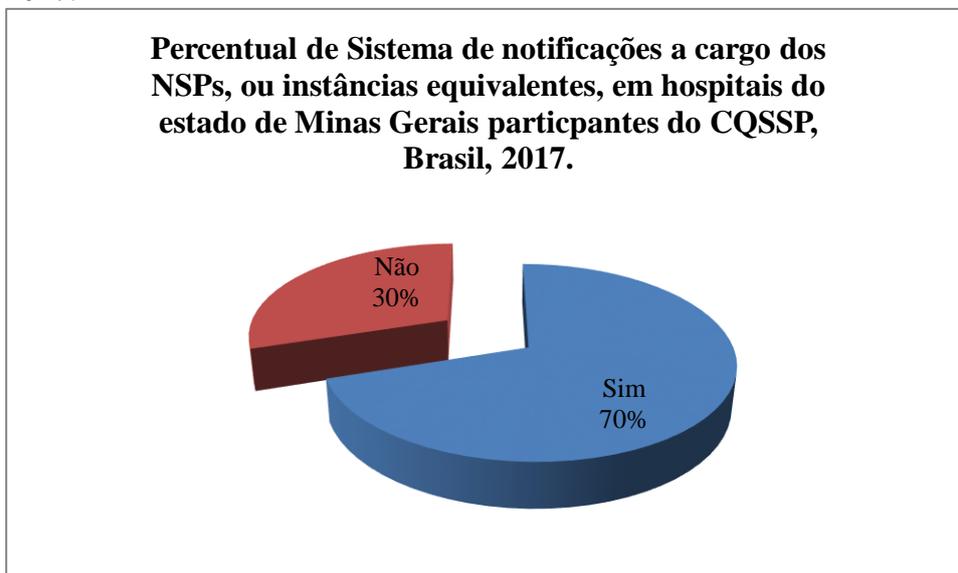
O sistema de notificações faz parte do rol de ações selecionados para avaliação. Assim, a pesquisa verificou se ele estava em funcionamento nos hospitais. Com isso, 90% das respostas foram afirmativas (Gráfico 31) enquanto 1(um) estabelecimento declarou que o sistema não está em funcionamento, o equivalente a 10% dos hospitais pesquisados. Verificou-se, também, a incumbência do sistema de notificações: 70% dos aluno/equipes responderam que o sistema de notificações do hospital está a cargo do NSP ou instância equivalente, enquanto 30% disseram que o sistema de notificações não está a cargo dessas instâncias (Gráfico 32).

Gráfico 31- Funcionamento do sistema de notificações em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Gráfico 32 - Percentual de Sistema de notificações a cargo dos NSPs ou instâncias equivalentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.

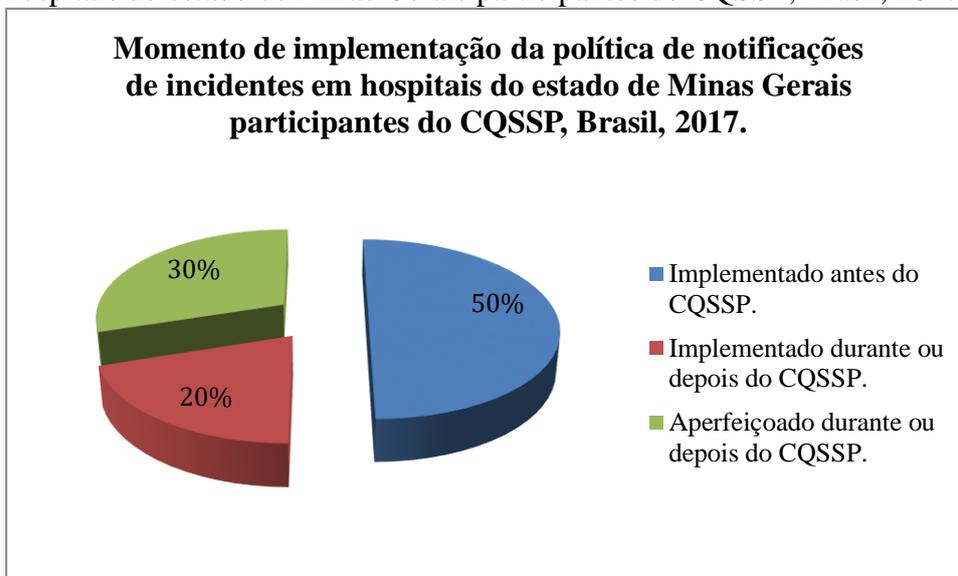


Fonte: elaborado pela pesquisadora

Foi ainda incluído como critério da avaliação o momento de implementação da política de notificações de incidentes, que apontou para os seguintes resultados: 50% dos hospitais tiveram suas políticas de notificações implementadas antes do CQSSP; 20% tiveram suas políticas de notificações implementadas durante ou depois da

realização do CQSSP e 30% tiveram suas políticas de notificações aperfeiçoadas durante ou depois da realização do CQSSP (Gráfico 33).

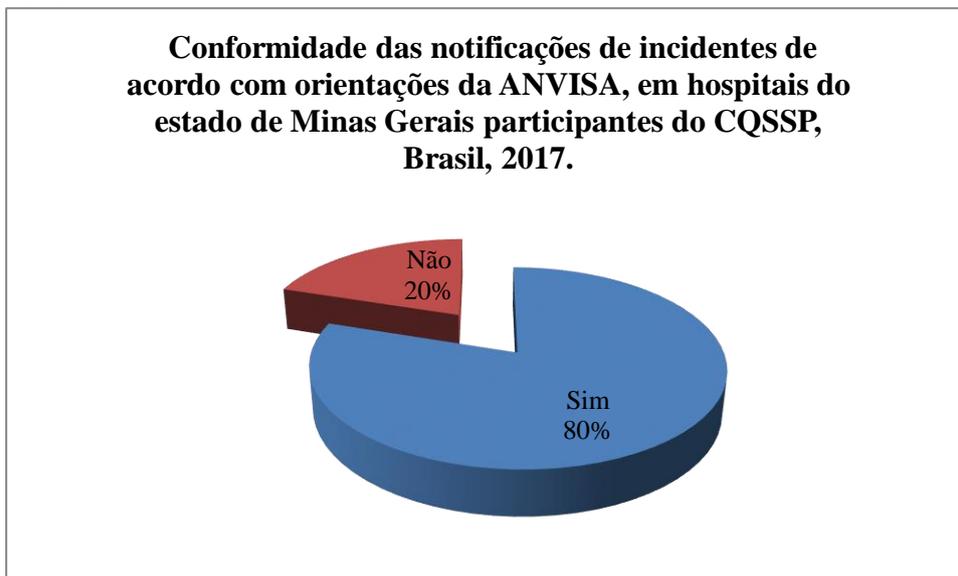
Gráfico 33 - Momento de implementação da política de notificações de incidentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Outro ponto da pesquisa consistiu na avaliação da conformidade das notificações conforme a orientação da ANVISA. De acordo com os dados levantados, 80% dos hospitais fazem suas notificações seguindo as orientações e 20% responderam não fazer as notificações de acordo com as orientações da ANVISA (Gráfico 34).

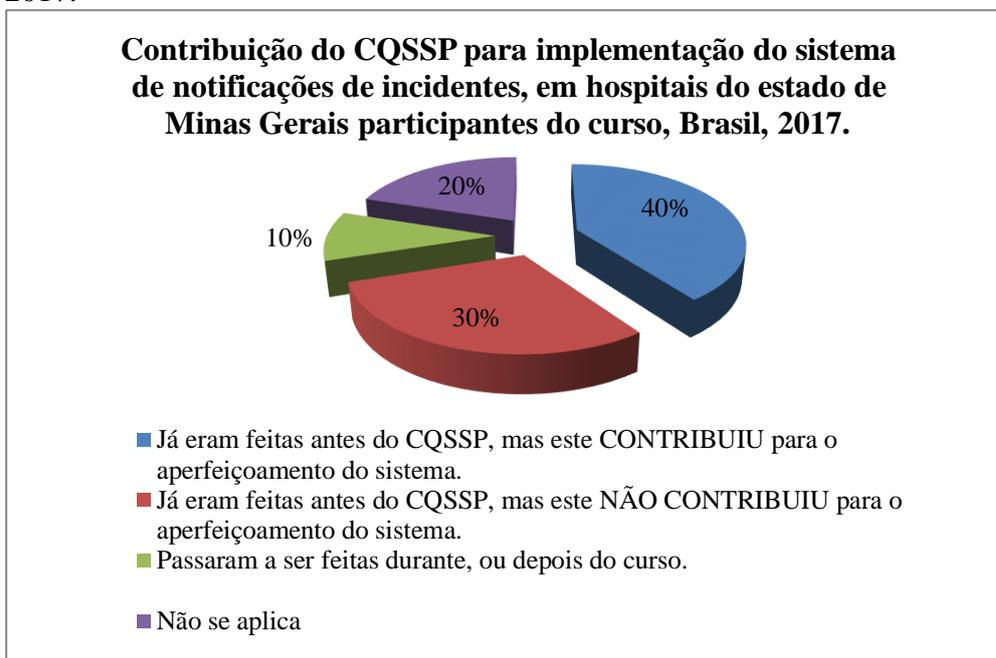
Gráfico 34 - Conformidade das notificações de incidentes de acordo com orientações da ANVISA, em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

No caso da contribuição do curso para a implementação do sistema de notificações de incidentes, a pesquisa encontrou que, em 40% dos hospitais, as notificações já eram feitas antes da realização do CQSSP, mas esse contribuiu para o aperfeiçoamento do sistema. Em 30% dos hospitais pesquisados, o sistema já estava implementado antes do CQSSP, porém esse não contribuiu para o seu aperfeiçoamento. 20% não se enquadraram em nenhuma das opções e 10% dos hospitais passaram a fazer as notificações durante ou depois do CQSSP (Gráfico 35).

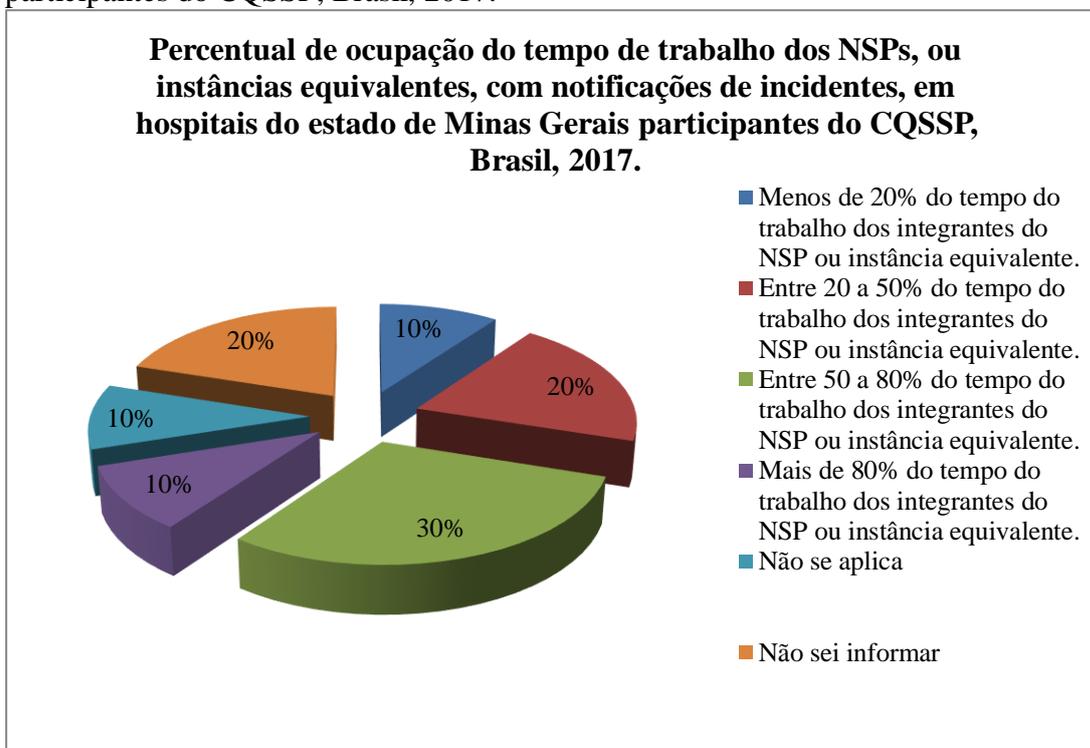
Gráfico 35 - Contribuição do CQSSP para implementação do sistema de notificações de incidentes em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do curso, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Segundo a pesquisa, o tempo destinado pelos NSPs ou instâncias equivalentes para a notificações de incidentes em 10% dos hospitais é menor que 20% do tempo de trabalho dessas instâncias (Gráfico 36). Em 20% dos hospitais, as notificações de incidentes ocupam de 20% a 50% do tempo de trabalho dos NSPs ou instâncias equivalentes. Em 30% dos hospitais ocupam entre 50% e 80% do tempo do trabalho dos integrantes dos NSPs ou instâncias equivalentes. Em 10% dos hospitais o tempo ocupado com o trabalho de notificações é de mais de 80%. 10% consideram que essa situação não se aplica e 20% não souberam informar a respeito.

Gráfico 36 - Percentual de ocupação do tempo de trabalho dos NSPs ou instâncias equivalentes, com notificações de incidentes, em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.

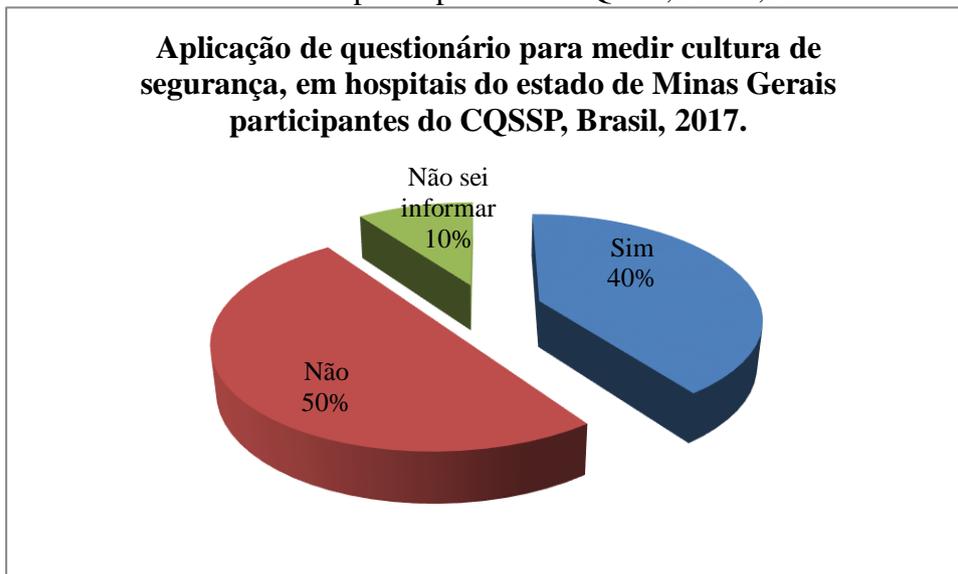


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.3. Cultura de Segurança

Os indicativos sobre a cultura de segurança nas organizações de saúde advém de sua mensuração por meio de questionários. Segundo a pesquisa, em 40% dos hospitais pesquisados foram aplicados questionários para medir a cultura de segurança (Gráfico 37). Entretanto, em 50% dos hospitais esse tipo de questionário não foi aplicado e 10% não souberam informar a respeito.

Gráfico 37 - Aplicação de questionário para medir a cultura de segurança em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.4. Implementação dos Protocolos de Segurança do Paciente

No rol das ações incluídas no escopo da avaliação estão aquelas referentes à implementação dos protocolos de segurança do paciente. Os protocolos incluídos foram os de identificação do paciente, higienização das mãos, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, úlcera por pressão, prevenção de quedas e cirurgia segura. Nesse sentido, a pesquisa procurou dimensionar o grau de implementação dos protocolos nos hospitais de origem dos alunos/equipes, classificando-os conforme as categorias abaixo:

- a) **Não planejado:** indica que nunca existiu qualquer ação descrita em documentos voltada para implementação do protocolo.
- b) **Planejado e não implementado:** indica que existe uma política descrita em documentos, mas não existe nenhuma ação no estabelecimento voltada para implementação do protocolo.
- c) **Parcialmente implementado:** indica que o estabelecimento possui uma ou mais ações (mas não todas necessárias) voltadas para implementação do protocolo.

d) Implementado e não monitorado: indica que existem ações voltadas para implementação do protocolo, mas não existem indicadores para monitorar a implementação do protocolo.

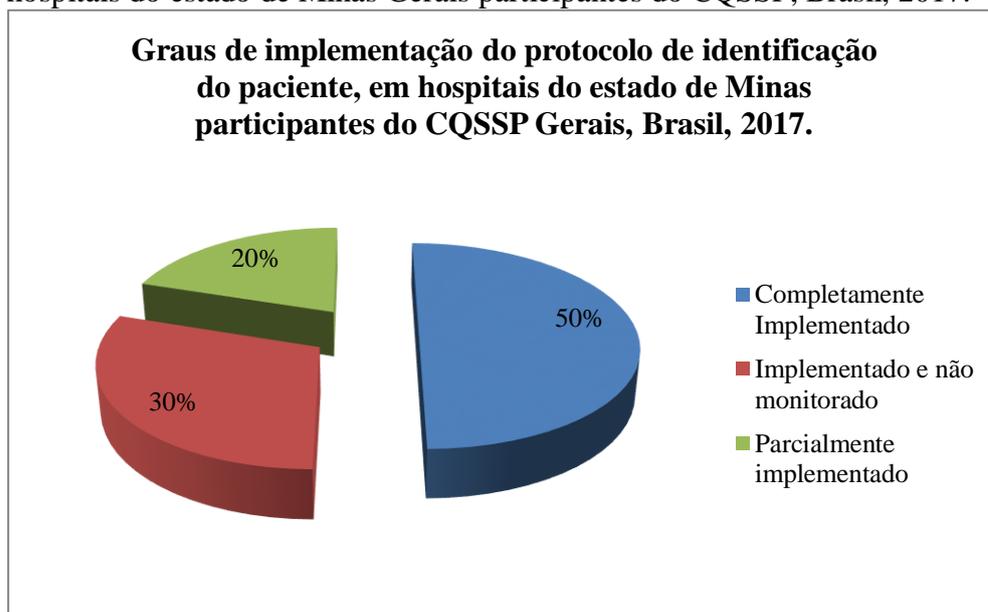
e) Completamente implementado: indica que as ações foram implementadas e os resultados monitorados com o uso de indicadores.

É importante ressaltar que para cada protocolo de segurança do paciente foi solicitado, aos participantes, a descrição de 3 indicadores de monitoramento dos protocolos. Seguindo cada resultado, são apresentadas as opiniões dos alunos/equipes a respeito da contribuição do CQSSP para implementação do protocolo nos hospitais.

6.3.5.4.1. Implementação do protocolo de identificação do paciente

Na avaliação do grau de implementação do protocolo de identificação do paciente, constatou-se que em 50% dos hospitais pesquisados, esse, encontra-se completamente implementado, em 30% dos hospitais esse protocolo encontra-se implementado e não monitorado, e em 20% esse protocolo encontra-se parcialmente implementado (Gráfico 38, e Quadro 10).

Gráfico 38–Graus de implementação do protocolo de identificação do paciente, em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quadro 8-Graus de implementação do protocolo de identificação do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H1	Completamente Implementado	Sim	Não se informar	*SR	SR	SR	SR	SR	SR
H2	Completamente Implementado	Sim	Dois	Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.	Número de notificações no VIGHOSP (sistema eletrônico de gestão de notificações de eventos adversos e quase falhas disponibilizados pela Sede Ebserh) realizadas pelos profissionais.	Não estipulada meta devido à notificação ser voluntária	Mensal	outubro/2017	14 notificações
				Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na instituição de saúde.	Verificação do uso da pulseira e o cumprimento dos identificadores adotados pela instituição.	100%	Mensal	Outubro/2017	98% na instituição
H3	Implementado e não monitorado	Não	Não sei informar	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Quadro 8–Graus de implementação do protocolo de identificação do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H5	Completamente Implementado	Sim	Dois	Indicadores de resultados	Número de eventos adversos advindos de falhas na identificação do cliente / MÊS	Ausência de eventos adversos advindos na falha na identificação do cliente	Mensal	SR	SR
				Auditoria	Observação da abordagem do profissional quanto ao uso da tripla identificação do cliente. Pesquisa de satisfação do cliente quanto as orientações recebidas da equipe quanto a importância e finalidade do uso das pulseiras.	100% de pacientes identificados de forma correta	Mensal	SR	SR
H6	Parcialmente implementado	Não	Não sei informar	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Quadro 8– Graus Implementação do protocolo de identificação do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais, participantes do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

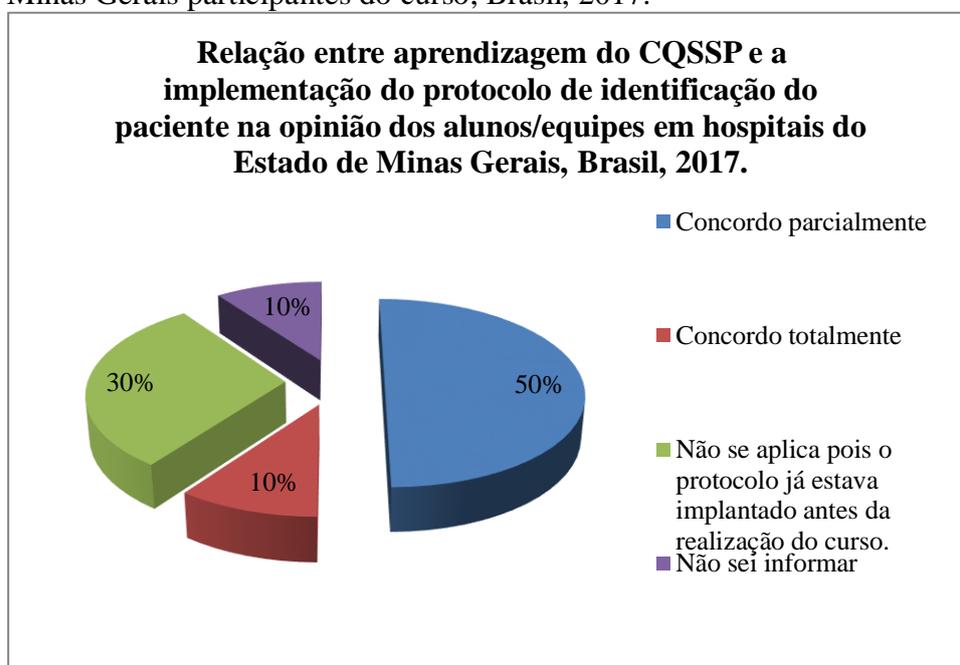
Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H7	Completamente Implementado	Sim	Dois	Nº notificação de EA por falha identificação / número absoluto	SR	SR	Mensal	Outubro/2017	SR
				% utilização de pulseiras de identificação	SR	SR	Mensal	Outubro/2017	SR
H8	Completamente Implementado	Sim	Dois	Proporção de pacientes identificados com pulseira padronizada	Se todos os pacientes internados estão identificados com pulseira branca padronizada	100% dos pacientes identificados	Mensal	100%	100%
				Número de evento adversos relacionados à identificação	Falhas relacionadas à identificação do paciente	Zero (0) evento	Mensal	0	0
H9	Implementado e não monitorado	Não	Não sei informar	**NA	NA	NA	NA	NA	NA
H11	Implementado e não monitorado	Não	Não sei informar	NA	NA	NA	NA	NA	NA
H12	Parcialmente implementado	Não	Não sei informar	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fonte: elaborado pela pesquisadora

*SR: sem resposta; **NA: não se aplica

Quanto à contribuição do CQSSP para implementação do protocolo de identificação do paciente, 50% declararam que concordaram parcialmente que existiu relação entre a implementação do protocolo e a aprendizagem do curso. Além disso, 10% concordaram totalmente com a existência da relação. Em 30% dos hospitais isso não se aplicava, pois o protocolo já estava implantado antes da realização do curso e 10% não souberam informar (Gráfico 39).

Gráfico 39 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de identificação do paciente na opinião dos alunos/equipes em hospitais do Estado de Minas Gerais participantes do curso, Brasil, 2017.

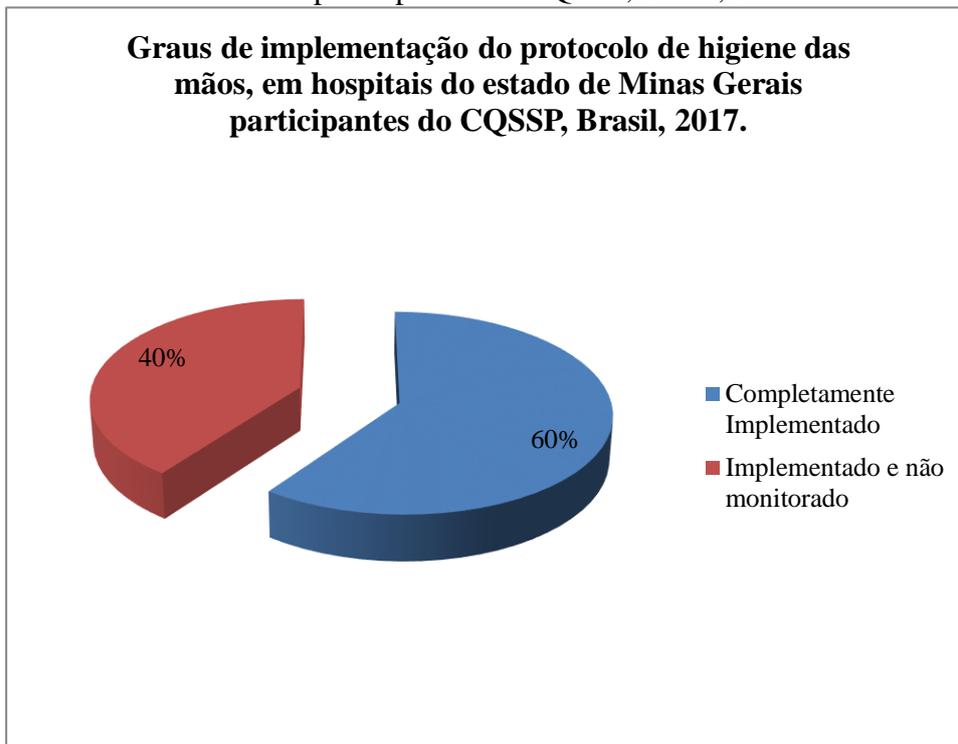


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.4.2. Implementação do protocolo de higiene das mãos

Quanto à implementação do protocolo de higiene das mãos, observou-se que em 60% dos hospitais pesquisados este encontra-se completamente implementado e em 40% o protocolo encontra-se implementado e não monitorado (Gráfico 40). No Quadro 11 encontra-se a descrição completa das informações referentes a situação da implementação do protocolo de higiene das mãos.

Gráfico 40—Graus de implementação do protocolo de higiene das mãos em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quadro 9 - Graus de implementação do protocolo de higiene das mãos em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H1	Completamente Implementado	Não	Não sei informar	SR*	SR	SR	SR	SR	SR
H2	Completamente Implementado	Sim	Dois	Consumo e preparação alcoólica para as mãos - CTI Adulto / Unidade Coronariana; CTI Pediátrico; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e CTI do Pronto Socorro	Monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia. Volume (em litros) de preparação para as mãos / nº de pacientes-dia	20 litros.	Mensal	outubro/2017	22 litros. Obs. Este resultado se refere ao consumo do CTI Adulto, como exemplo (o indicador é mensurado em cada unidade intensiva separadamente)
				Consumo de sabonete - CTI Adulto / Unidade Coronariana; CTI Pediátrico; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e CTI do Pronto Socorro	Volume (em litros) de sabonete líquido associado ou não a antissépticos usados respectivamente para higienização das mãos e higienização simples das mãos/ nº de pacientes-dia.	20 litros	Mensal	outubro/2017	92 litros na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, como exemplo (o indicador é mensurado em cada unidade intensiva separadamente)
H3	Completamente Implementado	Sim	Não sei informar	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H5	Completamente Implementado	Sim	Não sei informar	SR	SR	SR	SR	SR	SR

Quadro 9–Graus de implementação do protocolo de higiene das mãos em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

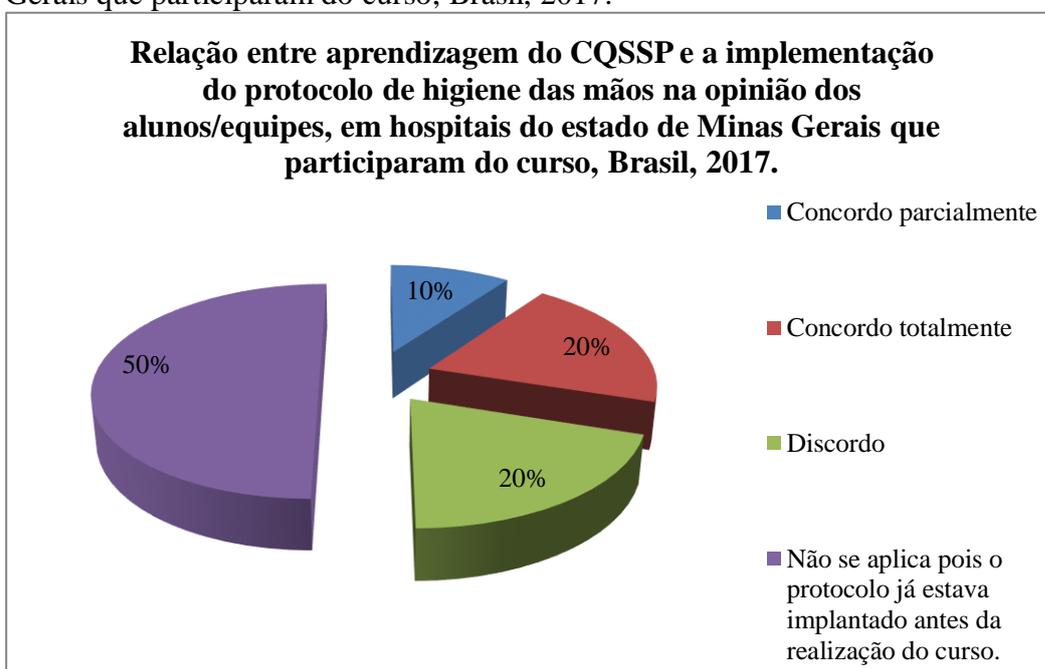
Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H6	Implementado e não monitorado	Não	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H7	Completamente Implementado	Sim	Três	consumo preparação alcoólica para as mãos / ml de álcool gel por paciente dia	SR	SR	Mensal	Outubro/ 2017	SR
				consumo de sabonete para mãos / ml de sabonete por paciente dia	SR	SR	Mensal	Outubro/ 2017	SR
				% adesão ao protocolo	SR	SR	Semestral	Maio/ 2017	SR
H8	Completamente Implementado	Sim	Dois	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H9	Implementado e não monitorado	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H11	Implementado e não monitorado	Não	Não sei informar	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H12	Implementado e não monitorado	Sim	Um	consumo de álcool em ml/1000 pacientes	Utilização de álcool para antissepsia de mãos	acima de 30ml/paciente	Mensal	Setembro/2017	-----

Fonte: elaborado pela pesquisadora

*SR: Sem resposta ao questionário; **NA: Não se aplica

Sobre a relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de higiene das mãos, 20% dos alunos/equipes concordaram totalmente que existiu relação entre a aprendizagem do CQSSP e a implementação desse protocolo. Ademais, 10% concordaram parcialmente e 20% discordam dessa relação. Para um percentual de 50%, essa relação não se aplica, pois o protocolo já estava implementado antes da realização do curso (Gráfico 41).

Gráfico 41 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de higiene das mãos na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.

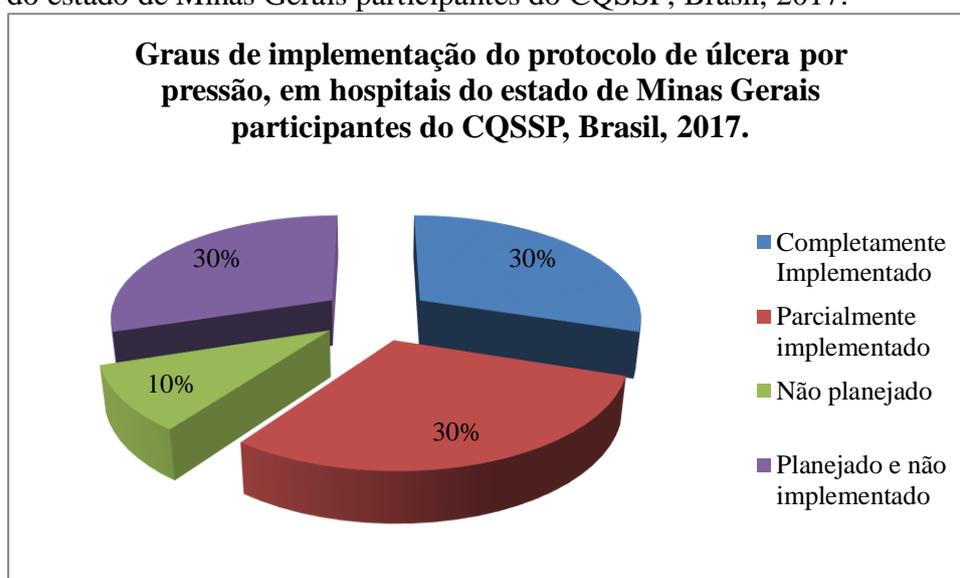


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.4.3. Protocolo de prevenção de úlcera por pressão

Sobre a avaliação do protocolo de úlcera por pressão, 30% dos entrevistados declararam que esse protocolo encontrava-se completamente implementado em seus hospitais. 30% consideraram que esse protocolo encontrava-se parcialmente implementado. De modo semelhante, em 30% estava planejado e não implementado e em 10% encontrava-se não planejado (Gráfico 42). O Quadro 12 detalha o grau de implementação do protocolo de úlcera por pressão em cada um dos hospitais participantes da pesquisa, de acordo com as informações prestadas pelos alunos/equipes respondentes.

Gráfico 42–Graus de implementação do protocolo de úlcera por pressão, em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quadro 10–Graus de implementação do protocolo de úlcera por pressão em hospitais do estado de Minas Gerais participantes do CQSSP, Brasil, 2017

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H1	Não planejado	Não	Não sei informar	*SR	SR	SR	SR	SR	SR
H2	Completamente Implementado	Sim	Três	Incidência de UP na instituição	Monitora a Incidência de UP (Número de casos novos de pacientes com UPP notificados x 100/Número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP (pacientes internados))	0	Mensal	Setembro/2017	1,08%
				Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP	Número de pacientes recebendo avaliação diária para risco de úlcera por pressão (UPP)x100/Número de pacientes internados	90%	trimestral	Julho/Agosto/Setembro/2017	100%
				Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para a UPP na admissão	Número de pacientes submetidos à avaliação de risco para úlcera de pressão (UPP) na admissão usando escala de Braden x 100/ Número de pacientes internados na Unidade	90%	trimestral	Julho/Agosto/Setembro/2017	100%
H3	Planejado e não implementado	Sim	Não sei informar	SR	SR	SR	SR	SR	SR

Quadro 10–Graus de implementação do protocolo de úlcera por pressão em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

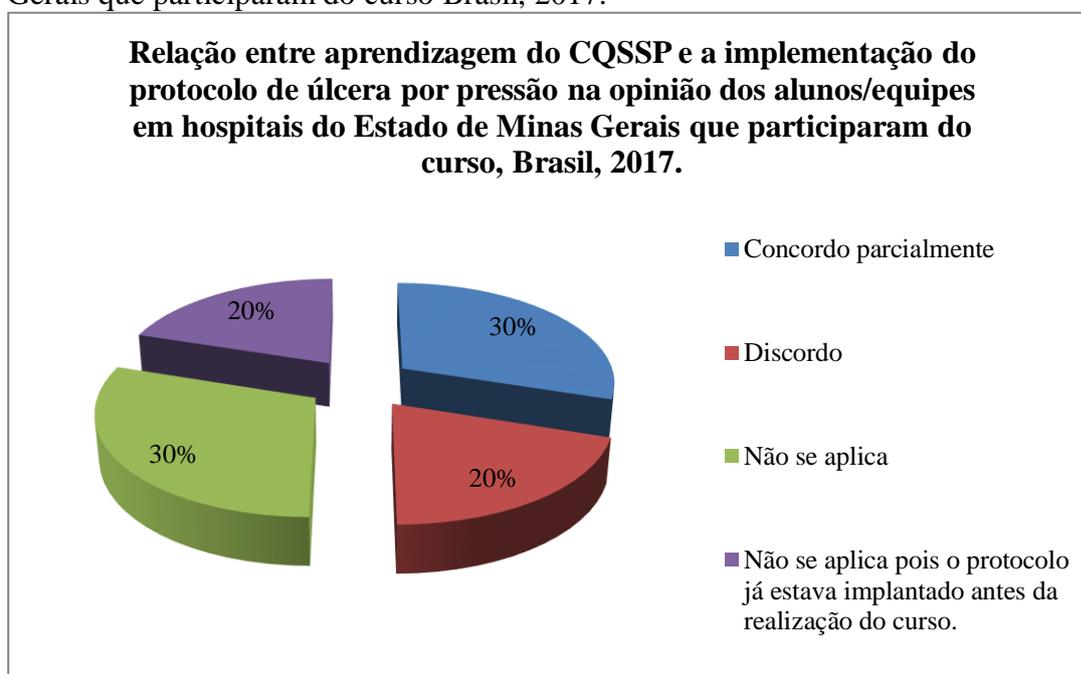
Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H5	Completamente Implementado	Sim	Não sei informar	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H6	Parcialmente implementado	Sim	Um	Incidência de Lesão por Pressão	Realizar a mensuração da incidência de lesão por pressão em cada unidade de internação do hospital	Varia conforme o setor. Ex: UTI ADULTO Clínica até 15%. UTI ADULTO PO até 5%. UTI Pediátrica até 5%	Mensal	Agosto/2017	UTI Clínica 11%. UTI PO 1,2%. UTI Pediátrica 0%
H7	Parcialmente implementado	Não	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H8	Completamente Implementado	Sim	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H9	Planejado e não implementado	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H11	Planejado e não implementado	Não	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H12	Parcialmente implementado	Não	Não sei informar	NA	**NA	NA	NA	NA	NA

Fonte: elaborado pela pesquisadora

*SR: Sem resposta. ** NA: não se aplica

Quanto à relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de úlcera por pressão, 30% dos respondentes declararam que concordavam parcialmente com a existência dessa relação, 20% discordaram da relação entre a aprendizagem e a implementação, 30% consideraram que tal relação não se aplica e 20% consideram que a relação não se aplica, porque o protocolo já estava implementado antes da realização do CQSSP (Gráfico 43).

Gráfico 43 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de úlcera por pressão na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso Brasil, 2017.

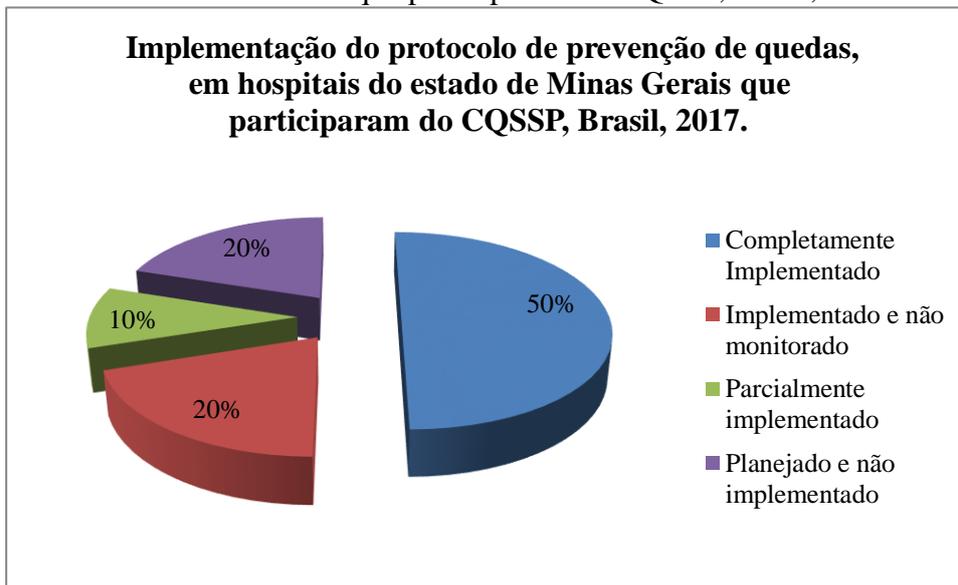


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.4.4. Prevenção de quedas

O protocolo de prevenção de quedas foi considerado em 50% dos hospitais como protocolo completamente implementado, em 20% encontrava-se implementando e não monitorado, em 10% esse protocolo encontrava-se, no momento da pesquisa, parcialmente implementado, e em 20% encontrava-se planejado e não implementado (Gráfico 44). O Quadro 13 detalha o grau de implementação do protocolo de prevenção de quedas nos hospitais pesquisados.

Gráfico 44—Graus de implementação do protocolo de prevenção de quedas em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quadro 11–Graus de implementação do protocolo de prevenção de quedas em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H1	Completamente Implementado	Sim	Mais de três	SR*	SR	SR	SR	SR	SR
H2	Completamente Implementado	Sim	Dois	Proporção de pacientes com avaliação e risco de queda realizada na admissão	Número de pacientes submetidos à avaliação de risco para quedas na admissão usando a escala de Morse ou outras escalas x 100/Número de pacientes internados no HC	90%	trimestral	Julho/Agosto/Setembro/2017	100%
				Índice de quedas com dano para os pacientes	Número de quedas que resultaram em dano ao paciente x 100/Número total de quedas no HC	0	Mensal	Outubro/2017	00: resultado extraído do CTI Adulto, como exemplo (o indicador é avaliado separadamente em cada unidade)
H3	Implementado e não monitorado	Sim	Não sei informar	SR	SR	SR	SR	SR	SR

Quadro 11–Graus de implementação do protocolo de prevenção de quedas em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP Brasil, 2017. (Continuação)

Cód. Hospitais	Situação do Protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do Indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H5	Completamente Implementado	Sim	Não sei informar	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H6	Completamente Implementado	Sim	Um	Índice de Queda	Mensuração da incidência de queda em cada unidade do hospital.	Varia. Até 3% para Psiquiatria; Até 2% para unidades de internação e tratamentos intensivos.	Mensal	Agosto/ 2017	0% nas UTIs.
H7	Parcialmente implementado	Sim	Três	Nº notificações de quedas com dano / número absoluto	SR	SR	Mensal	Outubro/ 2017	SR
				Nº notificações de quedas sem dano / número absoluto	SR	SR	Mensal	Outubro/ 2017	SR
				índice de quedas / número de quedas notificadas por paciente dia x 1000	SR	SR	Mensal	Outubro/ 2017	SR

Quadro 11–Graus de implementação do protocolo de prevenção de quedas em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

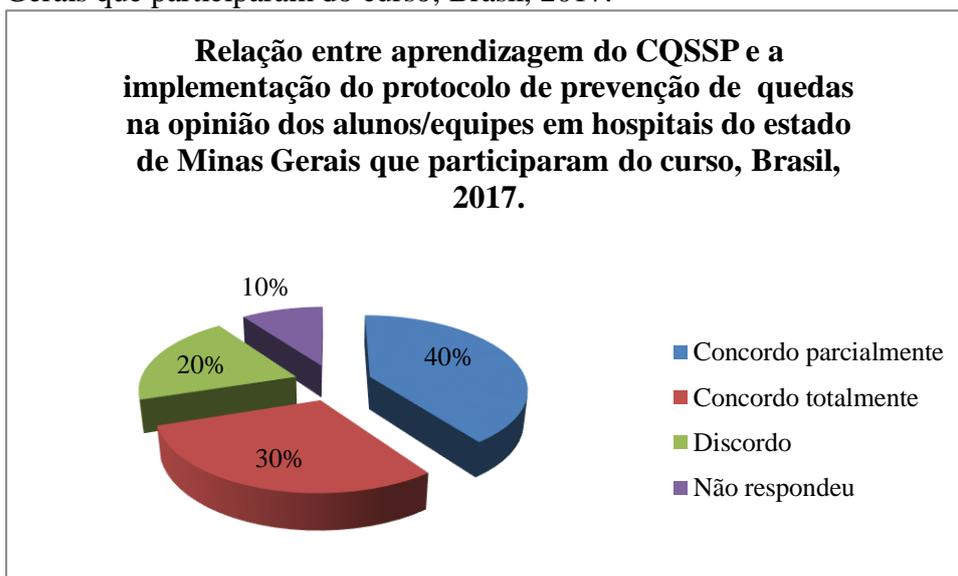
Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H8	Completamente Implementado	Sim	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H9	Planejado e não implementado	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H11	Planejado e não implementado	Não	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H12	Implementado e não monitorado	Sim	Um	Índice de quedas	% de quedas no hospital	série histórica com tendência negativa	Mensal	Junho/ 2017	SR
				**NA	NA	NA	NA	NA	NA
				NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fonte: elaborado pela pesquisadora

*SR: sem resposta no questionário; **NA: não se aplica

No caso da relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de prevenção de quedas, 20% dos alunos/equipes concordaram totalmente que existiu essa relação, 40% concordaram parcialmente, 20% discordaram da existência da relação e 10% não responderam a referente questão (Gráfico 45).

Gráfico 45 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de prevenção de quedas na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.

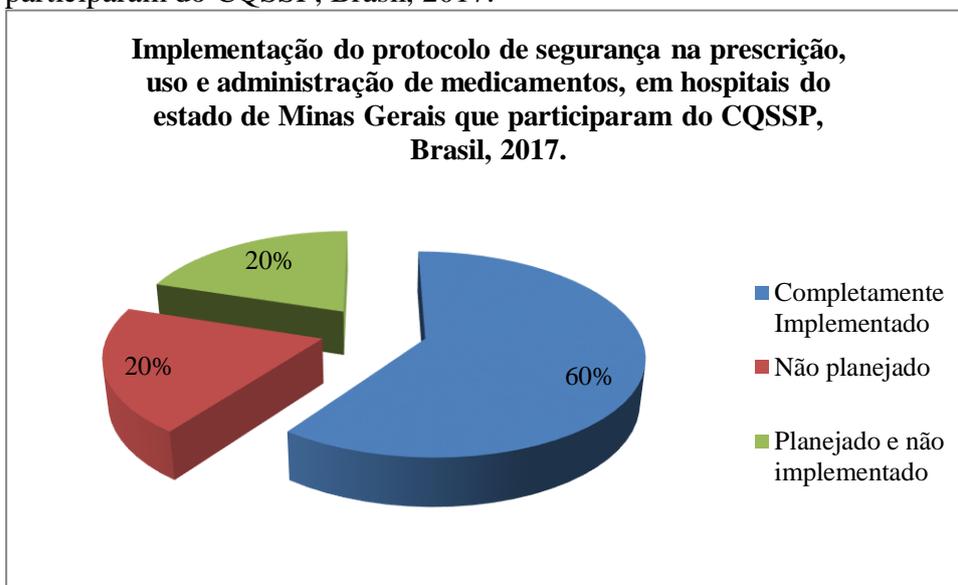


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.4.5. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos:

No protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, os resultados da pesquisa demonstraram que, em 60% dos hospitais pesquisados, esse protocolo encontrava-se completamente implementado, em 20% encontrava-se planejado e não implementado e em 20% esse protocolo não estava planejado (Gráfico 46). O Quadro 14 detalha o status do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos nos hospitais pesquisados.

Gráfico 46–Graus de implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quadro 12–Graus de implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H1	Completamente Implementado	Sim	mais de três	*SR	SR	SR	Mensal	SR	SR
H2	Completamente Implementado	Sim	mais de três	Indicador 1: Percentual de investigação de notificações de incidentes relacionados a medicamentos	Relação percentual entre o número de notificações relacionadas a medicamentos investigadas e o número total de notificações relacionadas a medicamentos recebidas pelo Sistema Vigihosp. Para o cálculo do indicador são consideradas as notificações que se encontram em processo de investigação e aquelas que já foram concluídas no sistema Vigihosp.	100%	Mensal	Outubro/2017	100%

Quadro 12–Graus de implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H2	Completamente Implementado	Sim	mais de três	Indicador 2: Percentual de unidades de internações auditadas em relação a Meta 3 (Segurança de Medicamentos de Alta Vigilância)	Relação percentual entre o número de Unidades de Internação auditadas pela Farmácia Clínica e o número total de Unidades de Internação do HC-UFMG que armazenam MAV. Para o cálculo do indicador são consideradas como Unidades de Internação os setores: 2°L, 2°S, 3°N, 3°L, 3°S, Maternidade, Pré-parto, Neonatologia (Médio e Alto risco), 6°N, 6°L, 7°N, 7°L, 8°L, 8°S, 9°L, 10°N, 10°S, PS-Sala de Emergência, OS UDC, PS-Observação Pediátrica e PS-Corredor.	100%	Bimestral	Outubro/2017	100%

Quadro 12 –Graus de implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H2	Completamente Implementado	Sim	mais de três	Indicador 3: Percentual de prescrições médicas com erros	Relação percentual entre o número de prescrições médicas revisadas que possuem erros e o número total de prescrições médicas revisadas. A revisão da prescrição é realizada diariamente, conforme critérios de análise estabelecidos pelo serviço, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada ao paciente e promover o uso racional de medicamentos.	4%	Mensal	Outubro/2017	2,30%
H3	Não planejado	Não	Não sei informar						

Quadro 12–Graus de implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

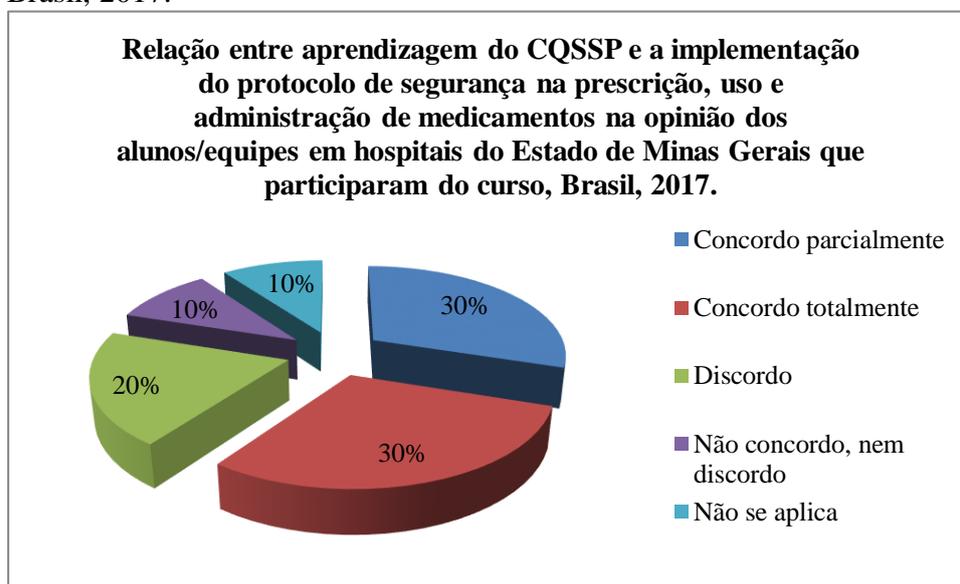
Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H5	Completamente Implementado	Sim	Não sei informar	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H6	Completamente Implementado	Sim	Não sei informar	São monitoramos pela farmácia por amostragem.	SR	SR	SR	SR	SR
H7	Completamente Implementado	Sim	Três	taxa de erro de prescrição	SR	SR	Mensal	Outubro 2017	
				taxa de erro de dispensação	SR	SR	Mensal	Outubro 2017	
				taxa de erros na administração (%)	SR	SR	Mensal	Outubro 2017	
H8	Completamente Implementado	Sim	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
H9	Planejado e não implementado	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H11	Não planejado	Não							
H12	Planejado e não implementado	Não	Não sei informar	**NA	NA	NA	NA	NA	NA
				NA	NA	NA	NA	NA	NA
				NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fonte: elaborado pela pesquisadora

*SR:sem resposta; **NA: não se aplica

Sobre a existência da relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, do total de respondentes, 30% declararam concordar totalmente com a existência dessa relação, 30% declararam concordar parcialmente, 20% dos alunos/equipes discordaram, 10% nem concordaram, nem discordaram e 10% consideraram que tal relação não é aplicada à situação (Gráfico 47).

Gráfico 47 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de Medicamentos na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.

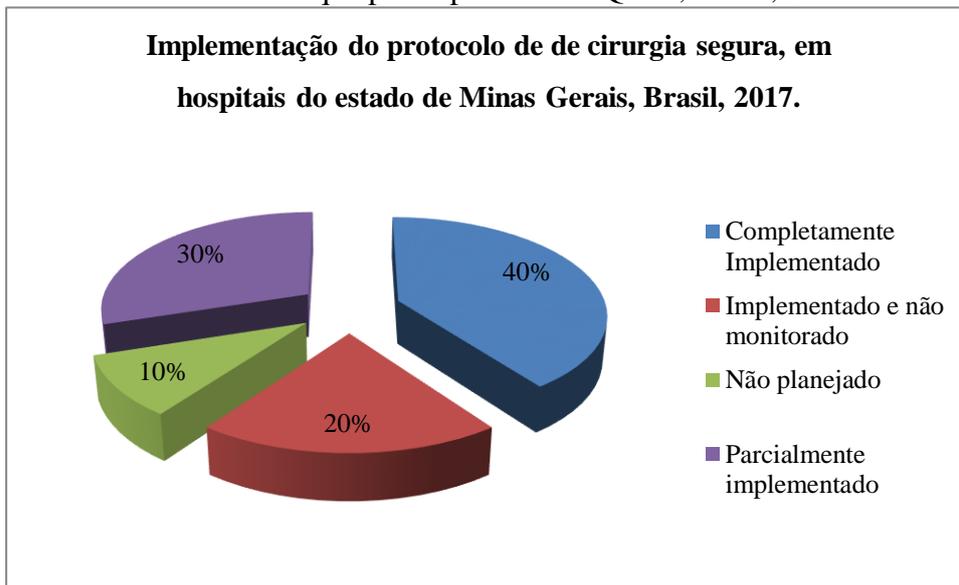


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.4.6. Protocolo de cirurgia segura

Para a implementação do protocolo de cirurgia segura, as informações obtidas indicaram que, em 50% dos hospitais pesquisados, esse protocolo encontrava-se completamente implementado, em 20% encontrava-se implementado e não monitorado, em 30% encontrava-se parcialmente implementado e em 10% encontrava-se não planejado (Gráfico 48). O quadro 15 apresenta o status detalhado da implementação do protocolo de cirurgia segura, em cada um dos hospitais pesquisados.

Gráfico 48—Graus de implementação do protocolo de cirurgia segura em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Quadro 13–Graus de implementação do protocolo de cirurgia segura em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H1	Implementado e não monitorado	Não sei informar	Não sei informar	*SR	SR	SR	SR	SR	SR
H2	Completamente Implementado	Sim	Três	Índice de CHECKLIST aplicados em cirurgias no Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas	Mede o percentual de aplicação de CHECKLIST nas cirurgias	100%	Mensal	Outubro/2017	99,68%
				Percentual de conformidade de preenchimento do CHECKLIST de cirurgias seguras	Quantifica o total de impressos do Checklist de Cirurgia Segura preenchidos adequadamente e recebidos no setor administrativo da Unidade Cirúrgico-anestésica.	90%	Mensal	Outubro/2017	59,37%
				Taxa de Infecção de Sítio cirúrgico em cirurgias limpas	Monitoramento da taxa de Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	5%	Mensal	Outubro/2017	0

Quadro 13–Graus de implementação do protocolo de cirurgia segura em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do Indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H3	Parcialmente implementado	Não sei informar	Não sei informar	*SR	SR	SR	SR	SR	SR
H5	Parcialmente implementado	Sim	Não sei informar	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H6	Completamente Implementado	Sim	Mais de três	Taxa de Adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura	A adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura	Acima de 98%	Mensal	Agosto 2017	99%
				Número de Cirurgias em Local Errado	Número de Cirurgias em Local Errado	0%.	Mensal	SR	0%
				Nº notificações de cirurgia paciente errado	SR	SR	Mensal	Outubro/ 2017	SR
H7	Completamente Implementado	Sim	Mais de três	taxa adesão ao checklist	SR	SR	Mensal	Outubro/ 2017	SR
				% Antibiótico: profilaxia no momento adequado	SR	SR	Mensal	Outubro/ 2017	SR

Quadro 13—Graus de implementação do protocolo de cirurgia segura em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017. (Continuação)

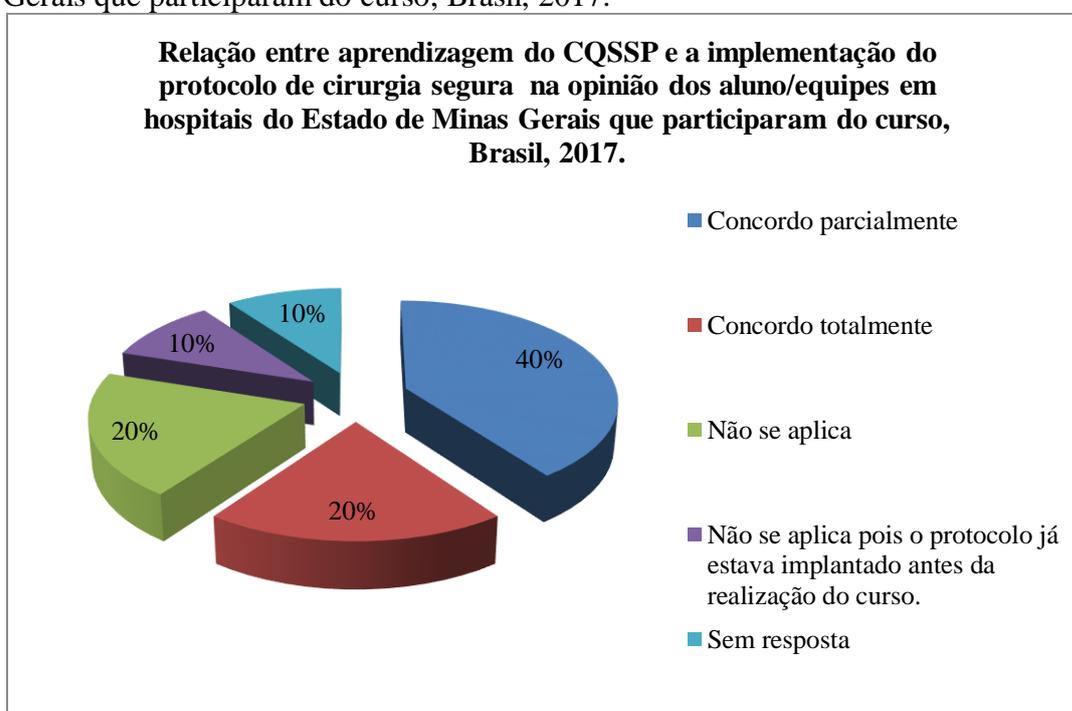
Cód. Hospitais	Situação do protocolo	Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo?	Quantidade de indicadores	Nome do Indicador	O que mede	Meta para o indicador	Periodicidade	Último mês do indicador	Último resultado do indicador
H8	Completamente Implementado	Sim	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H9	Não planejado	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
H11	Parcialmente implementado	Não	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
fH12	Implementado e não monitorado	Sim	Três	% Aplicação check list/time out	Aplicação do <i>checklist</i> da cirurgia segura em todas as cirurgias	100% (exceto para as cirurgias de emergência-onda vermelha)	Mensal	Setembro	Ainda não apurado
				Antibiótico profilaxia	Administração de antibiótico profilático 60 min. antes do início do procedimento	100% de adesão	Mensal	Setembro	Ainda não apurado
				Lateralidade correta	Número de procedimentos realizados do lado correto	100% de procedimentos realizados do lado correto	Mensal	Setembro	100% de procedimentos do lado correto

Fonte: elaborado pela pesquisadora

*SR: sem respostas

Na relação entre a aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de cirurgia segura, os dados levantados demonstraram que 20% dos entrevistados concordaram totalmente com a existência dessa relação, 40% concordaram parcialmente, 20% consideraram que essa situação não se aplicava à sua realidade, em 10% dos casos não se aplicava, porque o protocolo de cirurgia segura já encontrava-se implementado quando o curso foi realizado. No mais, 10% não responderam a questão (Gráfico 49).

Gráfico 49 - Relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de cirurgia segura na opinião dos alunos/equipes em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.



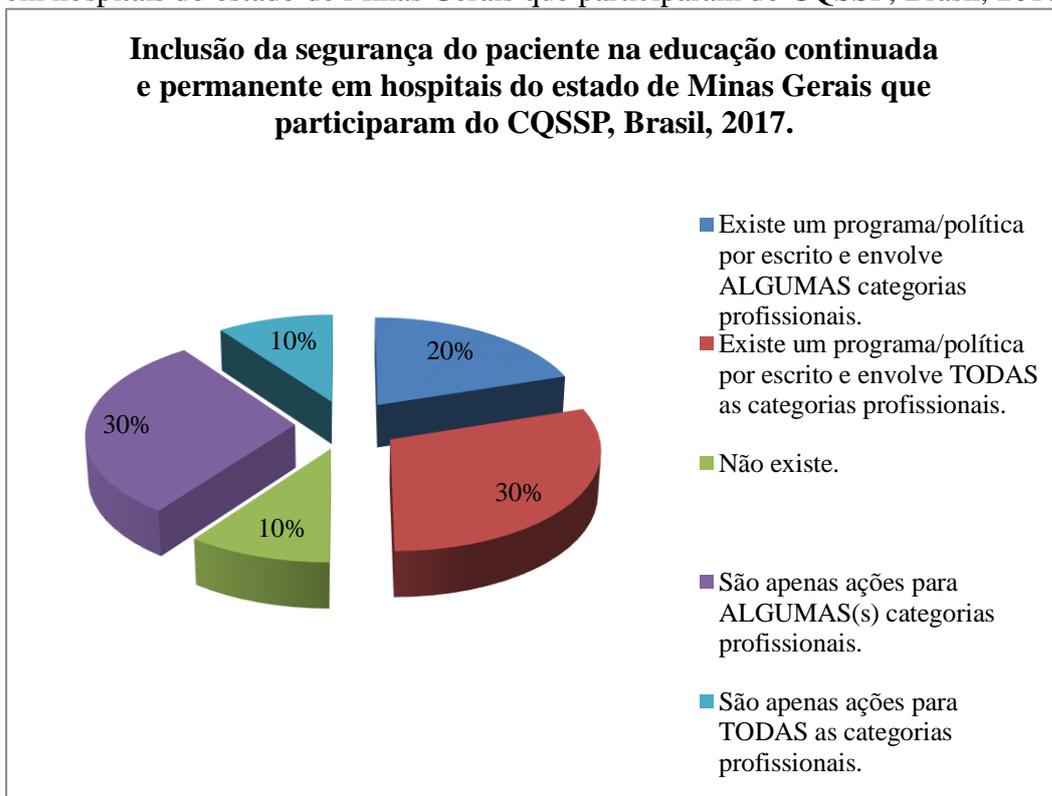
Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.5. Educação continuada e permanente

Uma das categorias da avaliação incluiu as ações de educação continuada e permanente, fundamentais para melhorar a qualidade do cuidado e fortalecer a segurança do paciente nos hospitais (Gráfico 50). Assim, de acordo com a pesquisa, em 20% dos hospitais pesquisados existe um programa/política por escrito que envolve apenas algumas categorias profissionais. Em 30% desses hospitais, existe um programa/política institucional escrito voltado para a educação continuada e permanente

que envolve todas as categorias profissionais. Em 30% existem algumas ações que se voltam para algumas categorias profissionais. Em 10% existem ações que se voltam para todas as categorias profissionais. No mais, em 10% dos hospitais pesquisados não existe educação continuada/permanente que inclua a segurança do paciente (Gráfico 50).

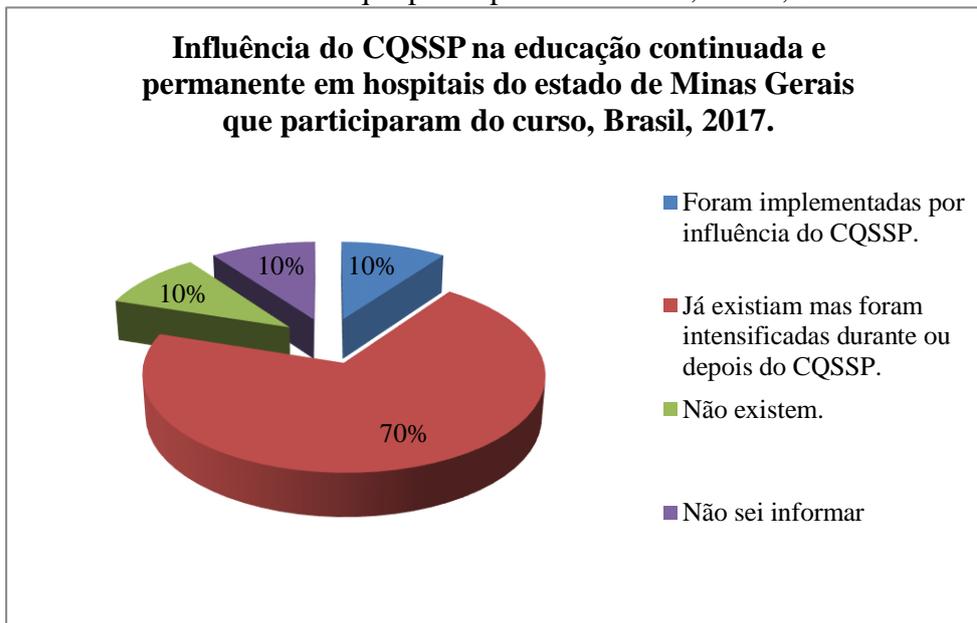
Gráfico 50 - Inclusão da segurança do paciente na educação continuada e permanente em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

A respeito da influência do CQSSP na educação continuada e permanente dos hospitais pesquisados, em 10% dos hospitais as ações de educação em segurança do paciente foram implementadas por influência do CQSSP (Gráfico 51). Em 70% dos hospitais essas ações já existiam, mas foram intensificadas durante ou depois do curso, em 10% dos hospitais ações dessa natureza não existem e 10% não souberam informar a respeito (Gráfico 51).

Gráfico 51 - Influência do CQSSP na educação continuada e permanente em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do curso, Brasil, 2017.



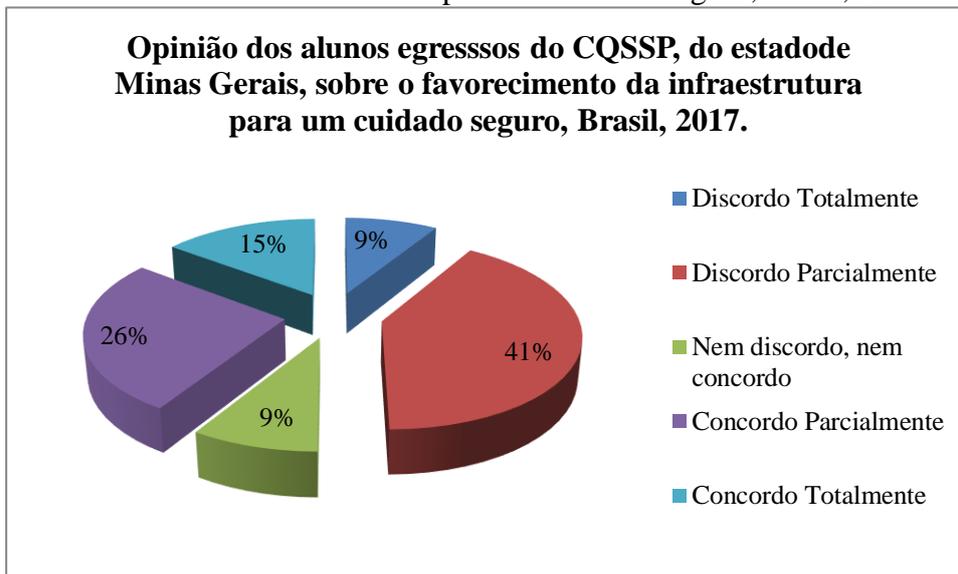
6.3.5.6. Fatores contribuintes

Os fatores contribuintes fazem referência às condições necessárias para implementação das ações de segurança do paciente e melhoria da qualidade do cuidado. Nesse sentido, foi avaliada a influência desses fatores a partir da percepção dos alunos egressos do CQSSP do estado de Minas Gerais.

6.3.5.6.1. Infraestrutura física

Com relação à infraestrutura física dos hospitais (Gráfico 52), 9% discordaram totalmente que o hospital em que atuavam favorecesse a oferta de um cuidado seguro e 41% discordaram parcialmente com essa assertiva, enquanto 26% concordaram parcialmente que seus hospitais possuíam uma infraestrutura física que favorecesse um cuidado seguro e 15% concordaram totalmente com a afirmativa.

Gráfico 52 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre o favorecimento da infraestrutura para um cuidado seguro, Brasil, 2017.

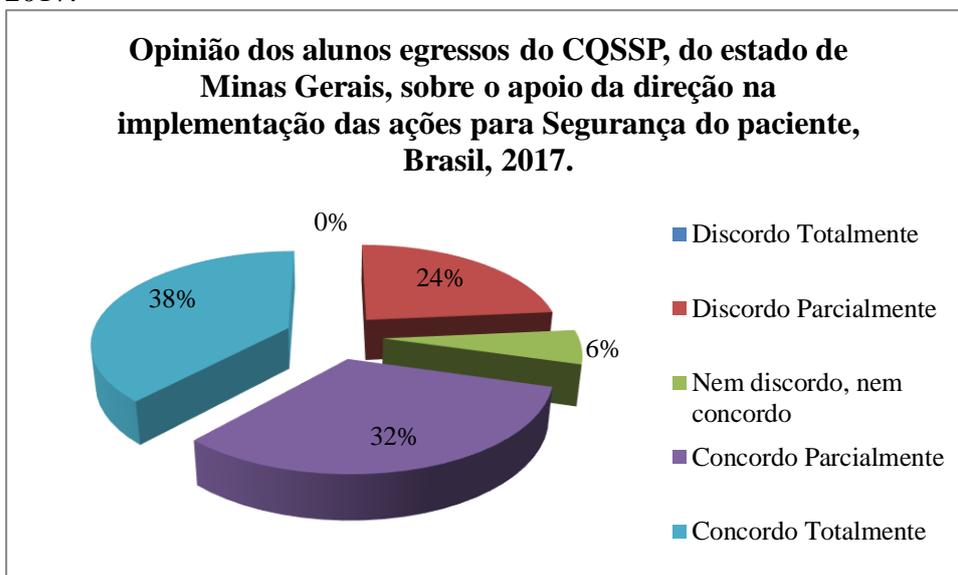


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.6.2. Apoio da direção

O apoio da direção constitui outro fator fundamental para implementação das ações em segurança do paciente. De acordo com a percepção dos alunos, 24% discordaram parcialmente que receberam o apoio necessário da direção de seus hospitais para a implementação das ações de segurança do paciente, 6% dos alunos nem discordaram, nem concordaram, 32% concordaram parcialmente que receberam apoio da direção e 38% concordaram totalmente que receberam esse apoio (Gráfico 53).

Gráfico 53- Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre o apoio da direção na implementação das ações para Segurança do paciente, Brasil, 2017.

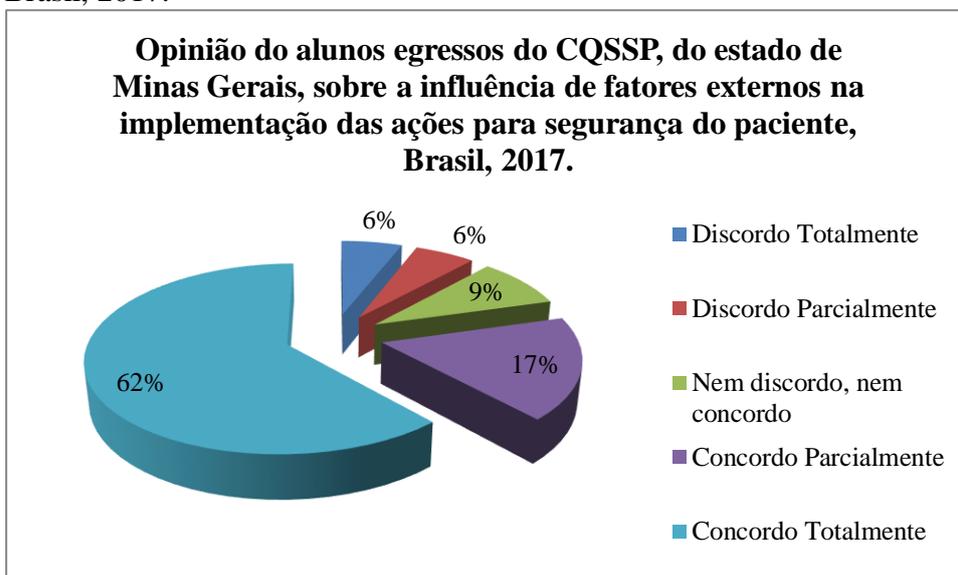


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.6.3. Impacto dos fatores externos

Fatores políticos, econômicos, sociais e culturais, direta ou indiretamente, também podem impactar a implementação das ações em segurança do paciente. O resultado da pesquisa demonstrou que 6% dos egressos discordaram totalmente de que fatores externos (economia, política, fatores sociais e culturais) influenciaram na implementação das ações para segurança do paciente, 6% desses alunos discordaram parcialmente, 9% nem discordaram, nem concordaram, 17% dos alunos concordaram parcialmente e 62% concordaram totalmente com essa influência (Gráfico 54).

Gráfico 54 - Opinião dos alunos egressos do CQSSP, do estado de Minas Gerais, sobre a influência de fatores externos na implementação das ações para segurança do paciente, Brasil, 2017.

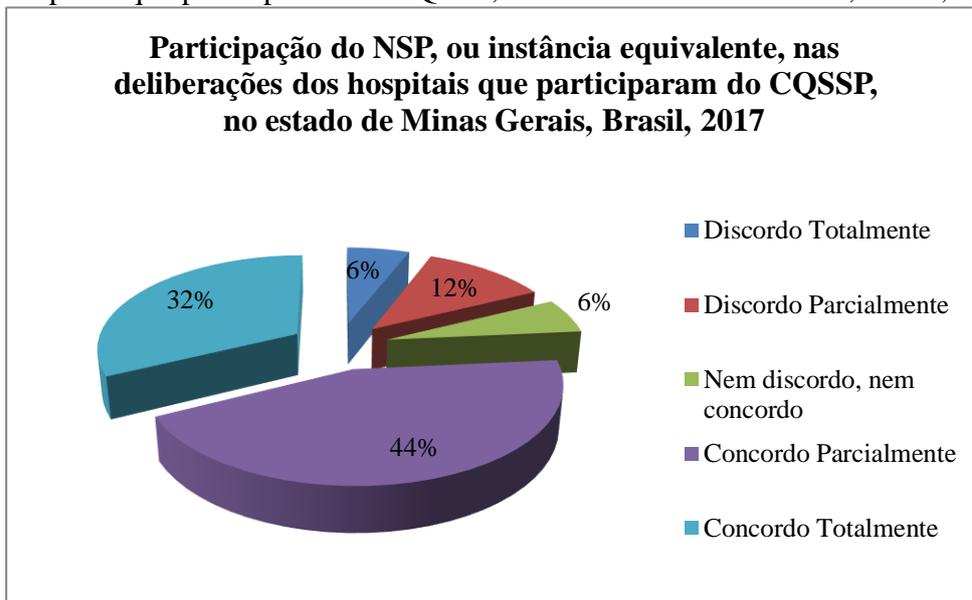


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.6.4. Participação do NSP ou instância equivalente nas deliberações

A participação do NSP ou instância equivalente nas deliberações também constitui um importante fator contribuinte para que a segurança do paciente tenha êxito na prática. Os resultados indicaram que 6% dos alunos discordaram totalmente que o NSP tenha tido participação nas deliberações do hospital, 12% discordaram parcialmente, 6% nem discordam, nem concordam da proposição, 44% concordam parcialmente e 32% concordam totalmente que o NSP, no momento da pesquisa, participava das deliberações do hospital (Gráfico 55).

Gráfico 55 - Participação do NSP ou instância equivalente nas deliberações dos hospitais que participaram do CQSSP, no estado de Minas Gerais, Brasil, 2017

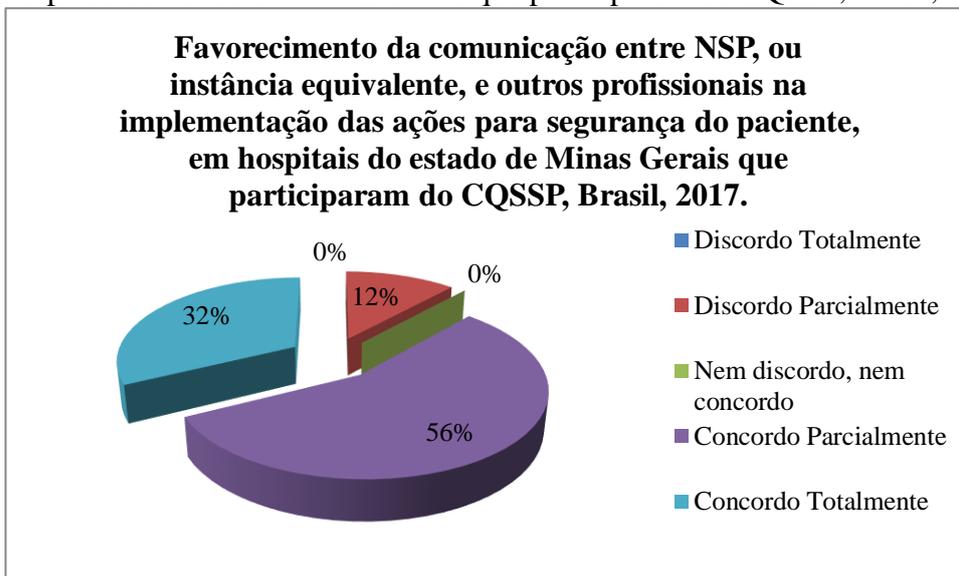


Fonte: elaborado pela pesquisadora

6.3.5.6.5. Comunicação

Por fim, a comunicação entre o NSP e demais profissionais que atuam nos hospitais constituiu o último fator contribuinte para implementação das ações em segurança do paciente, sobre isso: 12% dos alunos discordaram parcialmente que a comunicação entre o NSP e demais profissionais poderia contribuir com a implementação das ações, enquanto 56% concordaram parcialmente que a comunicação tenha favorecido a implementação das ações e 32% concordaram totalmente com essa contribuição (Gráfico 56).

Gráfico 56 - Favorecimento da comunicação entre NSP ou instância equivalente e outros profissionais na implementação das ações para segurança do paciente em hospitais do estado de Minas Gerais que participaram do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

7. DISCUSSÃO

Avaliar implica inferir um juízo de valor a partir da mensuração das propriedades de um objeto (ABBAD et al., 2012). Contudo, não deve ser um juízo leviano, mas um processo estruturado em bases científicas e teóricas que validem esse julgamento. A análise das informações e os resultados obtidos na pesquisa para a avaliação do CQSSP seguiram a perspectiva teórica do modelo de Donald Kirkpatrick (2010). Um ponto fundamental a ser ressaltado é que avaliação não diz respeito somente à avaliação do processo formativo do CQSSP, mas aos resultados e desdobramentos produzidos a partir desse processo. Se o objetivo do trabalho fosse somente avaliar o processo, nos bastaria consultar a avaliação institucional, na qual consta que o CQSSP contou com a aprovação de 98,6% do total de alunos, que, segundo afirmaram, recomendariam o curso para outras pessoas. Todavia, ao propor o uso do modelo teórico de Donald Kirkpatrick (2010), fez-se necessário conhecer nos níveis reação e aprendizagem a repercussão do CQSSP na população de estudo selecionada, isto é, conhecer sobre como os alunos se sentiram a respeito do processo e qual foi o desempenho desses alunos em termos de aprendizagem.

Kirkpatrick (2010, p. 21) afirma que o “propósito de se avaliar um programa de treinamento é determinar sua eficácia”. Partindo dessa colocação dois desafios se interpunham ao presente trabalho. Em primeiro lugar, a dúvida presente na ideia de que o modelo de Avaliação em Quatro Níveis usualmente aplicado a um programa de treinamento de natureza organizacional, distinta de um curso de especialização de natureza acadêmica, poderia não se ajustar a esse objeto. Os achados mostraram que se tratando de um modelo genérico, não só é possível utilizá-lo, como foi possível customizá-lo, ajustando-o às necessidades de um processo, cuja complexidade exige maior aprofundamento e dedicação dos pesquisadores, a fim de determinar as categorias avaliativas de forma objetiva, sem deixar passar a ideia posta por Demo (1999) a partir da qual destaca que a avaliação é sempre um processo subjetivo, advindo da reconstrução do conhecimento em que se expressam as dependências teóricas e ideológicas da avaliação.

Introduzimos, então, o segundo desafio: como determinar categorias avaliativas em um processo complexo, cujos objetivos são amplos e genéricos? Considerando, ainda, o desafio de fazer com que essas categorias captassem os

resultados obtidos pelo CQSSP, dado que não existe ponte mecânica entre o conhecimento e intervenção, como afirma Demo (1999), mas tendo o compromisso firme de expressar na avaliação do CQSSP sua contribuição para a melhoria do cuidado, sem escamotear seus resultados fossem eles positivos ou negativos, demonstrando seu potencial inovador. No caso do CQSSP, para compor as categorias avaliativas no nível de avaliação Reação, partiu-se dos elementos pedagógicos que eram caros para atores do curso, as apostas mais altas foram colocadas no material didático, no sistema de tutoria, no uso da tecnologia e nas atividades do curso. No nível Aprendizagem, foi aproveitado o percurso avaliativo institucional, considerando que, ao trabalhar com os conceitos obtidos pelos alunos, está expresso ali uma avaliação séria e legítima, estruturada por meio de um processo em que o aluno tenha reagido e aprendido diante da avaliação, sendo essa, de acordo com Demo (1999), a forma mais significativa da avaliação. Para o nível Comportamento, foi utilizado como fonte o que foi chamado de “Perfil dos alunos egressos”, que continha substancialmente as ambições finalísticas voltadas para os alunos, reconhecendo o desejo de transformar o pensamento e influenciar o comportamento para agir sobre a realidade. No nível Resultados, partiu-se dos Planos de Segurança do Paciente, elaborados como TCC, que continham um diagnóstico e o planejamento de ações, na expectativa de trilhar um caminho do real para o que consideravam o ideal, na ótica de quem está na ponta, ou seja, alunos que são profissionais inseridos no contexto do trabalho. Portanto, da mesma realidade ou contexto em que as necessidades suscitaram a realização do processo de formação, puderam ser extraídas as categorias avaliativas.

Considera-se, portanto, que o primeiro ganho do estudo foi a aplicação do modelo que vislumbra a gênese de uma metodologia para avaliação de resultados de cursos com a mesma essência, ou similaridade do CQSSP, cuja cientificidade é atestada pela aplicação do método, mas que torna imperativo sua discussão, primeiro critério da cientificidade, como afirma Demo (1999).

Outro ganho da pesquisa foi proveniente da reflexão sobre a questão: para que serve a avaliação? Discute-se, aqui, sublinhando as descobertas que sustentaram as justificativas que serviram à Avaliação do CQSSP postas ante ao desenvolvimento da pesquisa. Toda avaliação possui um objetivo na contramão da *accountability* definida como o aumento da responsabilização das instituições, em que a avaliação aparece

como um mecanismo de controle, sobretudo, atuando em cima dos resultados, exigindo maior eficácia, eficiência e responsabilidade (SOBRINHO; 2006). Com isso, não se prestando a cometer quaisquer abusos que possam advir de um processo avaliativo, posição também defendida por Demo (1999). No estudo proposto, então, vislumbrou-se a possibilidade de que a avaliação pode e deve ser utilizada como termômetro de transformação, reforçando a construção de um profundo valor educativo, ainda que o processo de formação seja construído sobre os moldes da capacitação profissional, bastante criticado por seu viés mercadológico.

Na dimensão pessoal, avaliar, não reprimir, humilhar, punir ou classificar. Na dimensão institucional, não para fiscalizar, controlar e responsabilizar, porém para conhecer e agir, quando o que está em jogo não é a “ideologia da eficácia da gestão empresarial”, mas a efetividade de um sistema público com recursos cada vez mais escassos e pulverizados, com a missão de prover vida, no sentido mais amplo da palavra, nos mais diversos aspectos: saúde, educação, moradia, lazer, entre outros. O sistema público pode aprender com o sistema privado, porque os recursos serão eternamente limitados e não é pecado saber empregá-los da melhor forma possível (eficiência), bem como zelar para que os recursos empregados alcancem os resultados traçados, transformando uma realidade (efetividade), ou seja, esse foi o compromisso ético da pesquisa realizada.

Discutir modelos educacionais não faz parte dos objetivos da pesquisa, porém vale a observação sobre um aspecto fundamental do curso em questão, de que as inovações trazidas no modelo pedagógico do CQSSP, ou seja, a utilização do conceito/estratégia aluno/equipe como unidade de aprendizagem, o uso de metodologias ativas, a mediação pedagógica, a construção do plano de segurança do paciente como TCC, a avaliação processual e o material didático demonstrou que é possível agregar valor educativo, para além de um mero profissionalismo utilitarista, agregando ao mesmo tempo o pensamento crítico e o desenvolvimento de competências específicas, que guarda similaridades com os cursos de capacitação profissional. O principal ponto não reside no modelo em si, mas na concepção pedagógica do processo de formação. Pode-se dizer, portanto, que o CQSSP abre os caminhos para uma proposta de formação contextualizada na saúde.

O CQSSP demonstra que um curso de especialização pode agregar os eixos acadêmico e prático, em que pode ser inserida em sua proposta uma avaliação metodológica como a apresentada nesse trabalho, ainda que instrumentos e processos necessitem de validação por profissionais especialistas.

Sobre o perfil dos participantes do CQSSP, é interessante notar que atende exatamente às orientações da coordenação do curso, pois, em sua grande maioria, a composição foi feita por enfermeiros (44%), farmacêuticos (26%) e um percentual menor de médicos (15%), o que não contraria as expectativas. Entretanto, a participação elevada de outras categorias (15%) no total demonstra que o tema segurança do paciente é, em essência, multidisciplinar, proposta há muito abraçada pela OMS.

É interessante também notar que os participantes do curso eram profissionais com muitos anos de carreira. Por ser a segurança do paciente um tema relativamente novo, era de se imaginar que interessaria aos profissionais com menos tempo de profissão. Entretanto, 44% dos participantes possuíam de 11 a 20 anos de profissão e 29% mais de 20 anos de profissão, somente 24% possuíam de 6 a 10 anos de profissão. Há explicações possíveis para isso: esses profissionais gozam de um certo privilégio para serem indicados pelo tempo de profissão, e/ou pela ocupação de cargos mais altos, ao contrário de profissionais com poucos anos de profissão. Ou, a força de trabalho em saúde possui uma dinâmica própria em que profissionais mais jovens são colocados na assistência e profissionais com mais anos de exercício ocupam “cargos administrativos”. Esse padrão se repetiu quando a análise foi feita por tempo de trabalho no hospital, a grande maioria dos participantes estava a mais tempo no hospital.

Chama a atenção a rotatividade dos alunos nas instâncias que cuidam da segurança do paciente nos hospitais, 35% declararam que participaram dessas instâncias e depois saíram e 6% declararam nunca ter participado, enquanto um número relativamente menor, 12%, declarou que passaram a participar durante ou depois do CQSSP. Os outros 47% já participavam antes e continuaram a participar das instâncias que cuidam da segurança do paciente mesmo depois do CQSSP.

A ocupação em cargo de gestão constitui outro aspecto interessante a respeito do perfil dos alunos egressos do CQSSP. Se, por um lado, é aclamado constantemente o apoio e a participação da gestão, a pesquisa demonstrou que, pelo menos em termos da participação no CQSSP, ela foi efetiva, pois no momento da

realização 71% dos participantes declararam possuir cargo de gestão, contra 29% que não possuíam. Após a realização do CQSSP, no momento da pesquisa, esse cenário mudou um pouco, pois, 62% dos egressos, nesse momento, possuíam cargo de gestão e 38% não.

Todavia, no tocante à relação entre ocupação de cargo de gestão e o CQSSP, a pesquisa não foi conclusiva, por haver um problema na formulação da questão que não foi suficientemente clara para estabelecer essa relação.

7.1. Avaliação da Reação

Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010, p. 43) ressaltam que “avaliar a reação é igual a medir a satisfação do cliente”. Assim, pode-se dizer que os alunos do CQSSP demonstraram satisfação com relação ao curso. Os resultados da pesquisa demonstraram que as reações dos alunos sobre o CQSSP são positivas. Vale frisar que alguns autores questionam a respeito da relação entre o nível de reação e outros níveis da avaliação, pois os outros níveis dependem de um conjunto diferente de variáveis (ABBAD et al., 2012). É importante ressaltar que uma análise multifatorial da reação dos alunos tende a desvelar pontos de falhas e demonstrar outros com potencial de contribuição no processo de formação. Além do mais, o ser humano é mais susceptível ao que proporciona prazer e não cause desconforto. Assim, para Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010, p. 38) “se os participantes não reagirem favoravelmente, é provável que não se sintam motivados a aprender. Uma reação positiva não garante o aprendizado, porém é quase certo que uma reação negativa reduz a possibilidade de ele ocorrer”. Aplicada a Escala de Likert adaptada para a pesquisa, é notório que a reação dos alunos foi positiva.

Para a categoria avaliativa Material Didático e Conteúdo Programático, a reação dos alunos egressos do CQSSP demonstrou-se bastante positiva, para as duas subcategorias de avaliação: Conteúdo Teórico e Livros. Com isso, um maior percentual optou por itens do polo positivo da avaliação no qual os alunos demonstraram concordância parcial e total a respeito das dimensões avaliadas (Tabelas 6 e 7).

A reação dos alunos egressos para a categoria avaliativa Atividades na unidade de análise e Atividades Solicitadas no AVA foi também positiva, pois um maior percentual de alunos declarou concordância parcial e total, em aprovação às

dimensões avaliadas. Os mais elevados índices de desaprovação foram nas dimensões Interesse e Estímulo, em que 6%, dos alunos discordaram parcialmente da assertiva, ainda assim, um percentual baixo. Todavia, a unidade de análise Fóruns e Chats apresentou menos aprovação, não alcançando percentuais tão elevados quanto as outras unidades de análise (Tabela 9). O índice mais alto de desaprovação foi na dimensão em foi questionada a opinião dos alunos sobre esse tipo de atividade promover interação entre a equipe do hospital, o resultado foi de que 3% discordaram totalmente da assertiva, 15% discordaram parcialmente e 6% nem discordaram, nem concordaram. Esse achado merece muita atenção já que os chats e fóruns, no caso de um curso EAD, são ferramentas importantes e o principal meio de promover a interação entre o grupo. Caberia, aqui, uma investigação mais aprofundada da coordenação sobre esse achado.

Na avaliação do Sistema de Tutoria, na unidade de análise Tutoria e Mediação Pedagógica, em geral, a reação dos alunos foi muito positiva. Cabe ressaltar, entretanto, que nas dimensões avaliativas quando a assertiva questionava se o tutor utilizava boas estratégias para facilitar a aprendizagem do aluno, essa apresentou percentuais nos quais 15% mantiveram posição de neutralidade e 3% discordaram parcialmente. Se o tutor ajudava o aluno a construir seu conhecimento ao invés de dar respostas prontas, 9% mantiveram posição de neutralidade e 3% discordaram parcialmente. No mais, se o tutor orientou bem a construção do TCC, 12% mantiveram posição de neutralidade e 3% discordavam parcialmente (Tabela 10). Todavia, como os percentuais de desaprovação e neutralidade são mais altos, essa categoria avaliativa constitui importante ponto de atenção.

A avaliação sobre a categoria Estrutura de Apoio à Aprendizagem demonstra que a reação dos egressos do CQSSP para essa categoria foi positiva. Os percentuais da avaliação para a unidade de análise Ambiente Virtual de Aprendizagem são, em maior parte, de concordância parcial ou total para as assertivas. Os percentuais de reação negativa mais altos recaíram na qualidade da rede de dados (conexão com a internet), em que 3% discordaram totalmente que essa possuía boa qualidade, 6% discordaram parcialmente e 3% nem discordaram, nem concordaram com a assertiva.

A conciliação do curso com a atividade laboral e a disponibilidade dos alunos para cumprimento da carga horária foram incluídas na categoria de análise sobre os fatores que poderiam impactar a participação dos alunos no curso. Um fato positivo é

que o resultado da pesquisa demonstrou que, para a maioria dos alunos, esses não representaram problema, os percentuais de discordância das afirmativas são bem menores que os de concordância: 6% dos alunos declararam que discordavam parcialmente de que foi possível conciliar o curso e atividade laboral (Gráfico 7) e 12% nem discordaram, nem concordaram, enquanto 18% discordaram parcialmente de que tiveram disponibilidade para cumprir a carga horária mínima do curso de 8 horas semanais (Gráfico 8).

Se a satisfação, ainda que não possa ser o determinante, mas constitui-se como condição favorável ao aprendizado, pode-se inferir que o CQSSP abriu horizontes para uma boa aprendizagem, alcançando uma avaliação positiva dos alunos, cuja reação às categorias avaliativas propostas alcançaram um excelente nível de satisfação.

7.2. Avaliação da Aprendizagem

A avaliação de aprendizagem é um terreno sensível pertencente ao campo da pedagogia. Por isso, há na literatura especializada inúmeros pontos de vista que contam a favor e contra sua realização, bem como diversas formas de concepção a seu respeito, em busca da melhor forma de avaliação. Lembrando que a estruturação do CQSSP contou com coordenação pedagógica da EAD/ENSP com grande expertise nesse campo. No trabalho em questão, assumindo que é “fundamental conjugar avaliação com aprendizagem, porque esse é seu significado essencial” (Demo, 1999, p. 36), ao transcorrer o itinerário de elaboração e execução do CQSSP, constatou-se a preocupação em fazer das atividades avaliativas, por um lado, um exercício de aprendizagem e, por outro, a expressão do percurso da aprendizagem do aluno, exteriorizada nos conceitos atribuídos.

Kirkpatrick e Kirkpatric (2010) afirmam que a medição do aprendizado deve determinar os conhecimentos que foram adquiridos, habilidades que foram desenvolvidas, ou atitudes modificadas, visto que para que haja mudança de comportamento pelo menos um desses pontos deve ter sido alcançado. No entanto, o alcance de qualquer um deles não implica essencialmente na mudança de comportamento.

Abbad et al. (2012, p. 110) associando os conceitos de aprendizagem em psicologia e em linguagem comum, ao citar Michaelis (2002) e Pozo (2002), destacam

que a aprendizagem resulta de processos associativos e construtivos e, como tal, permitem a “aquisição de diferentes tipos de resultados de aprendizagem, desde a aprendizagem de fatos, comportamentos até a aprendizagem social, verbal, conceitual e de procedimento” que ao final resultará “em mudanças em estruturas de conhecimento e criação de novas soluções para problemas”. Assim, para que ocorra a transferência para o trabalho, a “aprendizagem envolverá a aquisição a retenção e a generalização do conhecimento (ABBAD et al., 2012 p. 110).

Constata-se nas atividades de avaliação do CQSSP, a preocupação em medir tanto o conhecimento adquirido, quanto o desenvolvimento das habilidades desejadas, sobretudo a capacidade de refletir sobre da realidade (pensamento crítico) e reconstruir de maneira abstrata a realidade sob a nova ótica do conhecimento adquirido. Assim, a perspectiva pedagógica da avaliação do CQSSP se concilia com a perspectiva de Demo (1999), pois as avaliações tiveram essencialmente a preocupação de contribuir para a aprendizagem do aluno.

As avaliações dos alunos do CQSSP possuem uma singularidade, ou seja, são avaliações processuais nas quais é valorizada a trajetória do aluno dentro do curso e o seu desenvolvimento. Por trás do conceito (A, B, C ou D) alcançado pelo aluno, há o esforço empreendido em seu desenvolvimento. A aprendizagem reflete o quanto aquele aluno conseguiu apreender do conteúdo e traduzir esse conteúdo para sua realidade. Essa especificidade é em todo compatível com o conceito de aprendizagem utilizado por Donald Kirkpatrick (2010).

Na pesquisa, a avaliação no nível Aprendizagem do CQSSP, utilizando os resultados das atividades avaliativas, possibilitou inferir que o curso alcançou um excelente nível em termos de aprendizagem, tendo em vista que, ao se medir o desempenho individual dos alunos nas três unidades de aprendizagem, somado com a nota individual do TCC, a média de alunos egresso que alcançaram o conceito A (excelente) correspondeu a 69,0%, a média de alunos que alcançaram o conceito B (bom) foi de 23,9%, enquanto para o conceito C (regular) a média foi de 7,1%, não ocorrendo nenhum registro de reprovação.

Interessante notar que, ao analisar os dados por categoria profissional, não foram registradas variações muito significativas no cruzamento das variáveis categóricas Profissão e Aprendizagem. Independentemente de a categoria ser mais ou

menos próxima do cuidado, o que pressupõe uma formação de maior intimidade com as questões da qualidade em saúde e segurança do paciente, isso não apresentou grande influência no resultado de aprendizagem dos alunos, o que poderia intuitivamente supor. Foi possível verificar que a categoria “Outros Profissionais” possuía média de notas pouco mais baixas que as demais categorias: 8,89, uma diferença que não é significativa diante das demais categorias profissionais ligadas diretamente ao cuidado, o que corrobora a premissa de que o campo da segurança do paciente é um campo multidisciplinar. Todas as categorias profissionais demonstraram um alto nível de desempenho. Entre as categorias ligadas ao cuidado, os enfermeiros obtiveram a menor média de desempenho 8,9 e a categoria profissional médicos alcançou a maior média 9, diferença nada significativa. O desempenho aluno/equipe também não foi afetado em função da localização geográfica dos hospitais em que atua. Destaca-se que os hospitais que fizeram parte da pesquisa localizam-se em centros urbanos, considerando que são hospitais de grande porte com mais de 200 leitos. Da mesma forma, a análise por tipo de gestão não afetou o desempenho do aluno/equipe.

Concluindo, pode-se afirmar que o CQSSP em termos de aprendizagem obteve sucesso no seu empreendimento, sendo esse aprendizado condição essencial para que acontecessem mudanças nos níveis de comportamento e de resultados.

7.3. Avaliação do Comportamento

Segundo Kirkpatrick (2010), o comportamento tem a ver com a parcela de conhecimentos, habilidades e atitudes que é transferida para o trabalho. Abbad et al. (2012, p.129) utilizando a expressão cunhada por Hamblin (1978) “comportamento no cargo”, ressalta que este pode ser medido em profundidade, ou seja, pela transferência do treinamento, cujos efeitos são diretos e específicos. Pode ser medido também por amplitude, efeito da transferência sobre o desempenho, cujo impacto exerce influência indireta sobre o desempenho global, as atitudes e motivação. Vale frisar que, embora seja afirmado que o comportamento no cargo não faça sentido para cursos a distância, por não serem normalmente oferecidos por organização diferente daquela com a qual os alunos possuem vínculos empregatícios, preferindo utilizar o termo transferência de treinamento, na pesquisa, a expressão “comportamento” foi mantida, buscando fidelidade ao modelo de avaliação utilizado. Assim, no escopo deste estudo entendeu-se

que o comportamento no cargo é de grande interesse, embora a instituição de ensino não seja a mesma organização em que trabalham os alunos egressos.

O nível Comportamento constituiu um importante ponto da avaliação. Em primeiro lugar, por ter sido delineado a partir do que se denominou “Perfil dos alunos egressos” e representa, em termos, o sucesso ou insucesso do processo formativo e dos seus objetivos. De outra maneira, representa a condição necessária para que as transformações desejadas sejam realizadas na prática e se transformem em resultados.

As análises desenvolvidas foram baseadas no resultado da autoavaliação feita pelos egressos e representa, então, a percepção desses quanto à transferência do aprendizado para sua prática. Em geral, do ponto de vista dos alunos, os itens avaliados apresentaram bons resultados, os percentuais de alunos que optaram por concordar parcialmente e totalmente com as assertivas foram elevados comparados com os que mantiveram uma postura neutra ou de discordância. Os comportamentos sobre os quais recaí a transferência da aprendizagem fazem menção à participação dos egressos do CQSSP nas discussões sobre segurança do paciente, ao incentivo da interação entre as equipes, ao apoio nas questões de segurança do paciente, incorporação da aprendizagem à prática profissional, ao considerar o erro como oportunidade de melhoria, ao estudo e pesquisa sobre temas relacionados à segurança do paciente, gestão de riscos e qualidade em saúde, identificar os riscos existentes no hospital e as melhores formas de reduzi-los, proposição de ações em segurança do paciente para contribuir com a mudança de cultura no hospital, bem como ao incentivo da participação do paciente nas questões da sua própria segurança. Diante de todos esses comportamentos, os alunos afirmaram incorporar a mudança esperada, resultante do aprendizado do CQSSP. Vale salientar que o grande mote do CQSSP era, conforme a coordenação do curso, o de que os egressos passassem a valorizar o erro como uma oportunidade de melhoria na qualidade do cuidado, esse aspecto especificamente obteve dos egressos os maiores percentuais de concordância total (82%) e parcial (15%). Sobre a oportunidade de aplicar o que aprendeu, os alunos afirmaram que tiveram oportunidade para a aplicação de conhecimentos, habilidades e mudança de atitudes adquiridos na prática profissional.

Tendo em vista o resultado da avaliação do CQSSP no nível Comportamento, aferido pela autoavaliação dos alunos, pode-se afirmar que o curso alcançou bons resultados na persecução de seus objetivos, cujo aprendizado, afirmam os

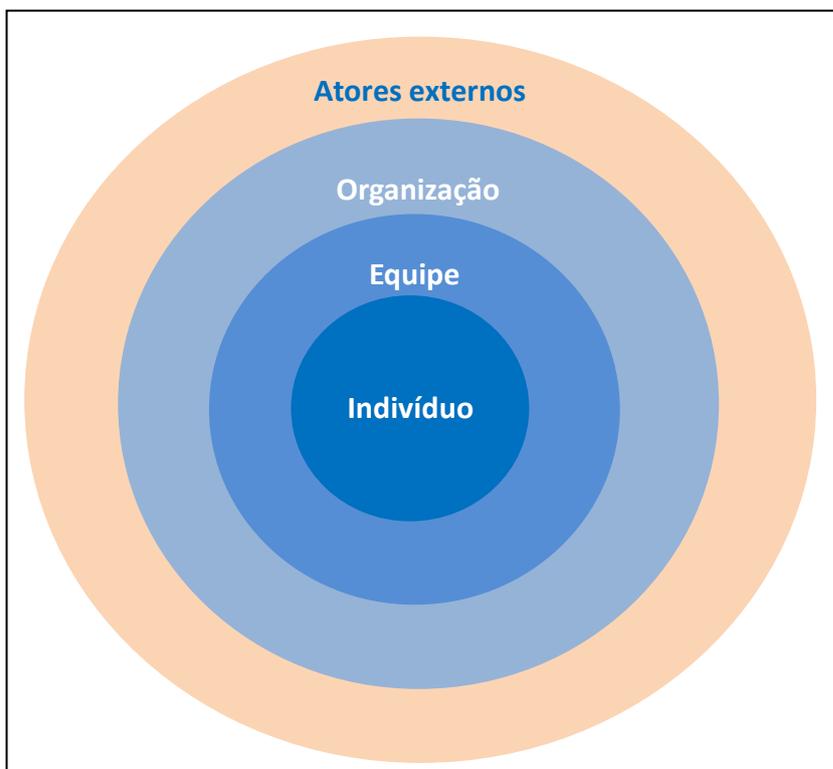
egressos foi transferido para sua prática laboral. Cabe destacar que para promover a segurança do paciente, a qualidade do cuidado e impulsionar a cultura de segurança nas organizações, é primordial que os profissionais envolvidos no cuidado estejam profundamente comprometidos com essas questões, pois, como afirma Reis (2014), a cultura de segurança resulta como um produto de valores, atitudes, percepções, competências, padrões de comportamento individuais e em grupos.

7.4. Avaliação dos Resultados

O nível Resultados é considerado por Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010) o mais difícil do processo de avaliação, dada a dificuldade de se relacionar esses resultados de forma direta com o processo de formação. Para efeitos da pesquisa, como resultado do CQSSP, foi estabelecida a implementação das ações mais elementares para a segurança do paciente, presentes nos planos de ação dos alunos/equipes. Todavia, é importante não perder de vista que, de acordo com Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010), nem sempre é possível obter provas concretas de que o resultado advém do processo formativo, mas é possível obter indícios.

Os resultados de um processo de formação são, em essência, multiníveis, graficamente representados na Figura 6, cujos efeitos podem ocorrer em nível individual ou em outros níveis, que são agregados na medida em que os participantes aplicam seu aprendizado no trabalho, em termos de conhecimentos, habilidades, atitudes, afetando seu desempenho e gerando resultados para a organização (KOZLOWSKI et al, 2000; ABBAD et al.,2000).

Figura 6- Representação multinível dos resultados do CQSSP, Brasil, 2017.



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Observando a figura acima, considera-se que, em três níveis, as transformações são necessárias para gerar resultados desejados: o primeiro nível refere-se à esfera individual do profissional, o segundo refere-se à equipe e o terceiro nível refere-se à organização (Figura 6). A representação em um modelo no qual o centro é o indivíduo remete para a ideia da importância da internalização pelos profissionais das questões de segurança do paciente, pois só assim é possível expandi-las para os outros níveis. No nível organizacional, os resultados de um processo de formação são mais difusos e mais difíceis de mensurar. O nível atores externos, inserido na figura, refere-se aos efeitos sentidos pelo público externo à organização: pacientes, usuários do serviço de saúde, fornecedores e outras entidades que se relacionem com a organização, cuja mensuração pode ser feita por outros métodos avaliativos diferentes do proposto na pesquisa. Cabe ressaltar que a segurança do paciente possui uma cadência de trocas entre indivíduo, equipe e organização, pacientes e usuários necessária para alcançar um cuidado mais seguro e de qualidade.

A avaliação no nível Resultados, estruturada no modelo de Kirkpatrick, representou o ponto central desta pesquisa, pois trata-se da contribuição do CQSSP na implementação das ações para segurança do paciente nos hospitais do estado de Minas Gerais que indicaram alunos para o curso. As categorias avaliativas foram selecionadas de acordo com as ações propostas nos planos de segurança do paciente, elaborados pelos alunos/equipes de cada hospital, tendo em vista as normativas legais dispostas na portaria MS 529/2013 e na RDC ANVISA 36/2013 (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013). Passados três anos desde o início do CQSSP, pode-se considerar que há tempo razoável para avaliar a implementação das ações para segurança do paciente descritas nos PSPs dos hospitais participantes do curso, como recomendado no modelo de Kirkpatrick para o nível Resultados. As categorias avaliativas definidas foram: a constituição e operação dos NSPs, o sistema de notificação de incidentes, a cultura de segurança, a implementação dos protocolos e as ações de educação continuada/permanente.

A pesquisa demonstrou que, em 100% dos hospitais, os NSPs ou instâncias equivalentes estavam constituídos e estavam em plena operação, cerca de 70%. Em menor parcela, claro, esses núcleos operam parcialmente. Considera-se esse fato bastante positivo, visto que o NSP tem papel fundamental na implementação e articulação das ações para segurança do paciente, bem como tem a prerrogativa de transformar em aprendizado e em mudanças organizacionais as demandas, vivências e experiências individuais dos profissionais no processo do cuidado, na medida em que analisa, atua sobre a ocorrência dos incidentes em saúde, ao mesmo tempo em que cria mecanismos para converter problemas e soluções em diretrizes e políticas organizacionais.

A constituição dos NSPs por si só não é suficiente para promover a segurança do paciente, sua composição e forma de atuação são importantes para que as ações sejam bem-sucedidas. Na composição dos NSPs, enfermeiro foi a categoria profissional predominante, estavam presente em 100% dos hospitais estudados. Farmacêuticos estavam presentes em 90% e médicos presentes em 80% dos núcleos ou instâncias equivalentes. A categoria profissional não diretamente ligada ao cuidado mais frequente foi o administrador, presente em 40% dos NSPs. Os dados apresentados validam a ideia de que a articulação entre gestão e cuidado é necessária para melhoraria dos processos.

Todavia a dedicação dos profissionais ao NSP ainda é problemática. Em 80% dos hospitais, os profissionais do núcleo dedicavam apenas parte da carga horária. Somente 10% possuíam profissionais exclusivamente dedicados, fosse toda a equipe ou parte dela. Esse fato pode ocorrer por duas razões, a existência de profissionais em número reduzido, ou o NSP ainda não ser visto com a devida importância. Independente das razões, o fato é que isso pode gerar sobrecarga de trabalho, o profissional não se subdividirá entre várias tarefas sem o risco de comprometer a qualidade do trabalho.

Em grande parte, os NSPs ou instâncias equivalentes estavam vinculados à alta direção, ou direção geral, 30% do total, vinculados à direção clínica/técnica (50% do total). Essa posição no organograma é importante, considerando que, além de ser previsto na RDC da ANVISA 36/2013 que o coordenador do NSP ou instância equivalente deva ter assento nas instâncias deliberativas do estabelecimento de saúde, quanto mais próximos dos níveis de decisão, mais estratégicas e capilarizadas podem se tornar as ações na organização. No que diz respeito a sistematização da articulação dos NSPs ou instâncias equivalentes, com as instâncias superiores, a maior parte (50%) só se reunia com instâncias superiores quando necessário. Em 40% dos hospitais, essas reuniões eram periódicas e em 10% a situação é mais crítica com reuniões esporádicas. A aproximação dos NSPs ou instâncias equivalentes com outros setores era bastante tímida, isso pode dificultar a capilarização das ações em segurança do paciente e a disseminação da cultura de segurança. A pesquisa demonstrou que há uma maior aproximação dos NSPs ou instâncias equivalentes com áreas afins como a CCIH, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário e pouca aproximação com outros setores dos hospitais.

Quanto à contribuição do CQSSP, percebeu-se que a grande maioria dos NSPs ou instâncias equivalentes, já se encontravam constituídas antes do curso (70% do total). Entretanto, 20% foram constituídos durante ou depois do curso e 10% foram reformulados durante ou depois do curso. Há, portanto, indicativos de que existe uma parcela de contribuição do CQSSP nesse aspecto.

O Sistema de Notificações encontrava-se em funcionamento em 90% dos hospitais, em sua maior parte sob a responsabilidade dos NSPs ou instância equivalente. Eis um resultado favorável considerando a importância das notificações para promover um cuidado seguro e de qualidade. Ademais, as informações apontaram, de maneira

propicia, em favor da contribuição do curso para este sistema, pois, em 30% dos hospitais, o sistema foi implementado durante ou depois da realização do curso, além de 20% terem sido aperfeiçoados no mesmo período. No geral, em 80% dos hospitais as notificações seguiam as orientações da ANVISA. No tocante à contribuição do CQSSP para implementação do sistema de notificações, merece atenção o fato de que 40% declararam não reconhecer qualquer contribuição do curso.

É fato que existia, por parte da coordenação, a preocupação de que o NSP ou instância equivalente ocupasse maior parte do tempo com o sistema de notificações, quando reconhecia ser muito importante a dedicação para fazer política interna e, assim, fomentar a segurança do paciente como prioridade. A análise dos dados demonstrou que a situação desejada não se concretizou, pois 40% dos núcleos dedicavam mais de 50% do seu tempo com notificações e que 20% utilizavam entre 20 % a 50% do seu tempo de trabalho com as notificações. Assim, pode-se afirmar que houve contribuição do CQSSP para a implementação dos sistemas de notificações. Entretanto, a carga de trabalho dispensada para essa atividade não se apresenta como ideal, se sobrepondo às demais finalidades dos NSPs.

No que diz respeito à cultura de segurança, fundamental para construir o sistema de saúde com um cuidado seguro, foi observado que 40% dos alunos/equipes afirmaram que aplicaram questionário para medir a cultura de segurança. Todavia, a contribuição do CQSSP para mudança na cultura de segurança não foi conclusiva, dado o desenho do estudo desenvolvido. Nesse sentido, 50% dos hospitais não demonstra preocupação em mensurar em que nível está posicionada a cultura de segurança na organização.

Os protocolos de segurança já orientados pela ANVISA, com publicações para tal, encontram-se na grande maioria dos hospitais incluídos na pesquisa, implementados de forma total ou parcial, situação bastante favorável. Todavia, há em uma parcela dos hospitais uma lacuna entre as afirmações positivas a respeito de sua implementação e as informações que confirmam essa implementação baseadas no monitoramento de indicadores específicos*. Esse fato pode ser justificado a partir de duas suposições: a primeira de que a cultura de medição nos hospitais é problemática, não alcança a atenção devida pelas organizações, ou que houve dificuldade de acesso aos dados pelos respondentes, o que de certa forma é também problemático, já que a

informação quando disseminada colabora para ações corretivas, proativas e na formação de uma cultura de segurança.

O protocolo de identificação do paciente em 50% dos hospitais encontrava-se completamente implementado, em 30% implementado e não monitorado e em 20% parcialmente implementado. Considera-se um bom resultado. Sobre a contribuição do CQSSP para implementação desse protocolo, existia o reconhecimento parcial em 50% dos hospitais e o reconhecimento da contribuição total em 10% deles. Por outro lado, em 30% os protocolos já estavam implementados quanto ao CQSSP. Ao que parece, há uma tendência de relativizar contribuições externas nas questões de segurança do paciente em locais nos quais iniciativas idênticas, ou similares, já estão curso. Esse fato também transparece no estudo de Caldas (2017), que investigou a influência do contexto para implementação do PNSP e constatou que, em um hospital acreditado, o PNSP produziu menos efeito que em um hospital no qual ainda não existiam ações voltadas para qualidade do cuidado.

O protocolo de higienização das mãos apresenta um resultado muito positivo, ou seja, em 60% dos hospitais estava completamente implementado, em 40%, implementado e não monitorado. A obrigatoriedade e a atuação da CCIH, antes mesmo da criação do PNSP, contribui em muito com esse resultado, sem esquecer que isto possa ser resultante da campanha massiva da OMS sobre o primeiro desafio global: “*Clean Care is Safer Care*” lançado no ano de 2005. Repetindo a tendência anterior, 50% dos alunos/equipes não reconheceram relação entre aprendizagem e a implementação do protocolo, pois este já se encontrava implementado antes da realização do CQSSP, sendo que 20% discordaram da existência dessa relação.

Na implementação do protocolo de úlcera por pressão, a situação é menos favorável, ou seja, em 30% dos hospitais o protocolo encontrava-se planejado e não implementado e em 10% não estava planejado. Há, na literatura, inúmeros estudos a respeito do assunto colocando em relevo a complexidade de lidar com o problema. Sobre a relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo, não foi reconhecida pela grande maioria, somente 30% dos alunos reconhecem a relação, ainda assim parcialmente, entre a aprendizagem e a implementação do protocolo de úlcera por pressão.

Na metade dos hospitais a implementação do protocolo de prevenção de quedas encontrava-se totalmente concluída um percentual de 50%, em 10% parcialmente implementado e em 20% encontra-se implementado e não monitorado. Somente em 20% dos hospitais esse protocolo está planejado e não implementado, o que pode ser considerado um bom resultado. A relação entre a aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo foi bem marcada na opinião dos alunos/equipes: 30% concordaram totalmente, 40% concordaram parcialmente contra um percentual de 20% de discordância sobre a contribuição do CQSSP. Ou seja, enquanto resultado do processo de formação é possível dizer que houve contribuição significativa do CQSSP para a implementação do protocolo de prevenção de quedas.

A implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, surpreendentemente apresentou um dos melhores resultados, isto é, em 60% dos hospitais esse protocolo encontrava-se completamente implementado e em 20% encontrava-se planejado e não implementado. Somente em 20% dos hospitais o protocolo não está implementado. É possível que esse fato ocorra em razão da obrigatoriedade da existência das comissões de farmácia e terapêutica, bem como a existência anterior das gerências de risco que atuam no campo da farmacovigilância. Há também expressivo reconhecimento da relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo: 30% dos alunos/equipes concordaram totalmente com essa relação e 30% concordaram parcialmente. O percentual de discordância foi de 20% do total. Em suma, o resultado positivo do processo de formação está grafado na implementação do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, pelo reconhecimento de uma maior parcela dos alunos/equipes da contribuição do CQSSP.

Na implementação do protocolo de Cirurgia Segura, os resultados também foram satisfatórios, isto é, em 40% dos hospitais pesquisados esse protocolo foi declarado como completamente implementado, em 30% parcialmente implementado e em 20% implementado e não monitorado. Somente em 10% esse protocolo não se encontrava planejado. É importante lembrar que o segundo desafio global da OMS envolveu a temática com a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Portanto, essa deve ter contribuído para maior atenção à implementação do protocolo e, conseqüentemente, explica a percepção dos egressos. Na opinião dos alunos/equipes a

relação entre aprendizagem do CQSSP e a implementação do protocolo de cirurgia segura é positiva, 20% concordaram totalmente e 40% concordam parcialmente. Apenas para 10% esse item não se aplicava, porque o protocolo já estava implementado antes do CQSSP. O reconhecimento pelos alunos da contribuição do curso na implementação do protocolo de cirurgia segura reforça uma avaliação positiva na produção de resultados do CQSSP.

Por fim, a avaliação do CQSSP, no nível Resultados, para a categoria Implementação dos Protocolos de Segurança do Paciente, favorece a conclusão de que o curso colaborou, em maior ou menor grau, para adoção dos referidos protocolos. Pode-se afirmar que prevaleceu certa variação entre os protocolos, para uns mais, para outros menos, mas diante das informações coletadas torna-se evidente sua contribuição.

A última categoria avaliativa foi constituída pelas ações de educação continuada e permanente. Essas ações são fundamentais para promover a segurança do paciente nos hospitais, disseminando o conhecimento e fortalecendo uma cultura que preze pela segurança do paciente e pela qualidade do cuidado. A pesquisa mostrou que, embora essas ações existam nos hospitais pesquisados, ainda é necessária maior sistematização, com políticas e programas formais que contemplem todas as categorias profissionais, situação existente em apenas 30% dos hospitais pesquisados. Os resultados do CQSSP foram medidos em termos do reconhecimento da influência do curso sobre as ações de educação continuada e permanente, em que 70% dos alunos/equipes afirmam que embora as ações já existissem antes do curso, essas ações foram intensificadas durante ou depois do CQSSP, sendo que em 10% elas foram implementadas por influência do CQSSP. Assim, reconhece-se a contribuição do CQSSP para as ações educativas dos hospitais que participaram do curso como um bom resultado do processo de formação.

Sabe-se que alguns fatores são de suma importância para que se alcance os resultados e as transformações desejadas nas organizações. Assim, a pesquisa incluiu alguns dos fatores mais relevantes, denominados na avaliação de fatores contribuintes. Há que se distinguir, entretanto, sobre os fatores contribuintes descritos na taxonomia da OMS, que são fatores que influenciam o risco e a ocorrência de incidentes em saúde, e os fatores contribuintes aqui descritos, cuja compreensão assumida neste trabalho é de que esses são condições que possibilitam o alcance dos resultados almejados pelo

processo formativo e que, no caso, podem impactar significativamente na implementação das ações em segurança do paciente favorecendo ou desfavorecendo cada uma delas.

Na percepção dos alunos egressos, a metade dos hospitais pesquisados no estado de Minas Gerais não oferece uma infraestrutura que favoreça a oferta de um cuidado seguro. Como é possível, então, pensar em ações mais complexas quando o que é básico não apresenta condições para um cuidado adequado? Ainda assim, é possível reconhecer a partir dos resultados obtidos na pesquisa o grande esforço empreendido pelos NSPs em implementar as ações para a segurança do paciente, apesar das condições adversas.

O Apoio das direções representa outro fator de suma importância. Nos hospitais pesquisados, esse apoio foi sentido pela maior parte dos alunos egressos. Uma direção que apoia o trabalho dos núcleos, que se compromete com as questões de segurança do paciente, imprime legitimidade ao grupo e reforça importância do trabalho.

Os fatores externos entendidos como fatores políticos, econômicos, sociais e culturais também atuam nas organizações. A crise política e econômica que se instalou no país nos últimos anos, afetou organizações públicas e privadas e afetou também a implementação das ações em segurança do paciente nos hospitais. Assim, 62% dos alunos concordaram totalmente e 17% parcialmente com essa assertiva, expressando a magnitude da influência dos fatores externos.

No tocante às reuniões sistemáticas entre os NSPs ou instâncias equivalentes com os níveis superiores, trata-se de um ponto sensível. Todavia, a baixa sistematização não parece afetar a participação do NSP ou instância equivalente nas deliberações do hospital, já que os percentuais são bastante significativos: 32% dos alunos concordaram totalmente de que há participação do NSP, ou equivalente, nas deliberações dos hospitais, e 44% concordaram parcialmente. Os percentuais de discordância foram de 12% parcialmente e 6% totalmente. É importante ressaltar que o assento do responsável pelo NSP nas instâncias deliberativas é prerrogativa legal de acordo com RDC ANVISA Nº 36/2013, Art. 5º, Inciso II.

A comunicação entre os NSPs ou instância equivalentes e outros profissionais, enquanto fator contribuinte, exerceu influência significativa na

implementação das ações em segurança do paciente. É um fator relevante, levando em conta que a mudança de cultura passa pela sensibilização e pelo diálogo aberto com os profissionais. Chamou atenção que 32% dos egressos discordaram totalmente e 12% discordaram parcialmente a respeito de que tal fator favoreça a implementação das ações em segurança do paciente.

7.5. Limites do estudo, aportes e aplicações.

Determinados limites apresentados na pesquisa estão relacionados com a temporalidade e a localização geográfica de seu objeto de análise. Outros estão ligados com o tempo disponível para sua realização.

No tocante à temporalidade, a pesquisa voltada para a avaliação de resultados do Curso Internacional de Especialização em Qualidade em saúde e Segurança do Paciente, foi realizada somente após o encerramento do processo formativo. Assim, não permitiu a aplicação integral das diretrizes do modelo de avaliação em quatro níveis de Donald Kirkpatrick, embora esse modelo apresente uma enorme aplicabilidade para pesquisas de avaliação de resultados de processos formativos, algumas de suas diretrizes se adaptam melhor para processos formativos em curso. Por isso, tratou-se de avaliar retrospectivamente os resultados de um processo formativo, realizado nos anos de 2014 e 2015, o modelo sofreu adaptações para responder aos objetivos da pesquisa, sem prejuízo de sua forma estrutural e de seus resultados. Por outro lado, é esse espaço que permite que os efeitos tenham tempo para serem produzidos. Essa limitação se refletiu, sobretudo, nos níveis de avaliação de aprendizagem, pois era inviável a aplicação de novos testes para aferir o nível de aprendizagem dos alunos, utilizou-se como referencial para a pesquisa, os resultados das avaliações institucionais realizadas ao longo do curso.

Com relação à localização geográfica do objeto, o limite da pesquisa foi a impossibilidade de utilizar um modelo empírico de avaliação para o comportamento que, distinto da autoavaliação, evidenciasse ou confirmasse na realidade objetiva as mudanças de comportamento dos alunos egressos do curso. A autoavaliação e a autodeclaração serviram como base para a construção dos resultados nesse nível de avaliação.

A generalização dos resultados da pesquisa merece especial atenção, pois quando se trata de processos formativos, objetivos, atores e instituições são bastante diversificados, o que também se aplica à produção de resultados dos processos formativos. Todavia, no campo da qualidade em saúde e segurança do paciente, esse estudo pode servir perfeitamente como referência para estruturar avaliações de outros processos formativos, bem como para aferição de seus resultados na prática do cuidado. Além disso, os resultados apresentados, de maneira geral, servem para repensar e reformular os processos de formação nesse campo específico.

É importante destacar que, não havendo tempo suficiente para um desenho de estudo com maior escopo e abrangência, a diversidade da população do estudo, considerando as diferenças existentes em território brasileiro, exigiu uma escolha amostral sensata, que a tornasse exequível, que melhor representasse a estrutura e o contexto do sistema de saúde nacional. Foi escolhido o estado de Minas Gerais, sugestão feita pela banca de qualificação do projeto de pesquisa. Replicada a pesquisa, em cada estado, pode ser que esta apresente variações nos seus resultados.

É notório que alguns possam estranhar o uso de um modelo utilizado normalmente em estudos organizacionais, porém o modelo teórico de Donald Kirkpatrick (2010) mostra-se aplicável aos inúmeros tipos de processos de formação, que, como o CQSSP, tenham uma implicação de transformação de práticas e realidades e a construção de resultados objetivos. Assim, espera-se que torne factível a avaliação das mudanças e resultados.

Em uma pesquisa em que os respondentes avaliam seu próprio desempenho, há possibilidade de que as respostas sejam mais positivas em detrimento de outros métodos. Na avaliação do CQSSP, os alunos egressos examinaram seu próprio desempenho. No entanto, é preciso considerar que isso pode ocorrer, ou não.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados da avaliação do CQSSP pode-se afirmar que esse foi um processo formativo realizado com êxito que alcançou os objetivos propostos. Forneceu aos seus alunos os instrumentos necessários para ação, no sentido de contribuir para produção de um cuidado mais seguro e de melhor qualidade nas organizações de saúde

No entanto, apesar do êxito, há espaços para melhorias no processo formativo em função de alguns argumentos: o primeiro, é que a contribuição do curso não foi unanimidade entre os alunos/equipe. Para alguns, o CQSSP contribuiu parcialmente, ou não contribuiu em função de vários motivos, inclusive, o fato de algumas iniciativas e protocolos já terem sido implementados anteriormente. Entretanto, para outros, o curso aperfeiçoou suas ações, ou ainda foi o pontapé inicial para a implementação das ações em segurança do paciente. A título de recomendação, antes da elaboração direta do plano de segurança do paciente, talvez seja proveitoso proceder uma avaliação diagnóstica da situação em que se encontram as organizações. Essa etapa contribuiria em dois pontos. Em primeiro lugar, partindo das ações já existentes, ao certificar-se da situação de cada uma dessas organizações, poderiam ser priorizadas ações que se fizessem mais importantes e mais urgentes. Além disso, em segundo lugar, conhecer o status das ações antes e depois do processo de formação nas organizações, marcaria de forma mais precisa quais foram as suas reais contribuições.

Ao analisarmos os quadros completos de implementação dos protocolos, certificamos que muitas instituições afirmam ter implementado os protocolos, contudo, não possuem, ou possuem poucos indicadores, ou esses indicadores, ainda que existam, não são de fato monitorados. Estudos complementares seriam necessários para esclarecer os fatos. Cabe, portanto, a recomendação de reforço da questão durante o processo formativo.

Uma grande problemática reside em avaliar os padrões de eficácia, sem considerar os fatores contribuintes. Entre objetivos e resultados, existe uma gama de fatores que nem sempre é possível abarcar no processo formativo. Assim, é preciso pensar mecanismos que liguem as duas pontas: o processo de formação e a realidade das organizações.

Em razão da dificuldade de mensurar resultados/impactos que extrapolam os limites da formação e vão além da aprendizagem do aluno em sala, abarcando as transformações da realidade, ao se considerar a complexidade envolvida, normalmente esse tipo de metas não é colocada nos objetivos dos cursos. Por isso, estabelece-se um compromisso com a aprendizagem, mas a transformação da realidade está a cargo do sujeito que aprende. Considera-se que a aplicação do conhecimento ocorrerá em condições ideais, como normalmente é produzido. O CQSSP foi adiante nesse dilema, ao trabalhar com os alunos sobre sua própria realidade, constrói o conhecimento com a matéria prima desse aluno: seus valores, visão de mundo, experiências, conhecimentos, desejos e empenho. Sendo assim, o tutor/docente é o mediador que faz parte dessa construção. Entretanto, há que se considerar que os PSPs, embora não sejam construídos à parte da realidade, ainda são construídos sem considerar os fatores condicionantes do contexto sobre o qual se aplica, neles se inscreve o que se deseja alcançar, mas pouco sobre as condições necessária para se alcançar os resultados desejados, ganhando complexidade e dificuldade em face da impossibilidade de controle e ação sobre contexto e de sua contingência estrutural e conjuntural.

A desistência dos alunos, embora seja algo esperado, implica perdas consideráveis de recursos, escassos, assim como a não inserção do profissional na atividade para o qual foi formado. Portanto, seria sensato pensar formas de substituição das perdas e inserção do profissional no trabalho.

Outro apontamento a ser feito, é que processos de formação com objeto similar ao CQSSP, que tenham como propósito transformar uma realidade, possam incluir em seu planejamento a previsão de medidas de avaliação que sejam capazes de aferir objetivamente sua repercussão na prática, mesmo que as transformações sejam pontuais, em que pese seja desejável compreender como elas evoluem temporalmente. Dessa pesquisa, então, nasce a proposição de uma metodologia avaliativa, que recomenda que seja aprimorada e validada por especialistas da área.

Por fim, conclui-se que as organizações possuem um longo caminho a ser percorrido nas questões da qualidade em saúde e segurança do paciente, sobretudo no contexto brasileiro das organizações públicas de saúde. O CQSSP foi uma importante iniciativa, que deu sua parcela de contribuição, de enorme valor, atingido com maestria seus objetivos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAD, G. DA S. et al. **Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: ferramentas para gestão de pessoas**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 143, p. 32-3, 26 jul. 2013. Seção 1.

ALVES, L. **Educação a distância: conceitos e história no Brasil e no mundo**. Associação Brasileira de Educação a Distância. Volume 10, 2011. Disponível em: www.abed.org.br/revistacientifica/Revista_PDF_Doc/2011/Artigo_07.pdf. Acessado em: 09/06/2017.

BORGES-ANDRADE, J. E. **Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento**. [s.l.] SciELO Brasil, 2002.

BRASIL, **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Documento Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 62, p. 43-44, 02 abr. 2013. Seção 1.

CALDAS, B. N. **Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos: uma avaliação qualitativa**. Tese—Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2017.

DEMO, P. **Mitologias da Avaliação: de como ignorar, em vez de enfrentar problemas, polêmicas do nosso tempo**. Campinas: Editora Autores Associados, 1999.

FARIA, P. L. DE; MOREIRA, P. S.; PINTO, L. S. Direito e Segurança do Paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Eds.). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

FRAGATA, J.; SOUSA, P.; SANTOS, R. S. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Eds.). **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

GOLDSTEIN, I. L. (1991). Training in work organizations. In M. Dunnette & L. Hough (Eds.), **Handbook of industrial and organizational psychology** (pp. 507-619). Palo Alto, CA: Consulting Psych.

GREMBOWSKI, D. The practice of health program evaluation. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 2001.

HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise daimplantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.); COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.

JACKSON, T. **One dollar in seven: scoping the economics of patient safety: a literature review prepared for the Canadian Patient Safety Institute**. Edmonton (AB): Canadian Patient Safety Institute, 2009.

KIRKPATRICK, D. L.; KIRKPATRICK, J. D. **Como avaliar programas de treinamento de equipes: os quatro níveis**. Tradução José Henrique Lamensdorf. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2010.

LAWTON, R. et al. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 5, p. 369–380, maio 2012.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 25–38.

MEDICARE, C. TO D. A S. FOR Q. R. AND A. IN; MEDICINE, I. OF; LOHR, K. N. **Medicare: a Strategy for Quality Assurance, Volume I**. Washington: National Academies Press, 1990.

MENDES, W. et al. **Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 59, n. 5, p. 421–428, set. 2013a.

MENDES, W. *et al.* **Revisão dos estudos de análise da ocorrência de eventos adversos em hospitais**. Rev. Bras. Epidemiol; n. 8 (4), p. 393-406.2005.

MENDES, W. et al. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil**. Int J Qual Health Care, v. 21, n. 4, p. 279-84, jun.2009

MENDES, W. V.; NORONHA, J. **Qualidade de Serviços de Saúde no SUS - Relatório Final**. Telma Ruth Pereira, 2013.

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. DA. **Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados**. 1a edição ed. Curitiba: Editora Appris, 2013.

NASCIMENTO, N. B. O erro e a violações no cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Eds.). . **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

PERELMAN, J.; PONTES, J.; SOUSA, P. Consequências econômicas de erros e eventos adversos em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Eds.). . **Segurança do Paciente: criando Organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

PILATI, R. **Modelo de Efetividade do Treinamento no Trabalho: Aspectos dos Treinandos e Moderação do Tipo de Treinamento**. Brasília, DF: UNB, 2004.

PROQUALIS - CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E A SEGURANÇA DO PACIENTE. **Taxonomia - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS)**. [s.d.].

REASON, J. **Human error: models and management**. Bmj, v. 320, n. 7237, p. 768–770, 2000.

REASON, J. **Human Error**. London: Cambridge University Press, 2003.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Eds.). . **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2014. p. 75–99.

REIS, C. T. et al. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura**. Ciên Saúde Colet, v. 18, n. 7, p. 2029–2036, 2013.

RUNCIMAN B.; MERRY A.; WALTON M. **Safety and Ethics in Healthcare: A Guide to Getting it Right**. London: British Library, 2007.

SANTOS DOS, H. (Org.). **Caderno do Aluno: Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014

SHORTELL SM, RICHARDSON WC. **Health Program Evaluation**. St. Louis, MO: C. V. Mosby Company, 1978.

SOBRINHO, J. D. **Avaliação da Educação Superior: elementos para análise e proposta**. In MALAVAZI, M.M.S. et al. (orgs). **Avaliação: desafio dos novos tempos**. Campinas: Editora Komedi, 2006. (Col. Avaliação construindo o Campo e a Crítica).

SOUSA, P.; LAGE, M. J.; RODRIGUES, V. Magnitude do problema e os factores contribuintes dos erros e dos eventos adversos. In: **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2014. p. 452.

SOUSA-UVA, A.; SERRANHEIRA, F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Eds.). . **Segurança do Paciente: Criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Eds.). . **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

WACHTER, R. Responsabilização pessoal no cuidado de saúde: em busca do equilíbrio certo. 2012.

10. APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Como foi o processo de elaboração do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente? A que necessidades buscava responder?
2. Como foi estruturado o Curso?
3. Por que foi feita uma parceria internacional para realização do curso?
4. Que critérios foram utilizados na seleção de conteúdo, com que objetivos?
5. O que significa aluno equipe? Por que foi pensada essa definição?
6. Que competências foram pensadas a ser desenvolvidas e/ou adquiridas pelos profissionais com o processo formativo?
7. Quais aspectos organizacionais das organizações de saúde pretendeu que fossem modificados com a realização do curso?
8. Que resultados eram esperados a partir do processo de formação?
9. Que estratégias foram pensadas para articular aquisição de competências, a aplicação dessas na prática profissional e a geração dos resultados esperados?
10. Que condições seriam necessárias para que o curso alcançasse, na prática, os melhores resultados?
11. Que fatores podem ser considerados como facilitares na realização do curso?
12. Que fatores podem ser considerados dificultadores na realização do curso?
13. Dos resultados esperados quais podem ser considerados pela coordenação que foram efetivamente alcançados?
14. Que critérios podem ser utilizados como referência para determinar o alcance dos objetivos do processo de formação.

11. APÊNDICE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA ORIENTADOR DE APRENDIZAGEM DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Que estratégias de aprendizagem foram pensadas para que os alunos pudessem apreender as competências que o curso propõe?
2. Que fatores podem ser considerados como facilitadores do processo de aprendizagem?
3. Que fatores dificultaram o processo de aprendizagem?
4. Quais as principais dificuldades apresentadas pelos tutores e alunos ao longo do curso?
5. Como foram resolvidas as dificuldades apresentadas?
6. Que comportamento podem expressar um cuidado seguro e de qualidade a partir do processo de aprendizagem?
7. Que estratégias foram pensadas para articular aprendizagem e mudança de comportamento do profissional?
8. Que estratégias foram pensadas para articular a transferência da aprendizagem para prática profissional?
9. Que avaliações foram feitas ao longo do processo formativo, e que critérios de proficiência foram utilizados?
10. Enquanto orientador de aprendizagem como você avalia o processo formativo?

12. APÊNDICE III - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TUTOR DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Como você avalia o conteúdo trabalhado com os alunos?
2. Como você avalia os métodos educacionais?
3. Que elementos você considera como facilitadores do processo ensino/aprendizagem?
4. Que dificuldades você encontrou ao longo do curso para trabalhar o conteúdo do programa?
5. Que dificuldades foram relatadas pelos alunos no decorrer do processo de aprendizagem?
6. Ao longo do curso foi possível captar alguma mudança no comportamento dos alunos, quais?
7. Que avaliações foram feitas ao longo do curso, e como foram operacionalizadas?
8. Que critérios de avaliação de aprendizagem foram utilizados para os alunos?
9. Havia coesão interna entre as Equipes, qual a sua percepção a respeito?

13. APÊNDICE IV - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR PEDAGÓGICO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Como funciona a articulação entre a coordenação pedagógica da EAD com a coordenação do curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente para sua estruturação?
2. Qual o formato do curso?
3. Quais princípios pedagógicos utilizados pela EAD?
4. Que vantagens e desvantagens a modalidade “a distância” apresenta em relação à modalidade presencial para um curso como o CQSSP?
5. Do ponto de vista pedagógico, considerando os objetivos do curso e sua implicação para uma prática assistencial mais segura e de melhor qualidade, a modalidade a distância pode ser considerada a mais adequada? Por quê?
6. Que estratégias de ensino/aprendizagem foram pensadas para se alcançasse os objetivos do curso?
7. Quais foram as atividades avaliativas voltadas para os alunos curso?
8. Como foram pensadas as atividades avaliativas voltadas para os alunos curso?
9. Que avaliação a Coordenação Pedagógica faz com relação às atividades que foram propostas para avaliar as aquisições das competências pelos alunos?
10. Quais foram as atividades que avaliaram o curso?
11. Como foram pensadas as atividades avaliativas do curso?
12. Que avaliação a Coordenação Pedagógica faz com relação às atividades que foram propostas para avaliar o curso?

13. Considerando que o curso de Especialização em QSSP tem uma proposta que vai além da mera aquisição de conhecimentos, mas de desenvolvimento de habilidades e atitudes dos alunos, na transformação do cuidado. A coordenação pedagógica considera que as estratégias de ensino/aprendizagem foram suficientes para a aquisição das competências e produção de resultados práticos?
14. Qual a avaliação geral da Coordenação Pedagógica do processo formativo?

14. APÊNDICE V: AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO EM QUATRO NÍVEIS DE DONALD KIRKPATRICK

Permission to apply the Four Levels Model

Rosilene Santos <rosilene.a.santos@hotmail.com>

qui 29/12/2016 15:43

Para: Jim.kirkpatrick@kirkpatrickpartners.com <Jim.kirkpatrick@kirkpatrickpartners.com>;

ROSILENE SANTOS
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH SERGIO AROUCA
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Rio de Janeiro, Brazil
21041210
Phone: 55 (21) 2598-2525

29th of December 2016

Dr James D. (Jim) Kirkpatrick
Kirkpatrick Partners
8 Madison Street
Newnan, GA 30263

Dear Dr. Jim Kirkpatrick

My name is Rosilene Santos; I am a student at the National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) in Rio de Janeiro, Brazil, where I am taking a Master's degree in Public Health.

Primarily, I would like to state my admiration for your father's, as well as yours, work that has always been an invaluable tool to researchers and organizations when it comes to better assess their results.

For the reason mentioned above, and In face of the solid reputation of the *Four Levels* method of evaluation, *I have decided that I could not use other tool to conduct my own research, where I will be looking into evaluate a course of specialization in Quality and Patient Safety offered by the Oswaldo Cruz Foundation.* The research findings will culminate in my Master's dissertation, as well as articles to be published in specialized journals and papers or proposals to seminars related to the topic.

However, in order to be able to apply this model, the Oswaldo Cruz Foundation requires me to get a formal authorization from the authors, or their representatives, allowing me to use the method. The requirement is part of a strict institutional policy regarding copyright.

To comply with this institutional requirement, I would like to ask your formal permission to apply *the Four Levels Model* in my research. In case of your approval, I was wondering if you could write (and sign) me a letter stating your consent, which I shall address to my institution. I do apologize for any inconvenience relate my request and count on your comprehension and sympathy to help me out with the matter.

I will be looking forward to hearing from you or your team.

Yours sincerely,

Rosilene Santos.

Re: Permission to apply the Four Levels Model

Wendy Kirkpatrick <wendy.kirkpatrick@kirkpatrickpartners.com>

seg 02/01/2017 14:34

Para: rosilene.a.santos@hotmail.com <rosilene.a.santos@hotmail.com>;

Cc: Jim Kirkpatrick <jim.kirkpatrick@kirkpatrickpartners.com>;

Dear Rosilene,

Thank you for your kind words. We are pleased to hear that you wish to use the Kirkpatrick Model in your research. We are happy to grant permission.

If you require anything more formal than this email, I invite you to draft the letter and send it to me to drop into our letterhead and sign.

Best regards,
Wendy Kirkpatrick

From: Rosilene Santos <rosilene.a.santos@hotmail.com>
Date: December 29, 2016 at 12:43:17 PM EST
To: "Jim.kirkpatrick@kirkpatrickpartners.com" <Jim.kirkpatrick@kirkpatrickpartners.com>
Subject: Permission to apply the Four Levels Model

--

Wendy Kayser Kirkpatrick

President - Kirkpatrick Partners

8 Madison St., Suite C, Newnan, GA 30263

Direct line: (770) 683-2846 | Customer service: (770) 302-3500

Re: Enc: Permission to apply the Four Levels Model

maricatoensp@gmail.com

ter 03/01/2017 09:34

Para: Rosilene Santos <rosilene.a.santos@hotmail.com>; guilherme.coutinho@ensp.fiocruz.br <guilherme.coutinho@ensp.fiocruz.br>;
sferraz@ensp.fiocruz.br <sferraz@ensp.fiocruz.br>;

Rosilene,
Não há necessidade de um documento formal apenas o email abaixo atende as necessidades para resguardar vc e o autor da escala a ser utilizada em sua dissertação.
Feliz ano novo.
Att.,
Ana e Guilherme

Enviado de meu ASUS

----- Mensagem Original -----

De: Rosilene Santos

Enviado em: Mon, 02 Jan 2017 21:04:24 -0200

Para: maricato@ensp.fiocruz.br," guilherme.coutinho@ensp.fiocruz.br"

Assunto: Enc: Permission to apply the Four Levels Model

Prezados Ana Paula e Guilherme,

Boa noite!

Como podem ler abaixo, obtive autorização por e-mail para utilização do modelo de Donald Kirkpatrick, contudo, caso seja necessário um documento mais formal será necessário que seja encaminhado documento já redigido para autorização. Gostaria de saber se existe algum modelo disponibilizado pela ENSP, ou se posso redigir um modelo livre.

Aguardo o posicionamento de vocês.

abs

Rosilene

APÊNDICE VI - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO AVALIAÇÃO DO CURSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE (CQSSP)- BL1-2

Este questionário está estruturado em três blocos de perguntas:

- 1) Itens introdutórios
- 2) Itens de avaliação do Curso Internacional de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (CQSSP);
- 3) Itens referentes ao impacto do curso na prática clínica hospitalar.

O Terceiro bloco será encaminhado separadamente, em outro formulário, devendo ser respondido apenas um para cada hospital.

1. Endereço de e-mail *

BLOCO 1: QUESTÕES INTRODUTÓRIAS

Nesse bloco, as questões são fechadas, e você deve marcar apenas uma das alternativas.

2. A que tipo de gestão pertence o hospital em que você atuava (ou ainda atua) no período de realização do Curso Internacional de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (CQSSP).

Marcar apenas uma oval.

- Municipal
- Estadual
- Federal
- Outro: _____

3. No hospital em que você atuava (ou ainda atua) no período de realização do CQSSP a estrutura responsável pela segurança do paciente (Ex.: Núcleo de Segurança do Paciente, Comitê ou Comissão de Segurança do paciente, Núcleos de Qualidade, etc):

Marcar apenas uma oval.

- Funcionava antes da realização do CQSSP.
- Passou a funcionar durante ou depois da realização do CQSSP.

4. Qual sua categoria profissional:

Marcar apenas uma oval.

- Administrador
- Enfermeiro
- Farmacêutico

- Médico
- Outro: _____

5. Tempo de profissão:

Marcar apenas uma oval.

- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- Mais de 20 anos

6. Há quanto tempo trabalha neste estabelecimento?

Marcar apenas uma oval.

- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- Mais de 20 anos

7. Você participa da estrutura responsável pela segurança do paciente?

Marcar apenas uma oval.

- Nunca participei.
- Participo desde antes do curso e continuo até o presente momento.
- Passei a participar durante ou depois do curso e continuo até o presente momento.
- Participei e depois saí.

8. Na época do CQSSP você ocupava algum cargo de gestão?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. Se sim, qual?

Marcar apenas uma oval.

- Diretor Geral ou equivalente
- Diretor clínico ou equivalente
- Chefia de serviço, ou de alguma categoria, ou equivalente
- Coordenador de equipe ou equivalente
- Não se aplica
- Outro: _____

10. Você ocupa algum cargo de gestão atualmente?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11. Se sim, qual cargo de gestão você ocupa?

Marcar apenas uma oval.

- Diretor Geral ou equivalente
- Diretor clínico ou equivalente
- Chefia de serviço, ou de alguma categoria, ou equivalente
- Coordenador de equipe ou equivalente
- Não se aplica
- Outro: _____

12. Você considera que a ocupação do atual cargo de gestão:

Marcar apenas uma oval.

- Está relacionado ao CQSSP.
- Não está relacionado CQSSP.
- Não se aplica.

BLOCO 2: ITENS DE AVALIAÇÃO DO CURSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE (CQSSP)

Numa escala de 1 a 5 escolha a opção que melhor representa sua opinião com relação as afirmativas sobre o Curso Internacional de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (CQSSP) onde:

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

O conteúdo teórico expresso nos livros, vídeos, referências bibliográficas e outros:

13. Estava adequado às minhas expectativas:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

14. Despertou meu interesse:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

15. É relevante para a área saúde:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo

- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

16. Tem aplicabilidade na minha prática profissional:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

17. Estava atualizado:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

Os livros utilizados no CQSSP:

18. Tinham uma boa apresentação:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

19. Tinham uma linguagem clara:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

20. Tinham uma distribuição lógica dos capítulos, facilitando a assimilação do conteúdo:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

21. Tinham exemplos, destaques e ilustrações que ajudaram na compreensão do texto:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

As atividades solicitadas no ambiente virtual de aprendizagem:

22. Foram interessantes:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

23. Estimularam a busca de novas referências:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

24. Contribuíram para a assimilação do conteúdo teórico:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

25. Disponibilizaram tempo adequado para sua realização:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

26. Contribuíram para promover uma interação maior do grupo do hospital:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

Os fóruns e chats realizados durante o curso:**27. Foram interessantes:**

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

28. Contribuíram na compreensão do conteúdo:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo

- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

29. Facilitaram a interação entre conteúdo teórico e a prática profissional:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

30. Promoveram uma interação maior do grupo do hospital:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

31. Permitiram uma boa troca de experiências com alunos de outros hospitais:

Marcar apenas uma oval.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo Parcialmente
- c. Nem discordo nem concordo
- d. Concordo Parcialmente
- e. Concordo Totalmente

O tutor que acompanhou você durante a realização do curso:

32. Tinha domínio do conteúdo apresentado:

Marcar apenas uma oval.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo Parcialmente
- c. Nem discordo nem concordo
- d. Concordo Parcialmente
- e. Concordo Totalmente

33. Tinha boas habilidades comunicativas:

Marcar apenas uma oval.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo Parcialmente
- c. Nem discordo nem concordo
- d. Concordo Parcialmente
- e. Concordo Totalmente

34. Tinha disponibilidade para esclarecer dúvidas:

Marcar apenas uma oval.

- a. Discordo Totalmente
- b. Discordo Parcialmente
- c. Nem discordo nem concordo
- d. Concordo Parcialmente
- e. Concordo Totalmente

35. Utilizava boas estratégias para facilitar a aprendizagem do aluno:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

36. Dava retorno das atividades realizadas, com comentários:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

37. Era motivado:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente

5. Concordo Totalmente

38. Estimulava a participação do aluno:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

39. Era comprometido:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

40. Buscava relacionar a teoria com a prática por meio dos recursos disponíveis no curso:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

41. Ajudava o aluno a construir seu conhecimento ao invés de dar respostas prontas:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

42. Participava ativamente dos chats:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente

- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

43. Orientou bem a construção do TCC:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

O ambiente virtual de aprendizagem:

44. Era de fácil navegação:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

45. Tinha boa apresentação visual facilitando a leitura:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

46. Possuía bons recursos de aprendizagem(vídeos, links, etc.):

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente

5. Concordo Totalmente

47. Tinha boas ferramentas interativas (chats, e-mails, etc):

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

48. Possuía boa qualidade da rede de dados (conexão com a internet):

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

Durante a sua participação no curso:

49. Foi possível conciliar o curso com a atividade laboral no hospital:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

50. Você teve disponibilidade para cumprir a carga horária solicitada para o curso de 8 h. semanais:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

51. Você teve oportunidades para aplicar os conhecimentos adquiridos à sua prática profissional:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

Depois de ter realizado o CQSSP passei a:

52. Participar das discussões sobre a segurança do paciente no estabelecimento em que trabalho:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

53. Incentivar a interação das equipes e apoiá-las nas questões de segurança do paciente:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

54. Incorporar o conhecimento adquirido à minha prática:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

55. Considerar o erro como possibilidade na minha prática:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo

4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

56. Estudar e pesquisar sobre temas relacionados a segurança do paciente, gestão de risco, e qualidade em saúde:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

57. Identificar os riscos existentes no estabelecimento e as melhores formas de reduzi-los:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

58. Propor ações de segurança do paciente para contribuir para a mudança de cultura da sua organização:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

59. Incentivar a participação do paciente nas questões da sua própria segurança:

Marcar apenas uma oval.

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente

60. Valorizar o erro como uma oportunidade de melhoria na qualidade do cuidado:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

Avalie as afirmações sobre o estabelecimento de saúde que você trabalha (ou trabalhava na época do CQSSP).

61. A infraestrutura física favorece um cuidado seguro:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

62. A direção apóia a implementação das ações de segurança do paciente:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

63. Fatores externos (decisões políticas, economia, regulação, etc.) influenciaram na implementação das ações para segurança do paciente:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

64. O NSP ou instância equivalente passou a participar das deliberações favorecendo a implementação das ações de segurança do paciente:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo

- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

65. A comunicação entre os membros do NSP ou instância equivalente e outros profissionais favoreceu a implementação das ações de segurança do paciente:

Marcar apenas uma oval.

- 1. Discordo Totalmente
- 2. Discordo Parcialmente
- 3. Nem discordo nem concordo
- 4. Concordo Parcialmente
- 5. Concordo Totalmente

Envie para mim uma cópia das minhas respostas.

AVALIAÇÃO DO CURSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE (CQSSP)- BL 3

1. Endereço de e-mail *

Itens referentes ao impacto do curso na prática clínica hospitalar

Este questionário possui questões fechadas e abertas, responda-o juntamente com a equipe de alunos que fizeram o CQSSP do seu hospital, com o máximo de informações que possuírem.

Implementação do Núcleo de Segurança do paciente

2. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ou instância equivalente que trata exclusivamente da segurança do paciente (ex: comitê ou comissão de segurança do paciente) encontra-se no atual momento no estabelecimento de saúde: (assinale apenas uma resposta):

Marcar apenas uma oval.

- Não constituído
- Constituído e, em minha opinião, inoperante
- Constituído e, em minha opinião, parcialmente operante
- Constituído e, em minha opinião, totalmente operante
- A Segurança do Paciente é de responsabilidade de outra instância não exclusiva. (Comitê de Qualidade, Núcleo de qualidade, etc.)
- Não sei informar

3. O NSP ou instância equivalente no estabelecimento: (assinale apenas uma resposta) *Marcar apenas uma oval.*

- Foi constituído antes do CQSSP.
- Foi constituído durante ou depois do CQSSP.
- Foi reformulado durante ou depois do curso ficando mais operante.
- Foi reformulado durante ou depois do curso ficando menos operante.
- Foi reformulado durante ou depois do curso ficando no mesmo nível de operação
- Não foi constituída uma instância exclusiva para cuidar da segurança do paciente.
- Não sei informar

4. Quais as categorias profissionais dos componentes do Núcleo de Segurança do Paciente, ou em outra instância que cuida da segurança do paciente?(assinale quantas opções desejar):

Marque todas que se aplicam.

- Médicos
- Enfermeiros
- Farmacêuticos
- Nutricionistas
- Fisioterapeutas
- Administradores
- Outro: _____

5. Os profissionais que atuam no NSP, ou instância equivalente: (assinale apenas uma resposta).

Marcar apenas uma oval.

- São todos exclusivos.
- A maioria dos profissionais são exclusivos.
- A maioria dedica apenas parte de carga horária.
- A segurança do paciente é atribuição de outro setor diferente do NSP ou instância equivalente.
- Não sei informar

6. O NSP ou instância equivalente está vinculado organicamente. (assinale apenas uma resposta caso existam estas instâncias exclusivas para Segurança do Paciente) *Marcar apenas uma oval.*

- À direção geral ou equivalente
- À direção clínica ou técnica ou equivalente
- Não se aplica
- Não sei informar
- Outro: _____

7. O NSP ou instância equivalente, ou outras instâncias responsáveis pela segurança do paciente, participa de reuniões com as instâncias superiores?(assinale apenas uma resposta)

Marcar apenas uma oval.

- Nunca participa
- Esporadicamente
- Sempre que necessário
- Periodicamente
- Não sei informar

8. O NSP ou instância equivalente, ou outras instâncias responsáveis pela segurança do paciente, se reúne com quais destes setores do hospital para discutir, ou tomar decisões: (assinale todas as respostas pertinentes)

Marque todas que se aplicam.

- Não se reúne com outros setores
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Comissão de Revisão de óbitos
- Comissão de Análise de Prontuários
- Comissão de Farmácia de Terapêutica
- Não sei informar
- Outro: _____

Sistema de Notificação de Incidentes

9. O sistema de notificação de incidentes em saúde no estabelecimento funciona? *Marcar*

apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei informar

10. A notificação de incidentes no estabelecimento é de responsabilidade do NSP ou instância equivalente? (assinale apenas uma resposta).

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não se aplica
- Não sei informar

11. A política de notificação de incidentes do estabelecimento de saúde foi: (assinale apenas uma resposta)

Marcar apenas uma oval.

- Implementado antes do CQSSP.
- Implementado durante ou depois do CQSSP.
- Aperfeiçoado durante ou depois do CQSSP.
- Não se aplica
- Não sei informar

12. Atualmente são feitas notificações de incidentes de acordo com as orientações da ANVISA?(assinale apenas uma resposta)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não se aplica

Não sei informar

13. As notificações de incidentes para a ANVISA: (assinale apenas uma resposta) *Marcar apenas uma oval.*

- Já eram feitas antes do CQSSP, mas este NÃO CONTRIBUIU para o aperfeiçoamento do sistema.
- Já eram feitas antes do CQSSP, mas este CONTRIBUIU para o aperfeiçoamento do sistema.
- Passaram a ser feitas durante, ou depois do curso.
- Não se aplica
- Não sei informar

14. As tarefas relacionadas às notificações de incidentes ocupam: (assinale apenas uma resposta) *Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 20% do tempo do trabalho dos integrantes do NSP ou instância equivalente.
- Entre 20 a 50% do tempo do trabalho dos integrantes do NSP ou instância equivalente.
- Entre 50 a 80% do tempo do trabalho dos integrantes do NSP ou instância equivalente.
- Mais de 80% do tempo do trabalho dos integrantes do NSP ou instância equivalente.
- Não se aplica
- Não sei informar

Cultura de Segurança

15. Foi aplicado no hospital algum questionário para medir a cultura de segurança? *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei informar

Implementação dos Protocolos de Segurança do Paciente

Responda as próximas questões considerando os conceitos descritos abaixo:

- a) **NÃO PLANEJADO:** Indica que nunca existiu qualquer ação, descrita em documentos ou implementada, voltada para implementação do protocolo.
- b) **PLANEJADO E NÃO IMPLEMENTADO:** Indica que existe uma política descrita em documentos, mas não existe nenhuma ação no estabelecimento voltada para implementação do protocolo.
- c) **PARCIALMENTE IMPLEMENTADO:** Indica que a estabelecimento possui uma, ou mais ações (mas não todas necessárias) voltadas para implementação do protocolo.
- d) **IMPLEMENTADO E NÃO MONITORADO:** Indica que existem ações voltadas para implementação do protocolo, mas não existem indicadores para monitorar a implementação do protocolo.
- e) **COMPLETAMENTE IMPLEMENTADO:** Indica que as ações foram implementadas e os resultados monitorados com o uso de indicadores.

Identificação do Paciente

16. No estabelecimento o protocolo de Identificação do Paciente encontra-se: *Marcar apenas uma oval.*

- Não planejado
- Planejado e não implementado
- Parcialmente implementado
- Implementado e não monitorado
- Completamente Implementado
- Não sei informar

17. Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo. *Marcar apenas uma oval.*

- Não
- Sim
- Não sei informar

18. Quantos indicadores existem para esse protocolo? *Marcar apenas uma oval.*

- Um
- Dois
- Três
- Mais de três
- Não se informar

DESCREVA ATÉ TRÊS DOS PRINCIPAIS INDICADORES PARA O PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.

19. Nome do Indicador 1:

20. O que mede:

21. Meta para o indicador:

22. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

23. Último Mês do indicador:

24. Último resultado do indicador:

25. Nome do Indicador 2:

26. O que mede:

27. Meta para o indicador:

28. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

Semanal

Quinzenal

Mensal

Bimestral

Semestral

Anual

Outro: _____

29. Último Mês de apuração:

30. Último resultado do indicador:

31. Nome do indicador 3:

32. O que mede:

33. Meta para o indicador:

34. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

35. Último Mês de apuração:

36. Último resultado do indicador:

IMPORTANTE!

37. A equipe considera que existiu correlação da implementação do protocolo de identificação do paciente com a aprendizagem do CQSSP:

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

- Não se aplica
- Não se aplica pois o protocolo já estava implantado antes da realização do curso.
- Não sei informar

Higiene das Mãos

38. No estabelecimento o protocolo de Prática de Higiene das Mãos encontra-se: *Marcar apenas uma oval.*

- Não planejado
- Planejado e não implementado
- Parcialmente implementado
- Implementado e não monitorado
- Completamente Implementado
- Não sei informar

39. Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo. *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei informar

40. Quantos indicadores existem para esse protocolo? *Marcar apenas uma oval.*

- Um
- Dois
- Três
- Mais de três
- Não sei informar

DESCREVA ATÉ TRÊS DOS PRINCIPAIS INDICADORES PARA O PROTOCOLO DE HIGIENE DAS MÃOS

41. Nome do indicador 1:

42. O que mede:

43. Meta para o indicador:

44. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

45. Último Mês de apuração:

46. Último resultado do indicador:

47. Nome do indicador 2:

48. O que mede:

49. Meta para o indicador:

50. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

51. Último Mês de apuração:

52. Último resultado do indicador:

53. Nome do indicador 3:

54. O que mede:

55. Meta para o indicador:

56. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

57. Último Mês de apuração:

58. Último resultado do indicador:

IMPORTANTE!

59. A equipe considera que existiu correlação da implementação do protocolo de prática de higiene das mãos com a aprendizagem do CQSSP:

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica
- Não se aplica pois o protocolo já estava implantado antes da realização do curso.
- Não sei informar

Úlcera por Pressão

60. No estabelecimento o protocolo de Úlcera por Pressão encontra-se: *Marcar apenas uma oval.*

- Não planejado
- Planejado e não implementado
- Parcialmente implementado
- Implementado e não monitorado
- Completamente Implementado
- Não sei informar

61. Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo. *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei informar

62. Quantos indicadores existem para esse protocolo? *Marcar apenas uma oval.*

- Um
- Dois
- Três
- Mais de três
- Não sei informar

DESCREVA ATÉ TRÊS DOS PRINCIPAIS INDICADORES PARA O PROTOCOLO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO:

63. Nome do indicador 1:

64. O que mede:

65. Meta para o indicador:

66. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

67. Último Mês de apuração:

68. Último resultado do indicador:

69. Nome do indicador 2:

70. O que mede:

71. Meta para o indicador:

72. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

73. Último Mês de apuração:

74. Último resultado do indicador

75. Nome do indicador 3:

76. O que mede:

77. Meta para o indicador:

78. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

79. Último Mês de apuração:

80. Último resultado do indicador:

IMPORTANTE!

81. A equipe considera que existiu correlação da implementação do protocolo de úlcera por pressão com a aprendizagem do CQSSP:

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica
- Não se aplica pois o protocolo já estava implantado antes da realização do curso.
- Não sei informar

Prevenção de Quedas

82. No estabelecimento o protocolo de Prevenção de Quedas encontra-se: *Marcar apenas uma oval.*

- Não planejado
- Planejado e não implementado
- Parcialmente implementado
- Implementado e não monitorado
- Completamente Implementado
- Não sei informar

83. Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo. *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei informar

84. Quantos indicadores existem para esse protocolo? *Marcar apenas uma oval.*

- Um
- Dois
- Três
- Mais de três
- Não sei informar

DESCREVA ATÉ TRÊS DOS PRINCIPAIS INDICADORES PARA O PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS:

85. Nome do indicador 1:

86. O que mede:

87. Meta para o indicador:

88. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

89. Último Mês de apuração

90. Último resultado do indicador:

91. Nome do indicador 2:

92. O que mede:

93. Meta para o indicador:

94. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral

- Semestral
- Anual
- Outro: _____

95. Último Mês de apuração:

96. Último resultado do indicador:

97. Nome do indicador 3:

98. O que mede:

99. Meta para o indicador:

100. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

101. Último Mês de apuração:

102. Último resultado do indicador:

IMPORTANTE!

103. A equipe considera que existiu correlação da implementação do protocolo de prevenção de quedas com a aprendizagem do CQSSP:

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica
- Não se aplica pois o protocolo já estava implantado antes da realização do curso.
- Não sei informar

Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

104. No estabelecimento o protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos encontra-se

Marcar apenas uma oval.

- Não planejado
- Planejado e não implementado
- Parcialmente implementado
- Implementado e não monitorado
- Completamente Implementado
- Não sei informar

105. Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo. *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei informar

106. Quantos indicadores existem para esse protocolo? *Marcar apenas uma oval.*

- Um
- Dois
- Três
- mais de três
- Não sei informar

DESCREVA ATÉ TRÊS DOS PRINCIPAIS INDICADORES PARA O PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

107. Nome do indicador 1:

108. O que mede:

109. Meta para o indicador:

110. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro

111. Último Mês de apuração:

112. Último resultado do indicador:

113. Nome do indicador 2:

114. O que mede:

115. Meta para o indicador:

116. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

117. Último Mês de apuração:

118. Último resultado do indicador:

119. Nome do indicador 3:

120. O que mede:

121. Meta para o indicador:

122. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

123. Último Mês de apuração:

124. Último resultado do indicador:

IMPORTANTE!

125. A equipe considera que existiu correlação da implementação do protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos com a aprendizagem do CQSSP: *Marcar apenas uma oval.*

- Discordo
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica
- Não se aplica pois o protocolo já estava implantado antes da realização do curso.
- Não sei informar

Cirurgia Segura

126. No estabelecimento o protocolo de cirurgia segura encontra-se: *Marcar apenas uma oval.*

- Não planejado
- Planejado e não implementado
- Parcialmente implementado
- Implementado e não monitorado
- Completamente Implementado
- Não sei informar

127. Existe(m) indicador(es) utilizado(s) para monitorar a implementação desse protocolo. *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei informar

128. Quantos indicadores existem para esse protocolo? *Marcar apenas uma oval.*

- Um
- Dois
- Três
- Mais de três
- Não sei informar

DESCREVA ATÉ TRÊS DOS PRINCIPAIS INDICADORES PARA O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA:

129. Nome do indicador 1 :

130. O que mede:

131. Meta para o indicador:

132. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

133. Último Mês de apuração:

134. Último resultado do indicador:

135. Nome do indicador 2:

136. O que mede:

137. Meta para o indicador:

138. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro

139. Último Mês de apuração:

140. Último resultado do indicador:

141. Nome do indicador 3:

142. O que mede:

143. Meta para o indicador:

144. Periodicidade

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Anual
- Outro: _____

145. Último mês de apuração:

146. Último resultado do indicador:

Importante!

147. A equipe considera que existiu correlação da implementação do protocolo de Cirurgia Segura com a aprendizagem do CQSSP:

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica
- Não se aplica pois o protocolo já estava implantado antes da realização do curso.
- Não sei informar

Educação continuada/permanente

148. Existe educação continuada/permanente que inclui a segurança do paciente no estabelecimento:

Marcar apenas uma oval.

- Não existe.
- Existe um programa/política por escrito e envolve TODAS as categorias profissionais.
- Existe um programa/política por escrito e envolve ALGUMAS categorias profissionais.
- São apenas ações para TODAS as categorias profissionais.
- São apenas ações para ALGUMAS(s) categorias profissionais.
- Não sei informar

149. As ações e/ou as políticas/programa de educação continuada/permanente: *Marcar apenas uma oval.*

- Não existem.
- Foram implementadas por influência do CQSSP.
- Já existiam mas foram intensificadas durante ou depois do CQSSP.
- Não sei informar

Envie para mim uma cópia das minhas respostas.

Powered by

 Google Forms