

EIXO 2

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO APRENDIZAGEM PARA AS PRÁTICAS
NO CUIDADO MAIS EFETIVO E SEGURO E TREINAMENTO NAS
PRÁTICAS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

FORMAÇÃO PARA A SEGURANÇA
DO PACIENTE: REFLETINDO
ACERCA DO PROCESSO DE
ENSINO E DE APRENDIZAGEM

Janete de Souza Urbanetto¹

Andrea Gonçalves Bandeira²

Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo³

¹ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências da Saúde da PUCRS. CV: <http://lattes.cnpq.br/8935137454685552>. E-mail: jurbanetto@pucrs.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFRGS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências da Saúde da PUCRS. CV: <http://lattes.cnpq.br/3420144403788446>. E-mail: andrea.bandeira@pucrs.br

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências da Saúde da PUCRS. CV: <http://lattes.cnpq.br/1371008868231019>. E-mail: anaef@pucrs.br

Resumo

O presente capítulo apresenta uma reflexão acerca da formação para a segurança do paciente no âmbito da formação técnica, de graduação, pós-graduação e educação permanente em saúde, com uma proposta pedagógica focada nos objetivos de aprendizagem e nas metodologias ativas. Metodologias de ensino baseadas na pedagogia da transmissão do conhecimento, com disciplinas fragmentadas, dificuldades na integração teórico-prática e avaliação do aprendizado, são obstáculos para a internalização de uma cultura de segurança do paciente nos diversos âmbitos da atenção em saúde. A inserção de um processo alinhado entre o ensino, a aprendizagem e a avaliação formativa, tendo por base os objetivos da aprendizagem, pode se configurar em uma possibilidade ou um caminho para o alcance de melhores práticas em saúde, com redução de riscos e danos evitáveis.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Educação em saúde; Aprendizagem. Formação profissional em saúde.

INTRODUÇÃO

A temática segurança do paciente não é desconhecida dos profissionais e dos estudantes da área da saúde. Embora presente, mas nem sempre reconhecida, ganhou repercussão mundial nos anos 2000 com a publicação do relatório do Institute of Medicine¹ dos Estados Unidos da América, o qual gerou repercussões nos anos posteriores até os dias atuais, em várias instituições. No que tange à formação na área da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um guia para professores e estudantes das várias áreas e vários níveis de formação².

Muitos movimentos, ações e redes foram sendo instituídos ao longo de todos esses anos para que os riscos evitáveis e os danos preveníveis pudessem ser minimizados, como, por exemplo, no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)³ e seus protocolos. O PNSP, em seu objetivo específico de “fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde”³⁽⁴³⁾, estabelece esta estratégia fundamental de que a formação em saúde necessita ter como princípio básico e transversal a segurança dos pacientes.

No entanto, anos depois dos movimentos mundiais alavancados pela OMS e da instituição do PNSP no Brasil, ainda não se apreenderam a cultura de segurança do paciente e a atenção centrada no paciente almejadas e defendidas por esses movimentos. Ainda é muito presente a formação em saúde tecnicista e fragmentada, persistindo a

noção de trabalho em equipe como agregação de vários profissionais em uma mesma situação, compartilhando espaço físico e clientela⁴. Esse contexto denota uma falta de integração que assegure a integralidade da atenção e um cuidado de qualidade.

Recentemente, a OMS lançou uma proposição de um plano de ação global para a segurança dos pacientes nos anos de 2021 a 2030, sob a pauta de “eliminar os danos evitáveis no cuidado de saúde”, convocando os governos, a própria OMS, estabelecimentos/serviços de saúde e partes interessadas para a implantação de sete objetivos estratégicos⁵. Destes, o “Objetivo Estratégico 5 – Educação, habilidades e segurança do trabalhador de saúde”⁵⁽⁴⁸⁾ está voltado para um olhar mais atento para a formação dos profissionais da saúde, indicando que, além de serem capacitados, precisam ser protegidos e liderados para que a segurança do paciente se estabeleça⁵.

O desafio da OMS de eliminar os danos evitáveis no cuidado de saúde denota a necessidade de ampliarmos a visão de forma ousada em busca de uma cultura de segurança do paciente, e não apenas de metas, visto que todas as ações dos últimos anos e indicadores chocantes de morbimortalidade relacionada com danos evitáveis ainda não foram suficientes para impulsionar melhorias para o cuidado seguro⁵.

Este capítulo apresenta uma reflexão acerca das estratégias pedagógicas que podem ser utilizadas para os processos de ensino, de aprendizagem e de avaliação formativa em saúde alicerçados nos objetivos de aprendizagem com vistas ao desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente.

SEGURANÇA DO PACIENTE: COMO FORMAMOS OS PROFISSIONAIS?

Generalizando, de onde partimos...

Na formação em saúde, seja ela em nível técnico, graduação ou pós-graduação, a maioria dos projetos pedagógicos dos cursos é organizada com operacionalização dos currículos por meio de disciplinas que atendem aos objetivos específicos e individuais da formação do profissional, mas que, na maioria das vezes, não interagem umas com as outras, resultando em uma percepção frágil, fragmentada e dispensável por parte dos estudantes.

As disciplinas teórico-práticas ainda são estruturadas em etapas teóricas, com um grande volume de conteúdos ainda distanciados da prática (o estudante não tem vivências que tornem o conteúdo significativo), e de etapas práticas, nas quais se espera que haja uma interrelação entre a teoria e a prática. Nesta última, o aprendizado se dá em ambientes simulados de baixa fidelidade e nos cenários reais da atenção em saúde, o

que resulta, muitas vezes, em uma exposição do paciente ao risco quando a efetivação do cuidado não está alicerçada em práticas seguras.

Na formação de profissionais da saúde, a maioria das instituições não possui um programa de educação permanente, o que remete a capacitações esporádicas com metodologias tradicionais de aulas expositivas dialogadas, pontuais e sem um planejamento amplo que envolva a avaliação do processo de trabalho com base nos indicadores assistenciais e gerenciais institucionais.

No cotidiano da atenção em saúde, seja na atuação de professores, estudantes ou de profissionais da saúde, muitas práticas fundamentadas em evidências científicas são desviadas, configurando a chamada “normalização do desvio”, concebida pela socióloga Diane Vaughan e descrita por Shaw⁶⁽¹⁾ como:

Pessoas dentro da organização tornam-se tão acostumadas a um comportamento desviante que elas não o consideram como desviante, apesar do fato de que excedem, em muito, as regras para a segurança elementar.

A Normalização do Desvio, nos serviços de saúde, raramente ocorre com intenção deliberada por parte do profissional⁷. Se profissionais burlam as práticas seguras, a Normalização do Desvio começa a ser aceita pelos demais membros da equipe. Com isso, quando uma figura de autoridade presencia uma Normalização do Desvio e não a corrige, o comportamento errado pode tornar-se incorrigível e vir a se espalhar pelos demais membros da equipe⁸. Esse é um ponto estratégico para ser alinhado no cotidiano de formação em saúde.

Dessa forma, depois de tantos anos da existência formal do ensino na área da saúde, ainda são prementes as perguntas: como se estabelece a relação teórico-prática? Como as habilidades e competências dos estudantes e dos profissionais são desenvolvidas e internalizadas para o cuidado seguro aos pacientes?

Como podemos avançar...

Um elemento a considerar, quando se pensa em avançar para uma atenção integral e segura, é o que podemos mudar para que essa relação entre as evidências científicas e o cotidiano, no âmbito da formação ou da atenção em saúde, efetivem-se em prol da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados em saúde, conforme plano global da OMS.

Nesse contexto pedagógico, a utilização de objetivos de aprendizagem bem redigidos e implementados por meio de metodologias ativas pode ser um ponto de partida para o sucesso na construção de uma cultura global de segurança do paciente.

O processo de ensino, de aprendizagem e de avaliação formativa

Compreende-se que, para repensarmos sobre os processos de ensino, de aprendizagem e de avaliação em segurança do paciente, é essencial o uso de práticas pedagógicas inovadoras que favoreçam o desenvolvimento de uma cultura de segurança justa, pautada em processos crítico-reflexivos e colaborativos, que estimulem a formação permanente de forma integrada, e uma avaliação formativa que vise ao desenvolvimento de resultados de aprendizagem claros e mensuráveis na construção de um cuidado integral e seguro⁹.

Sabe-se que, na atualidade, o ensino em saúde é cada vez mais desafiado a formar profissionais preparados para lidar com problemas gradativamente mais complexos, e, para isso, o cuidado centrado no paciente/usuário e família e o desenvolvimento de práticas integradas e seguras são fundamentais para o fortalecimento da atenção em saúde.

Nesse contexto, entende-se que as práticas pedagógicas baseadas em processos de ensino/aprendizagem/avaliação formativos aliados à educação interprofissional podem otimizar as habilidades dos estudantes e profissionais, compartilhando o gerenciamento de casos e levando à prestação de serviços de saúde de melhor qualidade a pacientes e à comunidade, colocando o paciente/cliente/usuário e família na centralidade do cuidado.

Considerando esse cenário, o processo de avaliação da aprendizagem constitui-se como um aspecto muito relevante na formação em serviço ou de novos profissionais de saúde. No entanto, não basta mudar apenas a forma de ensinar, também é imprescindível que se possa avaliar o aprendizado sob uma nova perspectiva. Assim, sugere-se o uso da Taxonomia de Bloom para estruturar de maneira clara e mensurável os objetivos de aprendizagem que irão guiar a avaliação.

A partir da definição de objetivos de aprendizagem pautados na Taxonomia de Bloom e do uso de um instrumento de avaliação formativa, o professor/supervisor/gestor tem a possibilidade de discutir com o aluno/profissional o seu desempenho nas práticas simuladas ou reais, permitindo a evolução do estudante/profissional nos diversos níveis dos domínios da taxonomia, evoluindo desde habilidades de pensamento de ordem inferior, como lembrar fatos e situações, até habilidades de pensamento de ordem superior, como análise crítica da situação e eventual criação de alternativas^{9,11}.

Desse modo, entende-se que os processos de ensino-aprendizagem e de avaliação formativa contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente desde a formação técnica/universitária, como na implementação de processos de educação permanente nos serviços de saúde que contribuam para um cuidado seguro.

Objetivos de aprendizagem

A aprendizagem ocorre quando há mudança de comportamento, atitude ou de conhecimento. É importante que o estudante/profissional que esteja em um processo de ensino e de aprendizagem saiba com clareza o que se espera que ele alcance ou no que seja proficiente. Nesse sentido, é de vital importância distinguir o que são metas (objetivos de ensino) e o que são objetivos de aprendizagem. Os primeiros são gerais e inespecíficos: é o que será oferecido em um curso. Os segundos são específicos, mensuráveis e observáveis e se referem ao que se espera que o estudante/profissional seja capaz de fazer, ou como o objetivo vai ser obtido com sucesso^{12,13}.

Os objetivos de aprendizagem devem ser relevantes, centrados no aprendiz e focados no que ele deve fazer para alcançar com sucesso a atividade, contribuindo para o processo de avaliação formativa^{12,13}.

A Taxonomia de Bloom é um sistema de classificação de comportamento intelectual que oferece uma gama de verbos de ação para compor um objetivo de aprendizagem mensurável e observável, capaz de medir competência e proficiência^{12,14}. As pessoas possuem uma grande variedade de conhecimentos e habilidades, assim como diferentes níveis de proficiência. De acordo com Bloom, o aprendizado ocorre em três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor. Ele e seus colaboradores sentiram a necessidade de classificar o conhecimento e a habilidade de maneira que pudessem ser avaliados. Esses três domínios são reconhecidos pelo acrônimo CHA (Conhecimento, Habilidades e Atitudes). Portanto, é importante entender o significado de cada domínio e os níveis crescentes de complexidade¹².

O domínio cognitivo se refere a aprender e a dominar um conhecimento e uma habilidade intelectual, que evoluem em um *continuum* de complexidade, partindo de pensamentos de ordem inferior (níveis mais baixos) até uma ordem superior (níveis mais altos) de habilidade de pensamento: lembrar, entender, aplicar, avaliar, analisar e criar^{10,12,13}.

O domínio psicomotor se refere às habilidades motoras, e seus níveis de complexidade crescente são: observação, imitação, prática e adaptação (naturalização).

O domínio afetivo da Taxonomia de Bloom aborda a maneira com que um indivíduo age ou reage emocionalmente, preocupado com as mudanças, os interesses, as atitudes e os valores. Enfoca fatores subjetivos como motivação, apreciação, valores e atitudes. São cinco as categorias hierárquicas de nível de envolvimento: receptividade, resposta, valorização, organização e caracterização^{10,12,13}.

Resumindo, um objetivo de aprendizagem bem redigido, independentemente do domínio, deve ser mensurável, específico e observável. Deve contemplar claramente as seguintes características: quem é a audiência (para quem foi escrito), qual o comportamento esperado (verbo de ação para descrever um comportamento/Taxonomia de Bloom), em

que condições (de que maneira o comportamento deve ser realizado) e grau (critérios a serem usados para considerar o desempenho aceitável). Com o objetivo da aprendizagem delineado, a avaliação é uma consequência^{12,13}.

As metodologias ativas

As estratégias pedagógicas tradicionais de ensino-aprendizagem, principalmente aulas expositivas, são as mais utilizadas, seja no ensino nos cursos técnicos ou de graduação, seja nas ações de desenvolvimento de pessoas. Se somarmos a isso os processos de avaliação da aprendizagem somáticos, por meio de provas e práticas que não estão alinhadas aos objetivos reais da aprendizagem ou, ainda, que estão centradas nos níveis inferiores dos domínios da aprendizagem (Domínio Cognitivo – lembrar; Domínio Psicomotor – observar ou imitar, e Domínio Afetivo – receptividade), podemos explicar, talvez, por que ainda não temos uma cultura estabelecida na prevenção das infecções com uma ação básica de higienização das mãos, ou por que ainda realizamos cuidados em pacientes errados. Essas estratégias levam à exaustão professores/formadores, líderes e estudantes/profissionais comprometidos com as práticas seguras, visto que os resultados esperados não são obtidos por ausência ou inadequação dos processos, ou, ainda, por estarem presentes por um período muito fugaz.

As metodologias ativas de ensino e de aprendizagem surgem, apesar de não serem novas, como uma possibilidade de mudança e como uma perspectiva de alteração dos papéis dos envolvidos, remetendo a uma necessidade de envolvimento do estudante/profissional em busca do aprendizado duradouro e significativo.

Dessa forma, as metodologias ativas possibilitam o protagonismo do estudante/profissional durante todo o processo de construção do conhecimento, por meio de desafios a serem superados pelos estudantes, tendo o professor o papel de orientador/mediador do processo^{15,16}. Essas metodologias permitem a articulação entre ensino, serviço e comunidade, possibilitando um diagnóstico aprofundado da realidade, uma vez que os diferentes conhecimentos e experiências dos envolvidos são valorizados e que a produção coletiva possui uma interface mais robusta para a incorporação nas práticas de saúde^{17,18}.

Dentre as metodologias ativas utilizadas na formação em saúde, destacam-se: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)^{19,20}, *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE)²¹, Aprendizagem Baseada em serviços – *Service Learning*²² e Aprendizagem por Pares²³⁻²⁵. Para viabilizar o seu uso, algumas ferramentas, instrumentos ou técnicas também são adotados, como, por exemplo, a Simulação Realística²⁶⁻²⁸ e as Ferramentas de gerenciamento de Risco²⁹. Quanto mais aplicáveis forem, melhor será o significado e, portanto, maior será o aprendizado.

APLICANDO OS OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM NO ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

O processo de internalização ocorre mais facilmente no início da formação, quando os estudantes ainda não normalizaram práticas inseguras. No entanto, a identificação dessas práticas inseguras requer uma ação. A problematização evidencia a prática desviante e permite a realização de intervenções com o intuito de melhorar o processo da atenção em saúde.

Para um bom entendimento e futuras aplicações, o Quadro 1 exemplifica um cenário de ação pautado nos objetivos de aprendizagem apresentados e no Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde.

Quadro 1. Exemplo de aplicação dos Objetivos da aprendizagem para a redução de riscos e danos evitáveis relacionados à identificação dos pacientes

Objetivos de Aprendizagem: ao final da ação/intervenção/curso, o estudante/profissional deve ser capaz de:		
Domínio	Cognitivo – Nível Intermediário – Aplicar	
Aplicar as etapas do processo de identificação do paciente em todas as atividades de cuidado por meio de dois identificadores.		
Características	Audiência	Estudante e/ou profissional
	Comportamento	Aplicar as etapas do processo de identificação do paciente
	Condição	Ao abordar o paciente, independentemente da ação a ser realizada
	Grau	Confere na pulseira dois identificadores
Domínio	Psicomotor – Nível Superior – Naturalização	
Demonstrar habilidades na conferência da pulseira de identificação do paciente, utilizando no mínimo dois identificadores.		
Domínio	Afetivo – Nível Superior – Caracterização	
Motiva a mudança de comportamento com relação à identificação do paciente.		

Fonte: Churches¹¹, Waller e Directors¹³.

É importante destacar que, nesse cenário do Quadro 1, os objetivos de aprendizagem elencados de acordo com os domínios da Taxonomia de Bloom, apesar de descritos separadamente, podem e devem ser trabalhados em conjunto. Ainda, na redação dos objetivos de aprendizagem do domínio cognitivo, as características condição e grau não são obrigatórias. No entanto, elas tornam o objetivo mensurável, auxiliando no processo de ensino e de aprendizagem. Nos domínios psicomotor e afetivo, as características não são comumente utilizadas.

Outro aspecto a destacar é que a prática de identificação não exige conhecimentos complexos para a sua realização. Envolve, sim, grandes riscos uma vez que a não realização dessa prática pode abranger danos ao paciente^{30,31}, como procedimentos e terapêuticas realizados em pessoas erradas. Essas evidências deveriam ser, por si sós, mobilizadoras de mudanças, mas, sem uma internalização da cultura de segurança do paciente e do paciente no centro do cuidado em saúde, as práticas desviantes ainda são prevalentes, mesmo com a orientação de protocolos e diretrizes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, abordou-se uma reflexão acerca da importância da formação para a segurança do paciente em diferentes níveis e cenários de prática.

Em síntese, quando se pensa nos processos de ensino, de aprendizagem e de avaliação formativa para a segurança do paciente, as metodologias ativas se consolidam como uma estratégia imprescindível para a mudança no *status quo*. Podem contribuir para esse processo, desde que alinhadas aos objetivos de aprendizagem, para que efetivamente se tenha a internalização dos valores fundamentais da cultura de segurança do paciente, da prática não desviada. A Taxonomia de Bloom, na sua amplitude de domínios, agrega valores ao conhecimento.

Compreende-se que existem obstáculos relacionados com a formação em saúde em função da estrutura pedagógica dos cursos e da formação uniprofissional. Além disso, ainda existe a resistência dos profissionais, gestores, professores e estudantes de mudança para um modelo disruptivo que permita que a cultura de segurança do paciente se concretize.

Referências

1. Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2021 Jul 21]. 271 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União [Internet]. 2 abr. 2013 [citado 21 jul 2021]; Seção 1:43-4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2001 [cited 2021 jul 21];35(1):103-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/abstract/?lang=pt>
5. World Health Organization. Draft Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5_5
6. Shaw G. The Normalization of Deviance: Resisting the ‘New Normal’. *Emergency Medicine News* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 21];39(7):20-21. Available from: https://journals.lww.com/em-news/fulltext/2017/07000/special_report_the_normalization_of_deviance_.5.aspx
7. Odom-Forren J. The normalization of deviance: a threat to patient safety. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 21];26(3):216-9. Available from: [https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(11\)00261-9/fulltext](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(11)00261-9/fulltext)
8. Sharon A, McNamara SA. The normalization of deviance: what are the perioperative risks? *AORN Journal* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 21];93(6):796-801. Available from: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.aorn.2011.02.009>
9. Gustavo AS, Figueiredo AEPL, Bandeira AG, Urbanetto JS, Schilling MCL. Simulação realística na prática pedagógica formativa: desenvolvendo o raciocínio clínico e o pensamento crítico. In: Mancia JR, Capellari C, Silva MCS, organizadores. *Sobre ensinar em enfermagem: metodologias, relatos e reflexões*. Porto Alegre (RS): ABEn-RS; 2020. v. 1, p. 239-351.
10. Ferraz APCM, Belhot, RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gest Prod* [Internet]. 2010 [cited 21 jul

2021];7(2):421-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/bRkFgcJqbGCDp3HjQqFdqBm/abstract/?lang=pt#>

11. Churches A. Bloom's digital taxonomy: Australian School Library Association NSW Incorporated [Internet]. 2010 [cited 2021 Jul 21]; Available from: <http://burtonslifelearning.pbworks.com/w/file/fetch/26327358/BloomDigitalTaxonomy2001.pdf>

12. Bilon E. Using Bloom's Taxonomy to Write Effective Learning Objectives: The ABCDs of Writing Learning Objectives: A Basic Guide. Kindle's edition. From author; 2019.

13. Waller KV, Directors NBO. Writing instructional objectives [Internet]. 2001 [cited 2021 Jul 21]. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.363.807&rep=rep1&type=pdf>

14. Krathwohl DR. A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. Theory into practice [Internet]. 2002 [cited 2021 Jul 21];42(4):212-218. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15430421tip4104_2

15. Minardi MS, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2008 [citado 2021 jul 21];13(2):2133-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en.

16. Macedo KDS, Acosta BS, Silva EB, Souza NS, Beck CLC, Silva KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. Esc Anna Nery [Internet]. 2018 [citado 2021 jul 21];22(3):e20170435. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300704&lng=en.

17. Fernandes CR, Falcão SNRS, Gomes JMA, Colares FB, Maior MMMS, Correa RV, et al. Ensino de emergências na graduação com participação ativa do estudante. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2014 [citado 2021 jul 21];38(2):261-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/SG4XbMVRmNfx5qRCT7HXpS/?lang=pt>

18. Melo BC, Sant'Ana G. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. Comun Ciênc Saúde [Internet]. 2012 [citado 2021 jul 21];23:327-39. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/pratica_metodologia_ativa.pdf

19. Thammasitboon K, Sukotjo C, Howell H, Karimbux N. Problem-Based Learning at the Harvard School of Dental Medicine: Self-Assessment of Performance in Postdoctoral Training. J Dent Educ [Internet]. 2007 [cited 2021 Jul 21];71(8):1080-9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/6152669_Problem-Based_Learning_at_the_Harvard_School_of_Dental_Medicine_Self-Assessment_of_Performance_in_Postdoctoral_Training

20. Souza SC, Dourado L. Aprendizagem baseada em problemas (ABP): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. *HOLOS* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 21];31(5):182-200. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/2880/1143>
21. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J* [Internet]. 1975 [cited 2021 Jul 21];1(5955):447-451. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1672423/pdf/brmedj01434-0047.pdf>
22. Bringle RG. Service-Learning in Higher Education: Concepts and Practices. *J Higher Educ* [Internet]. 1997 [cited 2021 Jul 21];68(6):715-7. Available from: <https://search.proquest.com/openview/d7f11bd8c0fb9e82b29fc96c6c5e81e6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41328>
23. Cardoso Neto FJA. Peer Instruction: guia prático para docentes da área de saúde sobre a utilização do método Peer Instruction como ferramenta de aprendizagem. Recife: Do Autor; 2019 [cited 2021 jul 21]. Disponível em: <https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/255/1/Guia%20Pr%C3%A1tico%20PI%20Fortunato.pdf>
24. Gray S, Wheat M, Christensen M, Craft J. Snaps+: Peer-to-peer and academic support in developing clinical skills excellence in under-graduate nursing students: An exploratory study. *Nurse Educ Today* [Internet] 2019 [cited 2021 jul 21];73:7-12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691718308153?via%3Dih>
25. Pereira Fl. Aprendizagem por pares e os desafios da educação para o senso-crítico. *Int J Activ Learn* [Internet]. 2017 [cited 2021 JUL 21];2(1):6-12. Disponível em: <https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/ijoal/article/view/76> . <https://doi.org/10.15202/25262254.2017v2n1p6>
26. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2004 [cited 2021 Jul 21];13(suppl 1):i2-i10. Available from: https://qualitysafety.bmjjournals.com/content/13/suppl_1/i2. <https://doi.org/10.1190/S0034-71672009000500015>
27. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030 [Internet]. London (UK): NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016 [cited 2021 Jul 21] Available from: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>
28. INACSL Standards Committee. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Glossary. *Clinical Simulation in Nursing* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 21];12:S39-S47. Available from: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(16\)30133-5/pdf](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(16)30133-5/pdf)
29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde [Internet]. Brasília: Anvisa; 2017 [cited 2021 jul 21].

Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>

30. Alves KYA, Oliveira PTC, Chiavone FBT, Barbosa ML, Saraiva COPO, Martins CCF, et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 [citado 21 jul 2021];31(1):79-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7npkKx5QT3YGdFf95kLZpbk/?lang=pt>

31. Tase TH, Quadrado ERS, Tronchin DMR. Evaluation of the risk of misidentification of women in a public maternity hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 21];71(1):120-5. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gzTzKYScHfSd77pgyCmhg3c/?lang=en>