v7.n6.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

COMPETÊNCIAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO MÉDICA: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

COMPETENCIES IN PATIENT SAFETY IN MEDICAL EDUCATION: A DOCUMENTARY ANALYSIS

COMPETENCIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FORMACIÓN MÉDICA: UN ANÁLISIS DOCUMENTAL

Stefane Arruda Macedo[1], Gabriela Furst Vaccarezza[2]

e768129

PUBLICADO: 06/2026 https://doi.org/10.47820/recima21.v7i6.8129

RESUMO

A segurança do paciente é componente essencial da formação médica. Diante dos riscos associados a práticas assistenciais inseguras, garantir um cuidado seguro e de qualidade exige o desenvolvimento de competências como comunicação eficaz, liderança, tomada de decisão baseada em evidências e gestão de riscos, conforme orientam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Medicina, a legislação sanitária brasileira e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este estudo teve como objetivo analisar criticamente o alinhamento entre as DCNs de Medicina, a legislação sanitária brasileira e o Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS, identificando convergências, lacunas e oportunidades de implementação curricular. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza documental, baseado na análise comparativa entre as DCNs (Resolução CNE/CES nº 3/2014), a Portaria nº 529/2013, a Resolução RDC nº 36/2013 e o Guia Curricular da OMS (2011), com análise de conteúdo temática segundo Bardin (2011), codificação independente por duas pesquisadoras e resolução de divergências por consenso. Foram identificadas sete dimensões convergentes: cultura de segurança, trabalho em equipe e interdisciplinaridade, práticas baseadas em evidências, educação e formação contínua, estágios e treinamento prático supervisionado, competências profissionais técnicas, humanísticas e gerenciais, e comunicação eficaz como elemento transversal. Apesar da convergência normativa, observaram-se lacunas na operacionalização curricular, especialmente na integração transversal da segurança do paciente nos estágios médicos e na tradução das evidências em metodologias de ensino e avaliação. Conclui-se que, embora haja sólido alinhamento normativo, é necessário fortalecer a implementação curricular, incorporando competências interpessoais, éticas e gerenciais que assegurem cuidado seguro, humanizado e de excelência.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Educação médica. Competências clínicas. Diretrizes curriculares. Formação profissional em saúde.

ABSTRACT

Patient safety is an essential component of medical education. Given the risks associated with unsafe care practices, ensuring safe and high-quality care requires the development of competencies such as effective communication, leadership, evidence-based decision-making, and risk management, as guided by the National Curricular Guidelines (DCNs) for medicine, Brazilian health legislation, and World Health Organization (WHO) recommendations. This study aimed to critically analyze the alignment between the Brazilian National Curricular Guidelines for Medicine, Brazilian health legislation, and the WHO Patient Safety Curriculum Guide, identifying convergences, gaps, and curricular implementation opportunities.

[1] Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil.
[2] Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi e da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Paulo, SP, Brasil.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Despite the normative convergence, relevant gaps were observed in curricular operationalization, especially regarding the transversal integration of patient safety in medical internships and the translation of evidence into teaching and assessment methodologies. The study concludes that, although there is solid normative alignment between national and international guidelines, curricular implementation must be strengthened by incorporating interpersonal, ethical, and managerial competencies that ensure safe, humanized, and excellent care.

KEYWORDS: *Patient safety. Medical education. Clinical competence. Curriculum. Health professional education.*

RESUMEN

La seguridad del paciente es un componente esencial de la formación médica. Frente a los riesgos asociados a prácticas asistenciales inseguras, garantizar un cuidado seguro y de calidad exige el desarrollo de competencias como comunicación eficaz, liderazgo, toma de decisiones basada en evidencias y gestión de riesgos, conforme orientan las Directrices Curriculares Nacionales (DCNs) del curso de Medicina, la legislación sanitaria brasileña y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este estudio tuvo como objetivo analizar críticamente la alineación entre las DCNs de Medicina, la legislación sanitaria brasileña y la Guía Curricular de Seguridad del Paciente de la OMS, identificando convergencias, lagunas y oportunidades de implementación curricular. Se trata de un estudio cualitativo, de naturaleza documental, basado en el análisis comparativo entre las DCNs (Resolución CNE/CES nº 3/2014), la Ordenanza nº 529/2013, la Resolución RDC nº 36/2013 y la Guía Curricular de la OMS (2011), con análisis de contenido temático según Bardin (2011), codificación independiente por dos investigadoras y resolución de divergencias por consenso. Se identificaron siete dimensiones convergentes entre los documentos analizados: cultura de seguridad, trabajo en equipo e interdisciplinariedad, prácticas basadas en evidencias, educación y formación continua, pasantías y entrenamiento práctico supervisado, competencias profesionales técnicas, humanísticas y gerenciales, y comunicación eficaz como elemento transversal. A pesar de la convergencia normativa, se observaron lagunas relevantes en la operacionalización curricular, especialmente en la integración transversal de la seguridad del paciente en las pasantías médicas y en la traducción de las evidencias en metodologías de enseñanza y evaluación. Se concluye que, aunque existe una sólida alineación normativa entre las directrices nacionales e internacionales, es necesario fortalecer la implementación curricular mediante la incorporación de competencias interpersonales, éticas y gerenciales que aseguren un cuidado seguro, humanizado y de excelencia.

PALABRAS CLAVE: *Seguridad del paciente. Educación médica. Competencia clínica. Currículo. Formación profesional en salud.*

INTRODUÇÃO

O ensino em saúde, voltado à formação de profissionais comprometidos com a saúde da população, tem sido foco de preocupações e debates, passando por vários processos de reformas substanciais tanto no âmbito internacional, como no contexto brasileiro (Moreira; Dias, 2015). No texto da Constituição brasileira de 1988, na Seção II da Saúde, aponta-se como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação de recursos humanos na

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

saúde (Brasil, 1988). Todavia, cabe ao Ministério da Educação (MEC) a operacionalização dessa atribuição, o que exige articulação interministerial com o Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, na definição dos perfis profissionais que atendam às necessidades do sistema (Moreira; Dias, 2015). O MEC, por meio da homologação de diretrizes, estabelece um conjunto de habilidades e competências desejadas aos egressos das graduações no país. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) orientam os projetos pedagógicos dos cursos de graduação e devem ser, necessariamente, adotadas por todas as Instituições de Ensino Superior (IES) (Teixeira Junior, 2020).

Nos cursos de medicina, as DCN de 2014 apontam parâmetros curriculares na perspectiva de formar profissionais orientados para o modelo de atenção à saúde no contexto do SUS (Moreira; Dias, 2015). Nessa perspectiva, o tema “Segurança do Paciente” tem ganhado destaque em debates globais de saúde, uma vez que os danos causados por cuidados inseguros representam uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. Discutir esse assunto em diferentes níveis educacionais é essencial para permitir o desenvolvimento de competências que resultem na adoção de atitudes proativas para evitar danos desnecessários aos pacientes.

Diante dessa realidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2011 um guia curricular que recomenda abordagens educacionais e métodos de ensino e avaliação, visando integrar a segurança do paciente aos currículos de graduação e auxiliar na preparação de profissionais. Na mesma direção, o Ministério da Saúde publicou em 1º de abril de 2013, a Portaria nº 529, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e em 25 de julho do mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que é o órgão responsável por regulamentar e fiscalizar a segurança do paciente no país, estabeleceu a Resolução RDC nº 36, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, com o objetivo de enfrentar o problema e promover práticas mais seguras na assistência à saúde.

No que concerne às políticas educacionais no país, a Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina no Brasil, estabelecendo os princípios, fundamentos e finalidades da formação médica, e definindo as competências, habilidades e conteúdos essenciais que os estudantes devem adquirir ao longo de sua formação.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar criticamente o alinhamento entre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Medicina, a legislação sanitária brasileira e o Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, identificando convergências, lacunas e oportunidades de implementação

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

curricular que fortaleçam o desenvolvimento de competências em segurança do paciente na graduação médica. A originalidade da investigação reside na articulação inédita entre esses três marcos normativos, oferecendo subsídios para a reformulação de projetos pedagógicos e para o fortalecimento da formação médica orientada à qualidade e à segurança do cuidado.

REFERENCIAL TEÓRICO

A discussão sobre segurança do paciente e formação médica articula três campos teóricos interdependentes: a constituição histórica da segurança do paciente como agenda global de saúde pública; a formação por competências como paradigma educacional contemporâneo; e a cultura de segurança como dimensão organizacional e formativa. A compreensão dessas bases é essencial para situar criticamente as diretrizes curriculares e os marcos regulatórios analisados neste estudo.

A segurança do paciente emergiu como prioridade internacional a partir do relatório *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, publicado pelo Institute of Medicine em 1999, que estimou entre 44 mil e 98 mil mortes anuais nos Estados Unidos decorrentes de erros assistenciais evitáveis (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000). Esse marco redefiniu a forma como os sistemas de saúde passaram a compreender o erro, deslocando o foco da culpabilização individual para a análise sistêmica das falhas. A partir dessa perspectiva, Reason (2000) consolidou o modelo do "queijo suíço", segundo o qual eventos adversos resultam do alinhamento de múltiplas falhas latentes nos sistemas organizacionais, e não apenas de falhas humanas isoladas. Tal abordagem fundamentou as recomendações posteriores da Organização Mundial da Saúde, que em 2004 instituiu a *World Alliance for Patient Safety* e, em 2011, publicou o *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*, voltado à integração da temática nos currículos de profissionais da saúde (World Health Organization, 2011).

No Brasil, essa agenda foi institucionalizada por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013, que criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e da Resolução RDC/Anvisa nº 36/2013, que estabeleceu ações obrigatórias para a segurança do paciente em serviços de saúde, incluindo a constituição de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e a notificação de eventos adversos (Brasil, 2013a; 2013b). Conforme analisam Wegner *et al.* (2016), essas normativas representaram um avanço regulatório significativo, mas sua efetividade depende de transformações culturais e formativas que extrapolam o campo regulatório, alcançando o ensino superior em saúde.

No que se refere ao paradigma da formação por competências, sua incorporação às políticas educacionais brasileiras consolidou-se com as Diretrizes Curriculares Nacionais do

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

curso de Medicina, instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3/2014 (Brasil, 2014). O conceito de competência adotado pelas DCNs aproxima-se da formulação de Perrenoud (1999), que a define como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e atitudes diante de situações complexas e singulares da prática profissional. Essa concepção rompe com modelos de ensino centrados na transmissão de conteúdos e propõe uma formação orientada para a resolução de problemas reais, articulando saber, saber-fazer e saber-ser (Lima, 2005).

Na educação médica, esse paradigma ganhou força com o movimento internacional de *competency-based medical education* (CBME), sistematizado por Frenk *et al.* (2010) no relatório *Health Professionals for a New Century*, da Comissão Lancet, que defendeu uma reforma global da formação em saúde estruturada em três eixos: aprendizagem informativa, formativa e transformadora. Os autores destacam que a formação contemporânea deve preparar profissionais capazes de atuar em sistemas complexos, com pensamento crítico, liderança colaborativa e compromisso com a equidade, competências diretamente relacionadas à segurança do paciente. No Brasil, autores como Moreira e Dias (2015) e Teixeira Junior (2020) analisam como as DCNs incorporam esses princípios, ao orientar a formação médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o desenvolvimento de competências gerais como atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

A cultura de segurança, por sua vez, constitui um conceito articulador entre formação e prática profissional. Definida pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) como o conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso de uma organização com a segurança, a cultura de segurança envolve dimensões como o trabalho em equipe, a comunicação aberta, o aprendizado com erros e a liderança comprometida (Sorra *et al.*, 2018). Reis, Martins e Laguardia (2013) destacam que, no contexto brasileiro, o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos serviços de saúde ainda enfrenta obstáculos relevantes, especialmente relacionados à cultura punitiva, à fragilidade dos sistemas de notificação e à insuficiente formação dos profissionais durante a graduação.

A comunicação eficaz é apontada na literatura como um dos pilares da segurança do cuidado. Estudos demonstram que falhas de comunicação estão entre as principais causas-raiz de eventos adversos graves em serviços de saúde, especialmente nos momentos de transição do cuidado, como passagens de plantão e transferências entre setores (Riesenberg; Leitzsch; Cunningham, 2010). Por essa razão, ferramentas estruturadas como o SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) e metodologias ativas de ensino, como simulação

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

realística e *role play*, têm sido incorporadas progressivamente aos currículos médicos internacionais (World Health Organization, 2011).

Por fim, o trabalho em equipe e a interprofissionalidade constituem elementos centrais da formação para o cuidado seguro. A Educação Interprofissional em Saúde (EIP), conforme definida pela OMS (2010), ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem juntos, sobre os outros e entre si, com o objetivo de promover a colaboração efetiva e melhorar os resultados em saúde. Batista (2012) ressalta que, no Brasil, embora a EIP esteja prevista em diretrizes nacionais, sua implementação ainda é incipiente, demandando reorganização curricular, desenvolvimento docente e integração ensino-serviço.

A articulação entre esses referenciais, segurança do paciente como agenda sistêmica, formação por competências como paradigma educacional, cultura de segurança como dimensão organizacional, comunicação como prática estruturante e interprofissionalidade como estratégia formativa, constitui o arcabouço teórico que sustenta a análise crítica empreendida neste estudo sobre o alinhamento entre as DCNs de Medicina, a legislação sanitária brasileira e o Guia Curricular da OMS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratório-descritiva e de caráter comparativo, fundamentado no paradigma interpretativista, que compreende os documentos como construções sociais portadoras de sentidos, intencionalidades e contextos históricos (Cellard, 2008; Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009). Adotou-se a pesquisa documental como estratégia metodológica, que toma os documentos normativos e técnicos como objeto direto de análise, distinguindo-se da revisão bibliográfica por incidir sobre os próprios textos institucionais, e não sobre estudos que os comentam. Cabe ressaltar que tal caracterização não pressupõe o ineditismo analítico das fontes, algumas das quais, como o guia da OMS, já foram objeto de estudos prévios, mas o tratamento dos documentos como dado primário, submetido a procedimentos sistemáticos e contextualizados de análise próprios desta pesquisa (Gil, 2019; Lüdke; André, 2013). Conforme Cellard (2008), essa abordagem exige procedimentos sistemáticos de avaliação crítica que considerem o contexto de produção do documento, a identidade dos autores, a autenticidade e confiabilidade do texto, a natureza do documento e os conceitos-chave nele mobilizados, dimensões que orientaram todas as etapas analíticas deste estudo.

A partir desse referencial, o corpus foi composto por quatro documentos normativos e técnicos selecionados intencionalmente, com base em sua relevância regulatória e formativa

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

para o campo da segurança do paciente na graduação médica: a Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as DCNs do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2014); a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Brasil, 2013a); a Resolução RDC/Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, que dispõe sobre ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (Brasil, 2013b); e o *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition* (World Health Organization, 2011). Como critérios de inclusão, foram considerados documentos normativos federais vigentes e o guia de referência internacional, publicados entre 2011 e 2014, diretamente relacionados à segurança do paciente e à formação médica, redigidos em português ou inglês. Foram excluídas normativas estaduais ou municipais, versões revogadas ou desatualizadas, resumos secundários, materiais não oficiais e documentos sem vinculação institucional reconhecida.

Os documentos foram obtidos diretamente nos portais oficiais do MEC, do Ministério da Saúde (MS), ANVISA e da OMS. A vigência, autenticidade e integridade dos textos foram verificadas mediante consulta às páginas institucionais oficiais, sendo as consultas e *downloads* realizados entre março e maio de 2024, com registro em planilha de extração dos links de acesso, datas de consulta, versões dos documentos e códigos de identificação atribuídos pelas pesquisadoras.

Para o tratamento do material coletado, adotou-se a técnica de análise de conteúdo temática na perspectiva de Bardin (2011), organizada em três etapas sequenciais e iterativas. A primeira, de pré-análise, consistiu na leitura flutuante e exploratória do material, na formulação de hipóteses interpretativas iniciais e na organização do corpus. A segunda etapa, de exploração do material, envolveu a codificação sistemática, com unidades de registro definidas em parágrafos e trechos normativos, e a categorização temática a partir de eixos *a priori*, cultura de segurança; trabalho em equipe e interdisciplinaridade; práticas baseadas em evidências; educação e formação contínua; estágios e prática supervisionada; competências profissionais; e comunicação eficaz, admitindo-se subcategorias emergentes do próprio material, em uma categorização mista. Por fim, a terceira etapa, de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, resultou na elaboração de uma matriz de mapeamento que articula cada categoria aos excertos documentais e às respectivas implicações curriculares, identificando convergências, divergências e lacunas entre as fontes.

A categorização foi conduzida de forma independente pelas duas pesquisadoras, com posterior reunião de consenso para resolução de divergências interpretativas, conforme recomendado por Minayo (2014) para pesquisas qualitativas que envolvem múltiplos

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

codificadores. O Quadro 1 sintetiza as dimensões analíticas e seus respectivos núcleos de significado, derivados desse processo de análise.

Quadro 1. Dimensões analíticas e respectivos núcleos de significado identificados na análise documental sobre competências em segurança do paciente na formação médica

DIMENSÃO	NÚCLEO DE SIGNIFICADO
CULTURA DE SEGURANÇA	A cultura de segurança é considerada componente essencial, fundamentada em prevenção de riscos, gestão estruturada e aprendizado a partir de falhas.
TRABALHO EM EQUIPE E INTERDISCIPLINARIDADE	O cuidado seguro exige práticas multiprofissionais integradas, com colaboração entre diferentes profissionais e instâncias do sistema de saúde.
PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS	A tomada de decisão deve ser fundamentada em evidências científicas, assegurando qualidade, eficácia e segurança no cuidado.
EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO CONTÍNUA	A formação médica deve ser permanente, articulando ensino e serviço, com ênfase na melhoria contínua e na segurança.
ESTÁGIOS E PRÁTICA SUPERVISIONADA	A prática supervisionada em diferentes cenários do sistema de saúde é essencial para consolidar competências em segurança do paciente.
COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	A formação deve contemplar competências técnicas, comunicacionais, de liderança e de gestão em saúde, voltadas para a segurança do paciente.
COMUNICAÇÃO EFICAZ	A comunicação clara, precisa e empática é indispensável para a segurança, favorecendo coordenação e integração entre equipes e pacientes.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026), com base na análise documental da Resolução CNE/CES nº 3/2014, da Portaria GM/MS nº 529/2013, da Resolução RDC/Anvisa nº 36/2013 e do *Patient Safety Curriculum Guide* (World Health Organization, 2011).

A fim de assegurar a qualidade e a credibilidade do estudo, foram adotados os critérios de rigor propostos por Lincoln e Guba (1985) para pesquisas qualitativas: credibilidade, transferibilidade, dependabilidade e confirmabilidade. Operacionalizados por meio de uma trilha de auditoria, com registro sistemático em planilha das decisões analíticas, das versões dos documentos consultados e dos códigos adotados; da triangulação entre pesquisadoras, com codificação independente seguida de discussão consensual; do uso de memorandos reflexivos, nos quais foram registrados continuamente os pressupostos, as escolhas interpretativas e os dilemas analíticos, com vistas a minimizar vieses; e da checagem de consistência intra e intercategorias, mediante revisão para verificar a coerência interna das codificações. Optou-se por não utilizar *software* de análise qualitativa em razão do tamanho reduzido do corpus e da

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

natureza estritamente normativa dos documentos, condições em que a análise manual se mostra metodologicamente adequada e não compromete o rigor do processo (Minayo, 2014).

Por fim, no que se refere aos aspectos éticos, por se tratar de pesquisa baseada exclusivamente em documentos públicos de domínio aberto, o estudo está dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução CNS nº 510/2016, que regulamenta a ética em pesquisas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais. Não há envolvimento de seres humanos, dados sensíveis ou informações de identificação pessoal, e as autoras declaram inexistência de conflitos de interesse.

RESULTADOS

A análise documental permitiu identificar sete dimensões temáticas convergentes entre a Portaria nº 529/2013, a DCN do curso de Medicina, a Resolução RDC nº 36/2013 e o *Patient Safety Curriculum Guide* da OMS. As dimensões, cultura de segurança, trabalho em equipe e interdisciplinaridade, práticas baseadas em evidências, educação e formação contínua, estágios e prática supervisionada, competências profissionais e comunicação eficaz, emergiram tanto da categorização *a priori* quanto de subcategorias identificadas no próprio corpus, configurando o conjunto de núcleos de significado que estruturam a articulação entre formação médica e segurança do paciente. O Quadro 2 apresentado abaixo ilustra a síntese comparativa dos achados, e na sequência cada dimensão será explorada.

Quadro 2. Síntese comparativa das sete dimensões de segurança do paciente identificadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (2014), na Portaria GM/MS nº 529/2013, na Resolução RDC/Anvisa nº 36/2013 e no *Patient Safety Curriculum Guide* da Organização Mundial da Saúde (2011)

DIMENSÃO	DCNS (2014)	PORTARIA Nº 529/2013	RDC Nº 36/2013	GUIA OMS 2011
CULTURA DE SEGURANÇA	Vinculada à prática baseada em evidências e gestão de riscos	Define como princípio do PNSP	Estabelece como diretriz dos NSP	Eixo estruturante do currículo
TRABALHO EM EQUIPE E INTERDISCIPLINARIDADE	Integração com diferentes áreas do SUS	Articulação entre profissionais e gestores	Atuação coordenada nos serviços	Colaboração interprofissional
PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS	Formação crítica e reflexiva	Protocolos clínicos padronizados	Gestão de riscos baseada em evidências	Padronização de práticas seguras

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO CONTÍNUA	Aprendizagem ao longo da vida	Capacitação permanente das equipes	Educação continuada obrigatória	Formação inicial e em serviço
ESTÁGIOS E PRÁTICA SUPERVISIONADA	Inserção precoce em cenários reais	Monitoramento de práticas seguras	Supervisão em serviços de saúde	Avaliação curricular e prática
COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	Atenção à saúde, decisão, comunicação, liderança	Aprendizagem com falhas (não punitiva)	Cultura justa e responsável	Técnicas, humanísticas e gerenciais
COMUNICAÇÃO EFICAZ	Habilidades verbais, não verbais e escritas	Clareza nos processos comunicativos	Transparência nas notificações	Coordenação entre equipes

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026), com base em Brasil (2013a; 2013b; 2014) e World Health Organization (2011).

A cultura de segurança constitui a primeira dimensão identificada e atravessa, de modo transversal, os documentos analisados. Nas DCNs (Brasil, 2014), articula-se à prática baseada em evidências, à comunicação eficaz e à gestão de riscos, configurando-se como atributo formativo do egresso. A Portaria nº 529/2013 (Brasil, 2013a) e a Resolução RDC nº 36/2013 (Brasil, 2013b) deslocam essa cultura para o plano dos serviços de saúde, ao estabelecerem processos sistemáticos voltados à prevenção de eventos adversos e à constituição dos Núcleos de Segurança do Paciente. O Guia da OMS (World Health Organization, 2011), por sua vez, eleva-a à condição de eixo estruturante do cuidado e da formação profissional. Há, portanto, convergência quanto ao reconhecimento dessa cultura como fundamento da formação médica, ainda que os documentos brasileiros não explicitem mecanismos operacionais para sua incorporação aos currículos.

Decorre desse fundamento cultural a segunda dimensão, trabalho em equipe e interdisciplinaridade. As DCNs propõem práticas articuladas entre diferentes áreas do sistema de saúde, com ênfase na atuação no SUS, ao passo que as legislações nacionais reforçam a articulação entre profissionais, gestores e instituições de ensino. O Guia da OMS, em perspectiva complementar, define a colaboração interprofissional como condição necessária ao cuidado seguro. A interdisciplinaridade afirma-se, assim, como tradução operacional da cultura de segurança no cotidiano dos serviços.

Ao lado dessa base relacional, a terceira dimensão, práticas baseadas em evidências, sustenta, em todos os documentos, a tomada de decisão clínica. O Guia da OMS posiciona a padronização de práticas seguras como estratégia de redução de eventos adversos; as legislações nacionais vinculam a gestão de riscos ao uso de protocolos cientificamente

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

sustentados; e as DCNs enfatizam uma formação médica crítica e reflexiva, capaz de avaliar condutas e produzir conhecimento. A fundamentação científica da prática segura é, portanto, princípio comum, embora as DCNs limitem-se a prescrições genéricas quanto à sua operacionalização metodológica no ensino.

Como corolário dessa exigência de fundamentação científica, a quarta dimensão — educação e formação contínua — aparece de modo explícito nas fontes analisadas. A Portaria nº 529/2013 e a Resolução RDC nº 36/2013 instituem a capacitação continuada como elemento essencial à qualidade e à segurança dos serviços; as DCNs incorporam a aprendizagem ao longo da vida como princípio formativo; e o Guia da OMS orienta que a educação em segurança do paciente abranja, simultaneamente, estudantes e profissionais em atividade. A continuidade formativa para além da graduação configura-se, assim, como condição para que o conhecimento científico se traduza em prática segura.

Tal continuidade encontra seu *locus* privilegiado nos estágios e no treinamento prático, quinta dimensão da análise, à qual as DCNs conferem particular ênfase ao estabelecerem a inserção precoce dos estudantes em diferentes cenários do sistema de saúde como eixo da formação médica. A Portaria nº 529/2013 prevê o monitoramento sistemático das práticas de segurança nos serviços, enquanto o Guia da OMS recomenda avaliação curricular e ferramentas de acompanhamento durante a prática supervisionada. A experiência prática é, assim, tomada como momento decisivo da aprendizagem em segurança do paciente; nota-se, contudo, a ausência, nas DCNs, de orientações específicas sobre sua integração transversal aos estágios médicos.

Os fundamentos e percursos formativos descritos convergem para a sexta dimensão, das competências profissionais, que articula aspectos técnicos, humanísticos e gerenciais. As DCNs definem um conjunto de competências gerais, atenção à saúde, tomada de decisão, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente, que orienta o perfil do egresso. A Resolução RDC nº 36/2013 propõe a substituição da lógica punitiva pela aprendizagem organizacional a partir das falhas, ao passo que o Guia da OMS destaca competências em tomada de decisão e gestão de riscos. Predomina, assim, a valorização de competências não exclusivamente técnicas, com particular relevo às dimensões relacionais e gerenciais.

Entre tais competências, a comunicação eficaz, sétima e última dimensão, destaca-se como eixo transversal que percorre as demais. As DCNs elencam as habilidades verbais, não verbais e escritas entre as competências gerais do egresso; as legislações nacionais enfatizam clareza e transparência, sobretudo na notificação de eventos adversos; e o Guia da OMS valoriza

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

a coordenação entre equipes, dedicando capítulo específico a ferramentas estruturadas como o SBAR. Trata-se, portanto, de elemento estruturante da segurança do paciente, ainda que tratado com graus variados de detalhamento metodológico.

Em síntese, os resultados demonstram alinhamento normativo expressivo entre as DCNs, as legislações sanitárias brasileiras e o Guia da OMS quanto aos princípios, dimensões e competências necessárias à formação médica orientada à segurança do paciente. As sete dimensões identificadas configuram um arcabouço conceitual coerente, com diferenças observadas predominantemente no grau de detalhamento operacional das prescrições, aspecto que será aprofundado na seção de Discussão.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam um sólido alinhamento entre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Medicina, a legislação sanitária brasileira e o Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, sobretudo no que se refere aos princípios estruturantes da formação médica orientada à segurança do paciente. Esse alinhamento, contudo, não se traduz automaticamente em práticas curriculares consolidadas, revelando uma tensão recorrente entre prescrição normativa e implementação, fenômeno já descrito por Frenk *et al.* (2010). Embora os marcos normativos internacionais tenham avançado significativamente nas últimas décadas, a transformação efetiva dos currículos depende de mudanças institucionais profundas. Essas mudanças envolvem desenvolvimento docente, integração ensino-serviço e reorganização das práticas avaliativas (Frenk *et al.*, 2010).

A convergência observada quanto à cultura de segurança como eixo estruturante reforça a influência do paradigma sistêmico consolidado a partir do relatório *To Err Is Human* (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000) e do modelo do "queijo suíço" proposto por Reason (2000), que deslocam o foco do erro individual para a análise das falhas latentes nos sistemas. Apesar dessa fundamentação teórica robusta, os documentos brasileiros analisados não detalham mecanismos pedagógicos para a internalização dessa cultura nos cursos de Medicina. Reis, Martins e Laguardia (2013) já haviam identificado essa fragilidade no contexto brasileiro, ao destacar que a cultura punitiva ainda predomina em muitos serviços de saúde, comprometendo a aprendizagem com erros e a notificação de eventos adversos. A persistência dessa cultura punitiva durante a graduação tende a reproduzir-se na vida profissional, configurando um ciclo que dificulta o desenvolvimento de uma cultura justa, conforme preconizada pela RDC nº 36/2013 (Brasil, 2013b).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A dimensão trabalho em equipe e interdisciplinaridade**,** identificada nos quatro documentos, dialoga diretamente com os princípios da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) sistematizados pela Organização Mundial da Saúde (2010). Embora as DCNs reconheçam a importância da atuação articulada entre profissionais, observa-se, conforme analisa Batista (2012), que a implementação da EIP no Brasil ainda é incipiente, demandando reorganização curricular, desenvolvimento docente e integração ensino-serviço. Os achados deste estudo corroboram essa avaliação, ou seja, há reconhecimento normativo da interdisciplinaridade, mas ausência de orientações operacionais sobre como estruturar experiências formativas que efetivamente promovam a colaboração interprofissional. Esse descompasso é particularmente preocupante quando se considera que falhas no trabalho em equipe estão entre as principais causas de eventos adversos, conforme demonstram estudos internacionais sobre análise de causa-raiz (Riesenberg; Leitzsch; Cunningham, 2010).

Quanto às práticas baseadas em evidências**,** observa-se que, embora reconhecidas como pilar das decisões clínicas em todos os documentos analisados, as DCNs apresentam prescrições genéricas quanto à sua aplicação metodológica no ensino. Esse achado é coerente com a análise de Moreira e Dias (2015), que apontam um descompasso entre os princípios formativos enunciados nas DCNs e as estratégias didáticas efetivamente adotadas nas instituições. A formação médica baseada em competências, conforme conceituada por Perrenoud (1999) e adaptada à educação médica por Frenk *et al.* (2010), pressupõe a articulação entre conhecimento, habilidade e atitude diante de situações complexas, articulação que exige metodologias ativas, avaliação programática e ambientes de aprendizagem que simulem ou reproduzam a complexidade da prática real. A simples menção normativa às práticas baseadas em evidências, portanto, é insuficiente para garantir o desenvolvimento dessa competência.

A educação e formação contínua**,** dimensão também presente em todos os documentos, evidencia o reconhecimento de que a aprendizagem em segurança do paciente não se esgota na graduação. Essa perspectiva alinha-se à concepção de educação permanente como processo contínuo e situado, que pressupõe profissionais capazes de adaptar-se continuamente aos sistemas complexos em que atuam (Wegner *et al.*, 2016). No entanto, a tradução dessa concepção em estratégias institucionais permanece um desafio, especialmente em contextos nos quais a integração entre instituições formadoras e serviços de saúde ainda é frágil. A Portaria nº 529/2013 (Brasil, 2013a) prevê capacitação permanente das equipes, mas não estabelece mecanismos articulados com a graduação, configurando uma fragmentação entre formação inicial e educação permanente que limita a continuidade formativa.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A análise da dimensão estágios e prática supervisionada revela um dos principais pontos de tensão identificados. Embora as DCNs valorizem a inserção precoce dos estudantes em cenários reais e o Guia da OMS recomende avaliação curricular sistemática, não há orientações específicas sobre como integrar transversalmente a segurança do paciente nos estágios médicos. Esse achado é particularmente relevante quando se considera que a aprendizagem situada, ou seja, em contextos reais de prática, cenários não controlados, é apontada pela literatura como fundamental para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente (World Health Organization, 2011). A ausência de diretrizes operacionais transforma os estágios em espaços formativos cuja qualidade depende fortemente da maturidade institucional e da formação de preceptores, gerando heterogeneidade significativa entre as instituições de ensino superior.

No que se refere às competências profissionais**,** os documentos se articulam na valorização de dimensões técnicas, humanísticas e gerenciais. Essa concepção alinha-se à proposta de Perrenoud (1999), para quem competência envolve a mobilização articulada de saberes diante da singularidade das situações profissionais. As DCNs incorporam competências como liderança, administração e gerenciamento, dimensões frequentemente subvalorizadas no ensino médico tradicional, mas reconhecidas pela literatura internacional como essenciais para o cuidado seguro (Frenk *et al.*, 2010). Contudo, conforme apontam Lima (2005) e Teixeira Junior (2020), a incorporação dessas competências aos projetos pedagógicos enfrenta resistências culturais e estruturais, especialmente em currículos historicamente centrados na transmissão de conteúdos técnicos. A superação desse modelo demanda não apenas reformulação curricular, mas também transformação das práticas avaliativas, de modo que a avaliação contemple efetivamente o desempenho integrado dessas competências e a sua validação.

A comunicação eficaz**,** identificada como eixo transversal nos quatro documentos, merece destaque particular. A literatura é consistente ao apontar que falhas de comunicação estão entre as principais causas-raiz de eventos adversos graves, especialmente em momentos de transição do cuidado (Riesenberg; Leitzsch; Cunningham, 2010). Apesar disso, observa-se que os documentos analisados, sobretudo as DCNs, abordam a comunicação de forma genérica, sem prescrever metodologias específicas de ensino. Ferramentas estruturadas como o SBAR, amplamente recomendadas pelo Guia da OMS (World Health Organization, 2011), e metodologias ativas como simulação realística, *role play* e *feedback* estruturado têm demonstrado eficácia no desenvolvimento dessa competência, mas sua incorporação aos currículos médicos brasileiros ainda é incipiente. Essa lacuna metodológica representa uma das oportunidades mais concretas de avanço curricular.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Quando articulados, esses achados sugerem que o principal desafio da formação médica em segurança do paciente no Brasil não reside na ausência de marcos normativos, que existem e estão alinhados às melhores referências internacionais, mas sim na lacuna entre prescrição normativa e implementação pedagógica. Sorra *et al.* (2018) destacam que a construção de uma cultura de segurança requer mais do que enunciados institucionais: demanda valores e comportamentos compartilhados, desenvolvidos ao longo de processos formativos longitudinais. A autonomia das instituições de ensino superior, garantida pela legislação brasileira, representa simultaneamente uma oportunidade, ao permitir adaptações contextuais, e um risco ao gerar heterogeneidade na qualidade da formação oferecida.

Os achados deste estudo apontam, portanto, para a necessidade de avançar em três frentes complementares. Primeiro, no desenvolvimento docente e de preceptores, condição indispensável para que os marcos normativos se materializem em experiências formativas significativas, conforme já destacado por Batista (2012) e Frenk *et al.* (2010). Segundo, na integração transversal e longitudinal da segurança do paciente ao currículo, superando abordagens fragmentadas ou pontuais, e contemplando metodologias ativas, simulação realística e avaliação programática. Terceiro, no fortalecimento da integração ensino-serviço**,** de modo que os estudantes vivenciem, durante a graduação, ambientes que efetivamente operem segundo os princípios da cultura de segurança preconizados pelas legislações nacionais (Brasil, 2013a; 2013b).

Como limitações do estudo**,** reconhece-se que a análise se restringiu ao conteúdo normativo dos documentos selecionados, não contemplando a investigação empírica sobre como as DCNs são efetivamente operacionalizadas nas instituições de ensino superior, aspecto que demanda estudos empíricos complementares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou correspondência substantiva entre as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, a legislação sanitária brasileira e o Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS no que concerne às competências exigidas para uma formação médica orientada à segurança do cuidado. As sete dimensões identificadas organizam-se em três eixos interdependentes: um eixo cultural-relacional, que reúne a cultura de segurança, o trabalho em equipe e a comunicação eficaz; um eixo técnico-científico, que articula práticas baseadas em evidências, formação contínua e prática supervisionada; e um eixo integrador, expresso no conjunto de competências profissionais que conecta os demais.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

O principal desafio, contudo, não reside na ausência de prescrições normativas, mas na distância que ainda separa a norma da prática pedagógica. Impõe-se, nesse sentido, fortalecer a integração transversal e longitudinal da segurança do paciente nos currículos médicos, qualificar a formação docente e consolidar a articulação ensino-serviço como espaço efetivo de aprendizagem em contextos reais de cuidado.

Decorre desse cenário a necessidade de que a formação médica ultrapasse o domínio estritamente técnico e incorpore competências interpessoais, éticas e gerenciais capazes de sustentar um cuidado seguro, humanizado e de excelência. Pesquisas futuras poderão avaliar, em perspectiva empírica, como tais competências têm sido operacionalizadas nos projetos pedagógicos das escolas médicas brasileiras, contribuindo para reduzir a lacuna entre o que se prescreve e o que efetivamente se ensina.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

As autoras declaram que participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do presente manuscrito, conforme as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), descritas a seguir:

Stefane Arruda Macedo: Concepção da pesquisa; revisão de literatura; coleta e organização dos documentos analisados; codificação independente do corpus documental; análise e interpretação dos dados; redação da versão inicial do manuscrito; revisão crítica e aprovação da versão final.

Gabriela Furst Vaccarezza: Orientação acadêmica e científica; concepção e delineamento metodológico do estudo; codificação independente do corpus documental e mediação do processo de consenso analítico; análise crítica e interpretação dos resultados; revisão substancial do conteúdo intelectual; redação e revisão final do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

Ambas as autoras assumem responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho, garantindo a integridade e a precisão das informações apresentadas.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

As autoras declaram que, em conformidade com as diretrizes éticas da RECIMA21 e com as recomendações do Committee on Publication Ethics (COPE), foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial generativa exclusivamente como apoio na revisão linguística do texto. Nenhuma ferramenta de IA foi utilizada para a concepção do estudo, formulação de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

hipóteses, análise de conteúdo, interpretação dos resultados ou produção de conhecimento científico original. Toda a análise documental, codificação, categorização temática e construção interpretativa foram conduzidas integralmente pelas pesquisadoras. As autoras revisaram criticamente todo o conteúdo gerado com apoio de tais ferramentas e assumem integral responsabilidade pela originalidade, precisão, integridade científica e conteúdo final do manuscrito.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não haver qualquer conflito de interesses, de natureza financeira, comercial, institucional, profissional ou pessoal, que possa ter influenciado a concepção, o desenvolvimento, a análise dos dados, a interpretação dos resultados ou a redação do presente manuscrito. A pesquisa foi conduzida com independência acadêmica e sem vínculo com instituições, organizações ou patrocinadores cujos interesses possam ter sido afetados pelo conteúdo do estudo.

DECLARAÇÃO DE FINANCIAMENTO

A presente pesquisa não recebeu financiamento de agências de fomento públicas, privadas ou sem fins lucrativos, tendo sido conduzida com recursos próprios das autoras no âmbito das atividades acadêmicas vinculadas à Universidade Anhembi Morumbi.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, [s.l.], v. 2, p. 25-28, 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 maio 2024.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *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. Brasília, DF: Anvisa, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: MEC, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: CNS, 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

FRENK, J. *et al. Health professionals for a new century*: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (ed.). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200012.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage, 1985.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPU, 2013.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sciences*, Santo André, v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015. DOI: https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.811.

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

REASON, J. Human error: models and management. *BMJ*, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018.

RIESENBERG, L. A.; LEITZSCH, J.; CUNNINGHAM, J. M. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*, Philadelphia, v. 110, n. 4, p. 24-34, 2010. DOI: https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009. DOI: https://doi.org/10.63595/rbhcs.v1i1.10351.

SORRA, J. *et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: user's guide*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018. (AHRQ Publication, n. 18-0036-EF). Disponível em: https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html. Acesso em: 10 maio 2024.

TEIXEIRA JUNIOR, A. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde: análise crítica e proposições. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 44, n. 1, p. 1-10, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190168.

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2016. DOI: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice. Acesso em: 10 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958. Acesso em: 10 maio 2024.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.