

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE**

MARIANA CANDIDA LAURINDO

**Avaliação do impacto de intervenção sobre segurança do paciente
no conhecimento e atitude dos alunos do 6º ano de medicina**

RIBEIRÃO PRETO – SP

2018

MARIANA CANDIDA LAURINDO

**Avaliação do impacto de intervenção sobre segurança do paciente
no conhecimento e atitude dos alunos do 6º ano de medicina**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP para obtenção do título de Mestre em Ciências, na área de concentração “Gestão de Organizações de Saúde” sob a orientação do Prof. Dr. Tales Rubens de Nadai

RIBEIRÃO PRETO – SP

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Nome: Laurindo, Mariana Candida

Título: Avaliação do impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos do 6º ano de medicina

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde

Aprovado em:

Prof. Dr. Tales Rubens De Nadai

Instituição: Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB)

Orientador da Pesquisa

Banca examinadora

1. Prof. Dr. Antonio Pazin Filho

Instituição: Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- SP

Julgamento:

Titular da Banca examinadora

2. Prof. Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora

Instituição: Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- SP

Julgamento:

Titular da Banca examinadora

3. Prof. Dra. Maria de Fátima Galli Sorita Tazima

Instituição: Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- SP

Julgamento:

Titular da Banca examinadora

4. Prof. Dra. Fabiana Rossi Varallo

Instituição: Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB)

Julgamento:

Suplente da Banca examinadora

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus,
porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.
Agradeço pela coragem, persistência e por guiar meus passos nesta caminhada.
Aos meus pais, Antônio e Ilda,
pelo carinho, apoio e preocupação.
Aos meus irmãos, Melchior e Mayara,
obrigada pela força e torcida em todos os momentos da minha vida.
Ao meu amor e companheiro Pedro Rios,
pelo amor, companheirismo, conselhos, paciência e compreensão.
Ao meu orientador, Professor Dr. Tales Rubens de Nadai,
pela confiança, pelo exemplo de ética e competência profissional.
À minha coorientadora, Professora Dra. Fabiana Varallo,
pelos conselhos e valiosa contribuição com seus conhecimentos na construção deste
trabalho.
Ao meu Gestor Mario Menezes,
Pelo apoio e estímulo para com meu aprimoramento profissional,
À FMRP-USP,
pela oportunidade de crescimento profissional e aprendizagem.
Ao HEAB/AME
pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional e melhoria para nossa instituição
de saúde
Aos alunos da Medicina
pelo envolvimento e aceitação em participar e contribuir com o estudo
Aos colegas de Mestrado, em especial Luciane Brito
agradeço a amizade, a parceria, os desabafos e os momentos de alegria e
descontração.
A todos que,
direta ou indiretamente, contribuíram nessa caminhada,
Obrigada!*

“Nunca percam a capacidade de indignar-se quando se confrontarem com uma situação que feriu um paciente e que não deveria ter acontecido. Mas o mais importante ainda é não perder a oportunidade de aprender como evitar esse tipo de situação antes que aconteça”.

**Dr. Enrique Ruelas, Senior Fellow IHI, Presidente da Academia Nacional de Medicina do
Mexico**

“O que eu faço é uma gota no meio de um oceano. Mas sem ela, o oceano será menor.”
Madre Teresa de Calcutá

LAURINDO, Mariana Candida. Avaliação do impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos do 6º ano de medicina. 2018. 109 páginas. f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Tales Rubens de Nadai, Ribeirão Preto, 2018.

RESUMO

A segurança é considerada um pilar da qualidade dos cuidados à saúde e seu sucesso depende do comprometimento individual e coletivo. Nesse sentido, ensinar os alunos da área de saúde o conceito de segurança na prática colaborativa dos cuidados e sua implementação no futuro trabalho cotidiano é um passo de extrema importância. Dessa forma, este estudo objetivou avaliar o impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos de medicina. Trata-se de uma análise do tipo intervenção, não randomizado, com grupo único de comparação – antes e depois –, prospectivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 98 estudantes do curso do 6º ano de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), São Paulo, Brasil. A coleta de dados ocorreu de janeiro a novembro de 2017, utilizando um questionário físico com a respeito da caracterização dos alunos, bem como os aspectos conceituais e atitudinais sobre o erro humano e a segurança do paciente. O instrumento foi aplicado em três diferentes momentos (pré-teste, pós-teste e pós-vivência prática). Como resultados, verificou-se o predomínio de estudantes do sexo masculino (62%) com a média de idade de 25,8 anos, enquanto, em relação aos aspectos conceituais evidenciou-se a melhoria do entendimento sobre a temática “erro humano e segurança do paciente”, como se pode destacar nas assertivas “Cometer erros na área da saúde é inevitável”, com média 4,0 na escala de linkert – mostrando que 70% dos alunos de medicina concordaram com a afirmação antes da intervenção educativa (pré-teste), sendo que, após a mesma (pós-teste), a média foi para 1,8 (68% discordaram). 42% dos estudantes (média de 3,6) ainda começaram concordando que “para a análise do erro humano é importante saber as características individuais do profissional que cometeu o erro”, enquanto no pós-teste 59% deles (média de 2,3) discordaram. Conclui-se que eles, depois da intervenção educativa em sala de aula, conseguiram contemplar vários aspectos conceituais relacionados à segurança do paciente e às responsabilidades dos docentes e discentes frente à assistência. Porém, a intervenção educativa teve sua limitação quanto à evidência de mudanças nas atitudes dos alunos, uma vez que, para o alcance do cuidado seguro, é necessário desenvolver uma aptidão teórico-prática da equipe de saúde visando à melhoria dos processos. Assim, os cursos de graduação em medicina devem abordar a segurança do paciente durante o processo de formação, subsidiando ações práticas de atuação da equipe médica, estabelecendo conhecimentos e habilidades para estratégias que minimizem erros, e trabalhando a segurança enquanto cultura organizacional e ferramenta gerencial da clínica.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Estudantes de medicina. Evento adverso. Erro humano. Qualidade do cuidado em saúde. Educação. Educação superior. Estudantes de ciências da saúde.

ABSTRACT

Key words:

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Distribuição dos estudantes de acordo com sexo e idade, em número absoluto. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017..... 41
- Figura 2** – Gráfico de distribuição da média de respostas por questão para cada momento (intervenção), conforme a escala Likert. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017..... 42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos estudantes por idade e sexo (masculino (M) e feminino (F)). Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017	40
Tabela 2 – Distribuição da média de respostas por questão para cada momento, que contemplam aspectos conceituais e atitudinais, conforme a escala Likert. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017.....	41
Tabela 3 – Comparação das médias entre as questões no tempo 1 e no tempo 2. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017.....	43
Tabela 4 – Comparação das médias entre as questões no tempo 1 e no tempo 3. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIGLÁRIO

AHRQ – Agency for Healthcare, Research and Quality (Agência para Pesquisa e Qualidade no Atendimento Médico Hospitalar)

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo

DRS III – Departamento Regional de Saúde III

EA – Evento Adverso

EUA – Estados Unidos da América

HEAB – Hospital Estadual Américo Brasiliense

IHI – Institute for Helthcare Improvement (Instituto para a Melhora da Saúde)

IOM – Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América

IRAS – Infecções relacionadas à assistência à saúde

ISMP – Institute for Safe MedicationPractices (Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos)

JCI – Joint Commission International

MS – Ministério da Saúde

NPSA – National Patient Safety Agency (Agência Nacional de Segurança do Paciente)

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

ProQualis – Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente

PubMed – US National Library of Medicine (Biblioteca de Medicina Nacional dos EUA)

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - polo São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Segurança do paciente: A magnitude do problema	17
2.2 Histórico da segurança do paciente no mundo e Brasil	19
2.3 O erro humano, a segurança do paciente e a melhoria do conhecimento sobre essas temáticas para alunos da medicina	23
3. JUSTIFICATIVA	31
4. OBJETIVOS	32
4.1 Objetivo geral	32
4.2 Objetivos específicos	32
5. METODOLOGIA	33
5.1 Delineamento da pesquisa	33
5.2 Cenário da pesquisa	33
5.3 Universo da pesquisa	33
5.4 Participantes da pesquisa e amostra	33
5.4.1 Estatística descritiva	33
5.4.2 Critérios de inclusão	34
5.4.3 Critérios de exclusão	34
5.5 Instrumentos de coleta de dados da pesquisa	35
5.6 Coletas de dados	36
5.7 Tabulações e organização dos dados – análise estatística	37
5.8 Considerações éticas	38
6. RESULTADOS	40
6.1 Perfil dos participantes do estudo	40
6.2 Compreensão dos estudantes sobre erro humano e segurança do paciente	41
6.2.1 Análise descritiva das respostas dos estudantes aos itens do questionário sobre erro humano e segurança do paciente	41
7. DISCUSSÃO	46
7.1 Perfil demográfico e acadêmico dos estudantes da área da saúde	46
7.2 Aspectos conceituais e atitudinais do erro humano e da segurança do paciente ..	46
7.3 Desafios e reflexões acerca da inserção da segurança do paciente na formação ..	63

8. CONCLUSÕES	68
9. REFERÊNCIAS	69
10. ANEXOS	80
10.1 Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido	80
10.2 Anexo 2 – Instrumento de coleta de dados	82
10.3 Anexo 3 – Parecer consubstanciado	84
10.4 Anexo 4 – Pedido de autorização para realização de pesquisa com os alunos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo	90
10.5 Anexo 5 – Parecer da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo liberando a realização da pesquisa junto aos alunos do 6º ano da Medicina	92
10.6 Anexo 6 – Ofício de formalização ao orientador da pesquisa	94
10.7 Anexo 7 – Tabelas e figuras contemplando as distribuições das respostas nos três momentos diferentes	95
10.8 Anexo 8 – Carta de aceite da organização Hospital Estadual Américo Brasiliense autorizando a pesquisa	105
10.9 Anexo 9 – Apresentação “Erro humano e segurança do paciente”	106
10.10 Anexo 10 – Termo de autorização para utilização de instrumento de coleta de dados para o estudo “Compreensão de alunos dos cursos de graduação de enfermagem e medicina sobre a segurança do paciente”	107

1. INTRODUÇÃO

A temática qualidade e segurança do paciente têm permeado diversos debates no cenário mundial da saúde, com o objetivo maior de institucionalizar as melhores práticas nos ambientes de cuidado de saúde ao paciente (LEAPE, 2008).

Apesar do aumento da atenção para a segurança do mesmo, os erros e os incidentes ainda são frequentes na prática clínica. Na realidade, em saúde é difícil obter estimativa confiável de erros, mas existe na literatura um consenso internacional destacando que 10% dos pacientes hospitalizados sofrem lesões relacionadas à gestão médica e pelo menos a metade desses são eventos adversos evitáveis (DE VRIES *et al*, 2008; LEAPE, 2008).

Os profissionais de saúde em sua formação acadêmica, seja em universidades ou nos cursos técnicos, carregam a premissa do desenvolvimento do trabalho sem erros, gerando a cultura de que é inaceitável errar e, quando isso ocorre, está relacionado à falta de cuidado, atenção, esforço, responsabilidade e conhecimento, não trazendo para os profissionais a reflexão sobre a melhoria dos processos de cuidado frente ao erro. Nessa perspectiva, os estudantes precisam começar a compreender que falhas acontecem e que podemos evoluir a partir dos erros, pois esses podem ser estratégias para melhoria de processos do cuidado (LEAPE, 2008).

Diante dessa nova perspectiva, os cursos da área da saúde possuem papel fundamental, pois possibilitam, por meio da associação do ensino com a prática, a identificação e análise dos riscos na assistência, buscando estratégias para melhorias nos processos de trabalho (CASSIANI, 2006).

O erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou múltiplos, podendo se caracterizar como inerente ao próprio paciente e de ordem institucional, financeira e de recursos estruturais, como planta física, materiais ou equipamentos, além de fatores humanos, como a falta de conhecimentos e habilidades (HARADA *et al*, 2006). Ter o entendimento acerca dos principais fatores que contribuem para os erros médicos e identificar intervenções eficazes para reduzi-los são essenciais para melhorar a segurança do paciente (CARVALHO, 2002).

Destacamos que, muitas vezes durante sua formação, os profissionais não são apresentados ao tema qualidade e segurança do paciente, gerando, nesse sentido, situações desconfortáveis e de crise, tanto nas universidades como nos cenários de atendimento à saúde. Essa situação vem desafiando as instituições de educação a buscarem um novo marco conceitual para a prática e ensino desses profissionais (HARADA *et al*, 2006;

CARVALHO, 2002). Nas escolas médicas, por exemplo, a instrução é tradicionalmente centrada na definição do diagnóstico e no tratamento da doença, tendo assim um foco pequeno de atenção dedicada à segurança dos pacientes e aos sistemas de análise de erros (CAUDURO, 2016; YOSHIKAWA *et al*, 2013; NARDELLI *et al*, 2013).

A introdução da "cultura" de segurança na formação dos profissionais de saúde é um aspecto que contribui para a preservação do paciente, uma vez que tal medida permite o desenvolvimento de competências ao longo da formação, estimulando os estudantes a terem atitudes proativas de mitigação dos incidentes em saúde. A cultura de segurança tornou-se uma questão importante para as organizações de saúde que trabalham com ênfase no resguardo do paciente, e algumas investigações nessa área indicaram que as organizações precisam mudar seus hábitos trabalhando com o tratamento dos incidentes e implementação de barreiras de segurança, especialmente observando a prevenção e a gestão do risco (WHO, 2009).

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um guia multiprofissional para a formatação do currículo de segurança do paciente trazendo informações direcionadoras para auxiliar as instituições acadêmicas de saúde na formação de profissionais (WHO, 2011). Em consonância a essa melhoria, podemos destacar ainda o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado em 2013 pelo Ministério da Saúde (MS), que reforça a premissa de qualidade e segurança do paciente, já que um dos seus objetivos é fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, na graduação e na pós-graduação na área da saúde (MS, 2013).

Para que as instituições de atendimento vivenciem a mudança da cultura de segurança do paciente, os novos profissionais devem ter conhecimentos e habilidades para identificar, notificar, avaliar e planejar um erro, seja quando o cometem ou o presenciam. Assim, os cursos de graduação podem desempenhar um importante papel promovendo conceitos e habilidades em seus alunos a respeito do erro humano e da segurança do paciente. Estudos, inclusive, demonstram que, ao serem apresentados a esse tema, os estudantes mostram-se encorajados e reconhecem a importância do conteúdo na sua formação. Essas pesquisas também identificam um grande impacto na assistência prestada, com foco na melhoria do olhar quanto à seguridade dos pacientes assistidos por eles (LEUNG; PATIL, 2010; WONG *et al*, 2010).

Com isso, evidencia-se a importância e o desafio das instituições formadoras de profissionais de atuarem no mercado em saúde discutindo e ampliando essa temática, de forma a garantir o entendimento acerca das boas práticas baseadas na prevenção e na

segurança do paciente – ações essas que antecipam a ocorrência de incidentes durante a prestação do cuidado (LEUNG; PATIL, 2010). Indo ao encontro desse desafio – de compreender e inserir a temática “erro humano e segurança do paciente” nas graduações em saúde –, o objetivo do estudo aqui apresentado foi avaliar o impacto da intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e na atitude dos alunos de medicina.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Segurança do paciente: A magnitude do problema

Receber uma assistência à saúde com qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem trabalhar no sentido de oferecer uma atenção efetiva, eficiente e segura, gerando a satisfação do paciente em todo o processo de cuidado. O Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) caracteriza a qualidade na assistência de acordo com o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual (BOHOMOL, 2008).

A definição de qualidade é tema de ampla discussão em diversos seguimentos, pois traz em sua significação alto grau de subjetividade. O componente “qualidade” trazido para atenção à saúde é ainda mais intrigante, em decorrência da grande quantidade de processos com os quais trabalhadores e usuários se defrontam, além dos componentes políticos e estruturais. A busca pelo padrão não é um tema recente, tendo em vista a publicação, pelo IOM, do documento intitulado “To Err is human” (“Errar é humano”), o qual estimou a ocorrência de 44 mil a 98 mil óbitos por ano nos EUA decorrentes de evento adverso (EA), o que certamente agregou preocupação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente (IOM, 2001; IOM, 1999). Nesse sentido, o campo da segurança do paciente assumiu papel de destaque e privilegiado, apresentando-se como um obstáculo superável para melhorar a qualidade no cuidado prestado nos diversos níveis de atenção.

A relevância e a preocupação com a temática completaram mais de uma década desde a famosa publicação citada, a qual foi responsável por alavancar a discussão e propiciar, a partir dela, inúmeras conquistas, já que beneficiou a catalisação de um impulso para melhorar a segurança e levou a mudanças importantes na cultura, na regulamentação, no treinamento e na tecnologia aplicáveis ao setor de saúde (RUNCIMAN *et al.*, 1998).

Visando trabalhar o aperfeiçoamento contínuo da qualidade e da segurança do paciente, a área da saúde procurou buscar, ao longo do tempo, exemplos extraídos de outros campos de atuação para direcionar o planejamento de suas ações (perspectivas da aviação, setor de produção, paradigmas da engenharia, administração e educação) (LEAPE, 2008).

A partir da década de 2000, a segurança do paciente começou a ser tema de interesse para os estudos de pesquisadores de diversas partes do mundo, passando a ser reconhecida internacionalmente como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. Os EUA,

assim como vários outros países com configurações de sistemas de saúde distintos, entre os quais se destacam Inglaterra, Irlanda, Austrália, Canadá, Espanha, França, Nova Zelândia e Suécia, protagonizaram iniciativas importantes, como a criação de institutos, associações e organizações voltadas à questão da segurança do paciente (CASSIANI, 2005).

Muitas pesquisas também foram realizadas e desenvolvidas, incluindo no Brasil e em Portugal (SOUSA *et al*, 2011; MENDES *et al*, 2009). Com base nesses estudos, o panorama identificado é que a incidência de eventos adversos relacionados ao cuidado hospitalar está em torno de 10%, estimando que entre 4,4% e 20,8% deles foram associados à morte dos pacientes (LEAPE, 2008). Além dos danos e prejuízos ocasionados a esses e suas famílias, os EA caracterizam-se como tendo um elevado encargo financeiro para os sistemas de saúde. Em 1999, estimava-se um total de gastos anuais com EA evitáveis nos EUA entre U\$ 17 bilhões e U\$ 29 bilhões (PORTO *et al*, 2010).

Das averiguações realizadas em continente europeu sobre a atenção hospitalar, mostrou-se que um em cada 10 pacientes internados é vítima de eventos adversos em consequência dos cuidados assistenciais prestados, e que de 50% a 60% dessas ocorrências avaliadas são caracterizadas como evitáveis (PORTO *et al*, 2010).

Em revisão sistêmica, um estudo trouxe a temática de incidência e da natureza dos EA, estimando uma ocorrência mediana deles em 9,2% dos pacientes internados em hospitais. Destes, o percentual mediano dos casos considerados evitáveis foi de 43,5%. Acerca da natureza dos EA, os de maior incidência foram relacionados a procedimentos cirúrgicos, seguidos dos conectados a cadeia medicamentosa, diagnóstico, terapêutica, procedimentos clínicos e queda (DE VRIES *et al*, 2008).

Já nos países em desenvolvimento, existem poucos dados sobre a frequência de EA, mas destaca-se um estudo transversal que trouxe sua estima de prevalência pontual em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. Nele, foi observado um total de 11.379 pacientes hospitalizados, estimando uma prevalência pontual de EA de 10,5%. Dos casos identificados, 28% causaram incapacidade aos pacientes, 6% foram associados à morte dos mesmos e 60% foram classificados como evitáveis (ARANAZ *et al*, 2011).

No Brasil, a avaliação da incidência de EA em hospitais foi realizada por Mendes *et al* (2009). Ele mostrou que a incidência de pacientes com eventos adversos foi de 7,6% (84 de 1.103), destacando que a proporção de EA evitáveis foi de 66,7% (56 de 84 pacientes).

A densidade de incidência, por sua vez, foi de 0,8 em cada 100 pacientes-dia (103 de 13.563 pacientes-dia). O local assistencial de maior frequência de eventos adversos foi a enfermaria (48,5%), sendo os mais frequentes e relevantes relacionados a procedimentos cirúrgicos (35,2%).

Segundo Mendes (2009), o fato da estimativa da proporção de EA evitáveis ser mais alta no Brasil pode sugerir que a problemática de eventos que acometem pacientes é mais frequente em países em fase de desenvolvimento ou transição (quando comparado a países desenvolvidos) devido à necessidade de melhoria e alinhamento dos processos de segurança e qualidade.

A OMS reforça que a segurança do paciente é um campo que afeta os países em todos os níveis de desenvolvimento, sendo que as estimativas desse problema ainda são escassas, principalmente naqueles em desenvolvimento, onde possivelmente milhões de pacientes, a cada ano, sofrem lesões incapacitantes ou morrem graças a erros nos cuidados de saúde (WHO, 2013).

Reconhecendo a magnitude do problema, ações têm sido implementadas para a sensibilização e a avaliação das situações de segurança. Todavia, faz-se necessária a compreensão quanto à obtenção de evidências e conhecimentos em um contexto coletivo sobre a maneira de se trabalhar a segurança do paciente, bem como promover a divulgação e o apoio acerca do desenvolvimento da temática nos serviços de saúde. Além disso, essa problemática salienta a importância do desenvolvimento de atitudes proativas e eficazes em prol da segurança. As transformações começam a ter sentido e resultado a partir de alterações na prática, que necessitam acontecer em curto prazo, trazendo resultados na melhoria da cultura de segurança organizacional (KAUSHAL, 2001).

2.2 Histórico da segurança do paciente no mundo e Brasil

Hipócrates, respeitado como o pai da medicina, há mais de 2 mil anos, em um contexto de saúde rudimentar quando comparado ao elevado nível da tecnociência contemporânea, expressou-se com um pensamento à frente de sua época, no qual afirma “Nunca causarei dano a ninguém”, o que, após um tempo, foi traduzido como “*Primum non nocere*” ou “primeiro não causar dano”. Por meio dessa fala, é possível notar que, mesmo em um contexto assistencial elementar, Hipócrates considerava que os atos assistenciais são passíveis de equívoco. Naquela realidade de saúde da época, não se possuía uma assistência especializada e, mesmo assim, não era permitido errar (WACHTER, 2013).

Na medida que ocorreram avanços voltados ao conhecimento em diferentes áreas da saúde, melhoria e progresso tecnológico, o nível de complexidade assistencial aumentou assim como a probabilidade da ocorrência de erros. Contrariamente a esse contexto, foi-se observando ações punitivas na assistência, de modo a identificar e apontar sempre o indivíduo responsável pelo equívoco, não havendo direcionamento e ações voltadas à melhoria dos processos em saúde (WACHTER, 2013).

Nightingale, outra profissional renomada, que detinha uma mente avançada para sua época, possuindo grande conhecimento em ciências, matemática, literatura, artes, filosofia, história, política e economia, evidenciou que existiam falhas nas condutas profissionais as quais representavam um sério problema e serviam de alerta para a realidade. Ela considerava a segurança do paciente item primordial. Assim, percebemos que a preocupação com a segurança do paciente é algo que perpassa várias gerações (GEORGE, 2000; SCHAURICH; CROSSETI, 2010; LOPES; SANTOS, 2010).

Em 1990, James Reason, psicólogo britânico, publica "Human Error", o primeiro de uma série de informes sobre a temática da segurança do paciente, no qual se evidencia que a abordagem individualizada do problema é obsoleta e propõe a quebra deste paradigma. O relatório mostrou que um erro é fruto da falha do sistema/processo e, por isso, deve ser abordado de forma holística, promovendo envolvimento das equipes para aprendizado multiprofissional e trazendo, assim, benefícios para a implementação de melhorias (WACHTER, 2013).

O grande marco a ser destacado na história da segurança do paciente foi a criação da National Patient Safety Agency (NPSA) ("Agência Nacional de Segurança do Paciente"), no Reino Unido. Com ela, o arcaico paradigma de que seres humanos são infalíveis foi revisto com urgência, pois, de acordo com o relatório do IOM que calculou o ônus gerado por eventos adversos evitáveis, encontrou-se, apenas no final de 1990, um gasto extraordinário entre US\$ 17 bilhões e US\$ 29 bilhões dentro dos hospitais (MENDES, 2012).

No Brasil, estudos voltados ao tema tiveram início na década de 2000, influenciados pelo panorama mundial no qual o assunto já vinha sendo amplamente discutido. Por sua vez, o início dos processos de certificação/acreditação no país aconteceu no final dos anos 1980, quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estabeleceu inúmeras medidas para aperfeiçoar os parâmetros e os serviços hospitalares da América Latina, as quais, quando alcançadas, permitiam ao hospital ser considerado acreditado. Daí por diante, houve uma série de modificações nesse setor, como o surgimento, em 1999, da

Organização Nacional de Acreditação (ONA), com o propósito de gerenciar o modelo brasileiro de acreditação (UCHIMURA; BOSSI, 2002; ANVISA, 2011).

Diante da repercussão internacional do tema, a OMS criou um grupo de trabalho com o intuito de estudar, de forma sistemática, metodologias de avaliação dos riscos para a qualidade e a segurança do paciente nos serviços de saúde, com foco em métodos que avaliassem a natureza e a magnitude do agravo causado pelos eventos adversos (EAs) (ANVISA, 2011).

Um marco muito importante nesse cenário foi a criação, pela OMS, da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, por meio de resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004. Nessa ocasião, recomendou-se aos países membros atenção ao tema “Segurança do Paciente” e, desde então, tem sido prioridade na agenda política dos Estados-Membros da OMS (ANVISA, 2010).

Outro momento a ser destacado aconteceu no ano de 2002, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tornou oficial o Sistema Brasileiro de Acreditação por meio da Resolução nº 921/02. A partir dela, foi possível detectar e gerenciar os possíveis erros e as falhas no sistema que ocorrem constantemente, seja no cuidado direto ou indireto ao paciente, como também na comunicação entre equipes, o que gera um cuidado inseguro (ANVISA, 2011; ANVISA, 2010; ANVISA, 2011).

Os Desafios Globais para a Segurança do Paciente, que se encontram previstos na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, ressaltam a importância da identificação de ações que ajudem a evitar e minimizar os riscos e, em consonância, direcionam os países que tenham interesse pela temática em como implementá-la (ANVISA, 2011).

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp) – Polo São Paulo procederam com o lançamento, em 2010, de uma cartilha contemplando ações para a segurança do paciente, denominada “10 passos para a segurança do paciente”, com o objetivo de atribuir os principais pontos que impactam e interferem diretamente na prática assistencial de enfermagem, os quais, uma vez aprimorados, propiciarão a melhoria da qualidade da assistência prestada (REBRAENSP, 2013).

Ainda em resposta aos fatos e consequências de erros humanos, a OMS e a Joint Commission International (JCI) lançaram, em 2011, seis metas internacionais para a segurança do paciente, com finalidade de promover melhorias específicas em áreas problemáticas da saúde. São elas: 1. Identificar os pacientes corretamente; 2. Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3. Melhorar a segurança de

medicações de alta vigilância; 4. Assegurar cirurgias em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e 6. Reduzir o risco de lesões aos pacientes decorrente de quedas (JCI, 1998; JCI, 2011).

Dois anos depois, em 2013, o Ministério da Saúde (MS) deu passos importantes visando à expansão das iniciativas voltadas ao tema nas instituições de saúde brasileiras. Assim, vale destacar que, em abril de 2013, foi instituído pela Portaria nº 529 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o propósito de colaborar para a qualificação e melhoria do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013).

Diante de todos esses fatos históricos, nacionais e internacionais, no que diz respeito à segurança do paciente, podemos destacar que os erros continuam existindo – isso é certo. Todavia, observa-se um avanço acerca do entendimento dos fatores e das condições reprimidas que contribuem para a ocorrência do erro e como o profissional de saúde pode ter entendimento daqueles, passando a se proteger de suas consequências por meio do aperfeiçoamento do cuidado assistencial. Com o passar dos anos, apesar dos avanços evidenciados e direcionadas ao setor saúde, percebemos que tudo que fazemos na execução do cuidado ao paciente, fazemos dentro de um sistema que tem cultura, vícios, riscos e armadilhas próprios. Sendo assim, nunca erramos sozinhos. Também pudemos compreender que somos parte de um sistema não tão seguro com pensávamos (TRINDADE; LAGE in SOUZA; MENDES, 2014).

Nos últimos 15 anos, os países desenvolvidos tiveram grandes avanços na implantação de boas práticas de segurança em algumas áreas, entre as quais destacam-se aquelas ações que impactaram progressivamente na diminuição das infecções relacionadas à assistência à saúde. Elas, contudo, ainda não foram suficientes, requerendo novas estratégias e planejamento de ações (TRINDADE; LAGE in SOUZA; MENDES, 2014)

A principal dificuldade evidenciada é a necessidade de mudança na cultura dos profissionais de saúde, que devem passar a ter outro olhar para assistência aos pacientes, visando a maior qualidade e seguridade. Outra barreira relevante a ser ultrapassada é a criação de uma cultura justa, com responsabilização sem punição dos envolvidos; que trate e melhore o processo, e não culpe pessoas. A falta de liderança também figura como um dos grandes entraves, contra o qual deve ocorrer uma mudança capaz de garantir que a segurança do paciente seja a prioridade número um da alta gestão (TRINDADE; LAGE in SOUZA; MENDES, 2014; MOURA; CALIRI, 2013).

2.3 O erro humano, a segurança do paciente e a melhoria do conhecimento sobre essas temáticas para alunos da medicina

O Institute of Medicine reforça que a cultura da segurança no cuidado em saúde depende de três elementos importantes: mesmo que os processos sejam considerados de alto risco, eles podem ser realizados com planejamento, objetivando a prevenção do dano, comprometimento da organização visando à detecção de erros, e promoção de um ambiente de aprendizagem relacionado às falhas em saúde e fortalecido na gestão das falhas quando os trabalhadores conscientemente aumentam os riscos para os pacientes e seus pares. Na tentativa de abordar esses elementos, um dos aspectos frustrantes para os pacientes e profissionais figura como sendo o aparente fracasso dos sistemas de saúde para aprender e compreender seus erros (IOM, 2001; IOM,1999).

O compromisso e a disposição individual dos profissionais de saúde de fazer o bem e usar o melhor do conhecimento constituem fatores considerados essenciais no cuidado, porém se tornam insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz em nossa atualidade. Por isso, a cultura da segurança do paciente vem sendo trabalhada nas organizações de saúde e se firmando, progressivamente, como um assunto de interesse geral da área (QUINTO NETO, 2006).

As significações acerca do fator humano e, posteriormente, do erro humano foram amplamente citadas e utilizadas pelo psicólogo cognitivo James Reason nos estudos desenvolvidos por ele na busca pelo entendimento dos mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro (DEJOURS, 2005). Inclusive, a teoria sobre o assunto foi produto da extensa pesquisa realizada e apresentada no livro “Human error”, de 1990. Nele, James Reason tem como proposta apresentar uma hipótese que se volte para uma análise mais profunda da questão, ultrapassando a descrição de princípios gerais sobre a ocorrência e tipos de falhas. Com essa publicação, o objetivo foi a transmissão e o fomento da discussão no nível teórico e a aplicação prática de seus achados. Enquanto o primeiro busca o avanço do conhecimento a respeito dos processos em que o erro humano acontece, a aplicação prática tem a intenção de eliminar ou conter os efeitos adversos decorrentes do mesmo e a implementação de barreiras para prevenção (DEJOURS, 1999).

Erro pode ser definido como “o fracasso das ações planejadas para alcançar o objetivo pretendido”, existindo duas maneiras de ele acontecer: 1) falhas de execução, nas quais o plano é adequado, mas as ações programadas não ocorrem conforme esperado – chamadas de lapsos ou deslizes; 2) falhas de intenção, nas quais as ações são executadas conforme

pensado, mas o planejamento foi inadequado para atingir o objetivo pretendido (OMS, 2011).

Os erros, independentemente do tipo, envolverão alguma forma de desvio. No caso de lapsos e deslizes, a falha acontece em nível de execução, geralmente ocasionada por distrações e preocupações durante a realização automática de uma tarefa de rotina. No segundo caso, a imperfeição está em um nível superior, relacionando-se aos processos mentais envolvidos no planejamento, julgamento e resolução de problemas, e evidenciando a necessidade de melhoria dos processos (VLAYEN *et al*, 2012).

Os incidentes de segurança do paciente, segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde, são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar ou resultam em complicações desnecessárias ao paciente decorrentes do cuidado prestado. Entende-se por “desnecessária” nesse contexto falhas, transgressões e atos deliberadamente perigosos que acontecem durante a assistência prestada. Os incidentes surgem de atos intencionais ou não intencionais (PADILHA, 2006).

Os erros são geralmente não intencionais, enquanto as transgressões são usualmente intencionais. Um incidente pode ser classificado em “sem danos” ou “com danos”, sendo estes os quais denominamos “evento adverso” (EA); ou categorizado, ainda, como “near misses”, quando um incidente poderia afligir o paciente, mas foi interceptado antes de atingi-lo, causando danos ou não – ou seja, caracterizado também como “potencial evento adverso” (PADILHA, 2006).

A designação “dano” implica em prejuízo na estrutura ou nas funções do corpo e/ou qualquer efeito nocivo daí resultante, incluindo lesão, doença, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico. Os eventos adversos e incidentes são relevantes indicadores da qualidade da assistência prestada, fornecendo informações preciosas e imprescindíveis no planejamento das ações para um sistema de saúde mais seguro (VLAYEN *et al*, 2012; OMS, 2011).

Por consecutivas vezes, nem os fornecedores, nem as organizações de saúde informam quando ocorre um acidente, tampouco compartilham o que aprenderam quando a investigação foi realizada. Como consequência, os mesmos erros tornam a acontecer repetidamente em muitos ambientes e os pacientes continuam expostos e prejudicados por erros evitáveis (BECCARIA *et al*, 2009; DEJOURS, 2005). Portanto, ao se tornar paciente, o indivíduo fica exposto ao risco de lesões e resultados adversos, o que torna o atendimento médico-hospitalar essencialmente perigoso. Isso faz com que a responsabilidade de manter o paciente seguro não seja só dos profissionais que prestam

assistência, mas de todos os componentes do sistema – gerentes, administradores e instituições em geral. A cultura da segurança deve estar presente nas organizações de alta credibilidade, caracterizadas por processos que contemplam a gestão dos riscos e trabalham as complexidades dos processos na área de saúde, reduzindo as taxas de erros com implementação de barreiras de segurança e boas práticas assistenciais (TRINDADE; LAGE in SOUZA; MENDES, 2014).

As organizações que investem em qualidade e segurança do paciente alcançam alta credibilidade porque estão preocupadas com o dano e são sensíveis em como cada membro da equipe afeta um processo; elas contam com aqueles que são mais conhecedores do processo para a tomada de decisão e o planejamento de melhorias, e resistem à tentação de culpar os indivíduos dos erros dentro dos processos complexos (TRINDADE; LAGE in SOUZA; MENDES, 2014; BECCARIA *et al*, 2009).

Nesse contexto do mercado de saúde, os profissionais, como quaisquer seres humanos, são passíveis de falhas. No entanto, o que verificamos é a não identificação dos eventos adversos quando os profissionais se solidarizam e mascaram tais situações. Deve existir um olhar multiprofissional, estratégico e investigativo, com foco no entendimento das falhas, para buscar as causas a fim de apontar lacunas que precisam ser sanadas e planejar ações para beneficiar não só a equipe, mas, principalmente, o paciente (DONALDSON, 2009).

No sentido de criar sistemas mais seguros, diversas estratégias devem ser empregadas pelas organizações de saúde, dentre as quais podemos destacar a simplificação, a padronização, a utilização de repetições e a evolução do trabalho em equipe, além da comunicação e do aprendizado a partir dos erros já cometidos no passado, com avaliação desses em busca da implementação das melhores práticas e barreiras de segurança (DONALDSON, 2009; REASON; CARTHEY, DE LEVAL, 2001).

O erro pode oferecer aos envolvidos o aprendizado da gestão de melhorias a serem implementadas nos processos de trabalho, ensinamento este que é visto como prioritário pelo National Health Service (NHS) britânico. Para isso, é importante que se compreenda as raízes e a natureza da falha, ou seja, que se busque as causas do erro e se trabalhe as consequências dos mesmos por meio da alocação de barreiras de segurança. Esse entendimento pode servir como um referencial útil para diversas atividades no desenvolvimento e na efetividade de atuação da gestão de risco (REASON; CARTHEY, DE LEVAL, 2001).

Destaca-se também que na área de saúde existem situações que são predispostas ao risco de eventos adversos, tais como: avanços tecnológicos com incompatibilidade do aperfeiçoamento pessoal necessário, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da sistematização e da documentação dos registros, delegação de cuidados sem avaliação e acompanhamento adequado, e sobrecarga de serviço (BECCARIA *et al*, 2009).

Os profissionais de saúde devem ter como objetivo principal a prestação de um cuidado seguro, no qual as ações e os serviços oferecidos aos pacientes estejam voltados a sua totalidade e direcionado ao ser humano, uma vez que a complexidade terapêutica vem exigindo, cada vez mais, dos profissionais de saúde especializações e capacitações contínuas. Para efetivar um cuidado integral e centrado no paciente com vistas ao planejamento de cuidado, torna-se fundamental o desenvolvimento e aprimoramento do trabalho em equipe (URBANETTO; GERHARDT, 2013).

Nesse sentido, podemos destacar o que Araújo (2007) faz referência quando afirma que a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da “prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos” (p. 8). Isso porque os pacientes, quando adentram as organizações de saúde, vivenciam uma variedade de cuidados prestados pelas equipes que trabalham em parceria com setores de apoio, nos quais são necessários também profissionais competentes e preparados para atuação nesse cenário complexo que é a saúde. Sendo assim, os responsáveis devem desenvolver competências e habilidades para o trabalho em equipe, buscando atender as necessidades do paciente, contribuindo com a sua segurança e auxiliando no desenvolvimento e na melhoria das organizações de saúde.

Em meio ao cenário atual sobre os danos decorrentes da assistência em saúde e da influência dos processos educacionais na mudança da cultura dos profissionais de saúde, encontramos que o Ministério da Saúde publicou, em 1º de abril de 2013, a Portaria nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (MS, 2013). Um dos seus objetivos é justamente estimular a inserção do tema “segurança do paciente” nos ensinamentos técnico, de graduação e de pós-graduação voltados à área da saúde, tendo como estratégia a articulação com o Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação para que o assunto esteja presente nos currículos dos cursos referidos (MS, 2013). Embora o PNSP incentive essa inclusão curricular, ele não especifica qualquer orientação ou direcionamento para que isso seja feito.

Mas um documento publicado pela Fiocruz em 2014 reforça a importância da presença do tema no ensino e reforça a necessidade da criação de um catálogo atualizado com os programas para auxiliar gestores, profissionais e pacientes, além de recomendar que os estabelecimentos de saúde desenvolvam capacitações, atualizações e especializações, sejam elas presenciais, semipresenciais ou à distância (FIOCRUZ, 2014).

A publicação, referência para o PNSP, reforça também as diversas possibilidades de ensino que podem ser exploradas em conjunto com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), como também a chance de atuar em parceria com as associações brasileiras de educação das diversas profissões da saúde (FIOCRUZ, 2014).

Por sua vez, a OMS recomenda uma abordagem incisiva sobre o assunto, tendo como base o “Patient safety curriculum guide: multi-professional edition”, publicado em 2011 e traduzido para o português em 2016 como “Guia curricular multiprofissional de segurança do paciente”, que tem como principal ponto a atualização sobre segurança do paciente, além de elucidações e esclarecimentos de instituições formadoras que incluam tal ensino em seus Projetos Pedagógicos (PP), apresentando sua estrutura e interfaces entre diferentes disciplinas e áreas de conhecimento (WHO, 2011; MS, 2013). Como tal formação é relativamente nova para a maior parte dos educadores da área, o Guia apresenta, em uma única publicação, referências educacionais e diversos conceitos e métodos para o ensino e a avaliação de conhecimentos sobre o tema (WHO, 2011), auxiliando as instituições acadêmicas de saúde na formação de profissionais em segurança do paciente.

Em todas as áreas de formação, muitos desafios de grande complexidade e importância, e que crescem diariamente, têm sido colocados aos futuros profissionais nas diversas áreas de atuação, não só pelo que se ensina nas universidades, mas pelo que se almeja alcançar como formação adequada do estudante. As instituições possuem características voltadas a uma prática educacional baseada em princípios tradicionais, provocando um desarranjo entre o discurso, o que se faz e as demandas que contribuem para a formação e o direcionamento no âmbito da formação humana e profissional (GARCIA, 2009).

Especificamente na área de saúde, é de total relevância fazer com que os estudantes tomem ciência dos conhecimentos complexos importantes no e para o exercício profissional. Essa necessidade de inserção de saberes fundamentais tem promovido constantes discussões, uma vez que implica no desenvolvimento de um currículo cuja

perspectiva é levar os sujeitos a construir conhecimentos de forma significativa, com competências, habilidades e atitudes diversas, contribuindo para a construção de profissionais críticos, assertivos e reflexivos, prontos para assumir posições de liderança e focados no bem-estar da comunidade (MS, 2013).

Segundo Yoshikawa *et al* (2013), para que ocorra o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, é imprescindível a participação das instituições de ensino, que são formadoras e desempenham papel fundamental nesse processo de colocação do profissional, no mercado de saúde. Dessa maneira, projeta-se o desafio de educar os discentes para as questões envolvendo a segurança dos pacientes, a partir de saberes e fazeres específicos nas escolas, independentemente da formação técnica que se queira prover para área de saúde.

Essa capacitação e o processo educativo precisam estar presentes nas abordagens clínicas e de demonstração de melhores práticas, devendo ser um processo permanente durante o desenvolvimento dos estudantes, no qual eles acumulam informações dos diferentes cenários de exercício da profissão que podem contribuir com a sua formação, agregando valor teórico e, especialmente, prático (MS, 2014; MS, 2013).

Evidencia-se, contudo, que, muitas vezes durante sua formação, os profissionais de saúde não são apresentados ao tema “segurança do paciente”, gerando situações distintas, tanto nas universidades como nos locais de atendimento à saúde. Isso fez com que as instituições de ensino buscassem um novo marco conceitual para a prática e ensino desses profissionais, já que, tradicionalmente, a educação é centrada no diagnóstico e na gestão da doença, tendo assim pequena atenção dedicada à segurança dos pacientes e a sistemas de análise de erros (MS, 2013).

Em consonância com as mudanças curriculares, é preciso se atentar e repensar as abordagens pedagógicas progressivas de ensino/aprendizagem para formar profissionais, uma vez que os estudantes devem ser considerados sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas, e dotados de conhecimento, raciocínio crítico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade. Assim, faz-se necessário capacitá-los para intervir em contextos de incertezas e complexidades (MITRE *et al*, 2008).

O docente é, nesses termos, considerado um verdadeiro estrategista, envolvendo os discentes e os guiando no sentido de estudar, selecionar, organizar e propor as melhores ferramentas facilitadoras para que se apropriem do conhecimento. Essa não é uma tarefa fácil, pois grande parte dos professores vivenciou a universidade no modelo tradicional,

no qual a formação foi baseada na transmissão de conteúdos prontos, acabados, determinados (BERBEL, 1999; BERBEL, 1998).

Estudos nessa temática contribuem para que haja o fortalecimento do tópico no ensino, pesquisa e extensão, nos variados níveis, pois trazem reflexões importantes para os coordenadores de curso e docentes e fazem com que os mesmos possam estimular os estudantes a assumirem um papel cada vez mais ativo, distante da atitude de meros receptores de conteúdos e buscando efetivamente conhecimentos relevantes aos problemas e objetivos da aprendizagem (SANTOS, 2005).

Tal transformação de postura estimulará o aluno a adquirir competências durante a vida acadêmica, fortalecidas e aprofundadas cotidianamente, para garantir uma assistência à saúde segura e de qualidade. Por esse motivo, essas estratégias e mudanças no ensino são vistas como inovadoras, pois desenvolvem no profissional características fundamentais, como iniciativa criadora, curiosidade científica, espírito crítico-reflexivo, capacidade para auto-avaliação, cooperação para o trabalho em equipe, senso de responsabilidade, ética e sensibilidade (SANTOS, 2005; KOMATZU; ZANOLLI; LIMA in MARCONDES; GONÇALVEZ, 1998).

A literatura internacional, embora ainda restrita no assunto, apresenta alguns casos relacionados à inserção da temática de segurança do paciente nos currículos dos cursos de graduação em áreas da saúde. Segundo as recomendações do Lucian Leap Institute, a melhoria da educação para a segurança do paciente em cursos de medicina depende de as faculdades conceituarem e tratarem dos seguintes aspectos: a segurança do paciente como uma ciência que correlaciona as buscas das causas e a mitigação do erro; os fatores humanos; a ciência da melhoria contínua da segurança do paciente; a teoria e a análise de sistemas de informação; o desenho e o redesenho de processos; a formação de equipes; e a abertura das informações relativas ao erro e às desculpas, sem a culpabilidade diante dos eventos observados (HARADA *et al*, 2006).

Recentemente, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017, apresentou os princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de todos os cursos de graduação na área da saúde. São elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. A Resolução destaca que a segurança do paciente é um dos atributos da qualidade do cuidado, com grande importância para pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, que devem oferecer uma assistência segura, já que os incidentes associados ao cuidado em saúde e,

em particular, seus eventos adversos representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde (CNS, 2017).

Para Milligan (2007), as questões relacionadas ao âmbito da segurança do paciente, se agregadas a programas educacionais, propiciarão estudantes mais conscientes de suas limitações, devido à percepção, a partir de vivências práticas, de que errar é humano, e fortalecerão a aplicabilidade de ações realizadas com mais cautela dentro dos sistemas nos quais eles atuam, contribuindo para o planejamento de ações de melhoria de processos e aumento da seguridade no cuidado prestado. E, como diariamente os pacientes estão expostos a situações de risco, é essencial possibilitar aos estudantes atividades práticas e reflexões para o desenvolvimento de habilidades para reconhecimento do erro, suas causas, consequências e elaboração de estratégias para prevenção. Sobre isso, Kneafsey e Haigh (2007) revelam: “o ensino universitário para a segurança do paciente só vai ser benéfico se os alunos aprenderem por meio de situações clínicas, com manuseio seguro e sério do paciente e onde uma cultura de segurança permeie toda a organização” (p.16).

Nessa perspectiva, Urbanetto e Gerhardt (2013) afirmam ainda que “no ensino, o tema da segurança do paciente deve perpassar todo o currículo e focar especificidades de riscos e medidas preventivas de dano nos variados cenários de assistência à saúde” (p. 8). Os autores destacam, portanto, a segurança do paciente como ponto crucial nas ações do cuidado, o que torna essencial o aprofundamento das discussões a seu respeito dentro dos cursos da área da saúde. Seja como matéria curricular ou como conteúdo transversal, o tema é muito importante a todas as disciplinas, porquanto tornará os alunos mais preparados para prestar um cuidado seguro.

Cursos de graduação da área da saúde podem, a partir da análise aqui exposta, resgatar seu importante papel na promoção, para seus alunos, de conceitos e habilidades a respeito do erro humano e da segurança do paciente. Além de identificar grande impacto, para melhor, na assistência prestada ao paciente e na evolução nos processos das organizações, estudos demonstram que, ao serem apresentados a esse tema, os estudantes demonstram encorajamento e reconhecem a relevância do conteúdo para sua formação (LEUNG; PATIL, 2010; WONG *et al*, 2010).

Assim, o objetivo deste estudo será avaliar o impacto de intervenção sobre a segurança do paciente no conhecimento e na atitude dos alunos de medicina.

3. JUSTIFICATIVA

A segurança é considerada um pilar da qualidade dos cuidados à saúde e seu sucesso depende do comprometimento individual e coletivo. Compreender os riscos em processos complexos na área requer informações sobre as causas e planejamento de intervenções visando eliminar as lacunas de segurança, assegurando a melhoria na qualidade dos cuidados e reduzindo a morbidade e a mortalidade.

O mercado em saúde nos apresenta uma assistência especializada, que requer muita atenção da equipe de profissionais com o trabalho integrado, já que uma prática colaborativa e multiprofissional exige comunicação efetiva e transferência precisa de tarefas e de resultados, além do estabelecimento de funções e responsabilidades claramente definidas.

A necessidade da real compreensão dos riscos inerentes à medicina moderna reforça que todos os profissionais da área sejam capazes de cooperar com as equipes envolvidas, adotando intervenções proativas de sistemas de segurança para execução de suas responsabilidades. De acordo com o conteúdo exposto, levando em consideração o cenário mundial atual relacionado aos danos decorrentes da assistência em saúde e a influência dos processos educacionais na mudança da cultura dos profissionais de saúde, este estudo tem sua relevância evidenciada ao facilitar o desenvolvimento do conhecimento coletivo sobre situações e práticas inseguras, e a adoção de medidas preventivas que evitam riscos desnecessários, características que são a chave para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde.

A abordagem utilizada, por sua vez, se traduz na avaliação dos conceitos e das atitudes dos alunos de medicina frente à segurança do paciente como um paradigma da qualidade do cuidado, a fim de propormos melhorias no acolhimento acadêmico, fortalecimento das boas práticas assistenciais e integração multiprofissional dos estudantes junto à equipe do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB), contribuindo, assim, com a mudança da cultura organizacional.

Esperamos com este estudo o desencadeamento de novos interesses, inéditas discussões e futuros incrementos nas grades curriculares da medicina consonantes com a Resolução nº 569 do Conselho Nacional de Saúde, a qual contempla a necessidade de inserir nos currículos dos profissionais da saúde a temática “segurança do paciente” com vistas a contribuir com a qualificação do cuidado e o entendimento dos alunos sobre o impacto desse tema, entre os quais os incidentes, em particular os eventos adversos, representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Avaliar o impacto de intervenção sobre a segurança do paciente no conhecimento e na atitude dos alunos de medicina.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento e as atitudes de alunos de graduação de medicina a respeito da temática “erro humano e segurança do paciente”;
- Propor e validar uma intervenção educativa aos estudantes graduandos de medicina previamente à atuação prática em nossa instituição de saúde.

5. METODOLOGIA

5.1 Delineamento da pesquisa

Estudo de intervenção, prospectivo e exploratório com abordagem quantitativa. Análise do tipo intervenção, não-aliatório, com grupo único de comparação – antes e depois –, também conhecido como TREND guideline.

Foco na avaliação do conhecimento e da atitude sobre a temática “segurança do paciente” dos estudantes de graduação de medicina que frequentam o 6º ano e que passam por estágio nas enfermarias do HEAB.

5.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Estadual Américo Brasileiro, que conta com 104 leitos. Optou-se por este devido ao vínculo administrativo com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que oportuniza as atividades de assistência, pesquisa e ensino.

O HEAB é uma instituição pública, geral, que atende às seguintes especialidades clínicas: geriatria, neurologia, clínica médica, infectologia e unidade de terapia intensiva adulta. Com relação às especialidades cirúrgicas, são atendidos casos de nefrologia/urologia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, ginecologia, e cirurgias geral, torácica e plástica. Atualmente, a instituição possui selo nível 2 da Organização Nacional de Acreditação, cujo objetivo do processo de certificação em saúde é avaliar os processos de qualidade e segurança institucionais com foco na melhoria contínua.

5.3 Universo da pesquisa

Todos os alunos matriculados na Graduação de Medicina no ano de 2017, totalizando 620 estudantes frequentando o curso.

5.4 Participantes da pesquisa e amostra

5.4.1 Estatística descritiva

A fim de estabelecer uma amostra representativa mínima, foi utilizada a seguinte fórmula numérica, levando em conta um tamanho amostral mínimo para análise (LEVINE; BERENSON; STEPHAN, 2000; TRIOLA, 1999; LEVIN, 1987). Foi

considerando ainda o percentual estimado de 50%, um erro amostral de 0,05 e um nível de significância de 5%, a partir da fórmula:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Na qual:

Se $\alpha = 0.05$, $Z^2\alpha/2 = 1.96$

N (número de estudantes inscritos em 2017 no curso de medicina) = 620

Portanto: o tamanho da amostra (n) deveria ser 237

Por conveniência, o estudo não probabilístico, que incluiu na amostragem os alunos do 6º ano de medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que passaram por estágio no HEAB, convidou os mesmos a participar e integrar a pesquisa no momento do acolhimento acadêmico, antes de iniciar as atividades práticas no local.

Amostragem não probabilística é aquela em que são selecionados elementos da população para compor a amostra com relação dependente, pelo menos em parte, com o julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo (MATTAR, 1996). Assim, optou-se por ela pelas limitações de tempo, recursos financeiros, materiais e pessoas necessários para a realização de uma pesquisa com amostragem probabilística, a qual contemplaria um número maior de estudantes da graduação em medicina (MATTAR, 1996).

5.4.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos na amostra os alunos que aceitaram participar da pesquisa. A permissão foi conseguida por meio da aplicabilidade do termo de consentimento (Anexo 1), que contemplou, em sua descrição, informações importantes acerca do desenvolvimento da pesquisa.

5.4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra os alunos que, por algum motivo: não compareceram ao estágio realizado no HEAB; não consentiram em participar; faltaram no primeiro dia de acolhimento acadêmico no HEAB; e que, no decorrer da pesquisa, por desconforto, solicitaram a não-aceitação da participação na pesquisa.

5.5 Instrumentos de coleta de dados da pesquisa

O instrumento de coleta de dados (Anexo 2) utilizado é validado e elaborado por um estudo de Yoshikawa *et al* (2013), sendo um questionário com variáveis referentes às caracterizações dos alunos quanto a gênero, idade e ano da graduação, apresentado junto a 20 questões sobre os aspectos atitudinais e conceituais a respeito de erro humano e segurança do paciente. As variantes do questionário foram medidas por meio da escala psicométrica de Likert, utilizada em pesquisa quantitativa com a pretensão de registrar o nível de concordância ou discordância com uma declaração (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014; SILVA, 2010; GARNIER *et al*, 2006).

O questionário supracitado foi aplicado aos alunos da medicina em três tempos diferentes: tempo 1 (t1) – início do acolhimento acadêmico (pré-teste); tempo 2 (t2) – após a primeira intervenção (pós-teste); e tempo 3 (t3) – depois de vivenciar a prática de estágio no HEAB (pós-prática). Todas as alternativas possuem cinco opções de resposta (escala de Likert): 1- DF, 2- D, 3- NO, 4-C, 5- CF. As questões são as seguintes:

- Questão 1 - Cometer erros na área da saúde é inevitável.
- Questão 2 - Existe uma grande diferença entre o que os profissionais sabem, o que é certo e o que é visto no dia a dia da assistência à saúde.
- Questão 3 - Profissionais competentes não cometem erros que causam danos aos pacientes.
- Questão 4 - Alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes.
- Questão 5 - Na vigência de um erro, todos os envolvidos (profissionais, alunos, gestores, paciente e família) devem discutir sua ocorrência.
- Questão 6 - Para a análise do erro humano, é importante saber as características individuais do profissional que cometeu o erro.
- Questão 7 - Depois que um erro ocorre, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com maior cuidado.
- Questão 8 - Profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não oferecem condições adequadas para o cuidado prestado ao paciente.
- Questão 9 - Para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve instituir uma análise sistêmica dos fatos.

- Questão 10 - É necessário implementar uma análise sistêmica de erros na área da saúde, mas medidas preventivas precisam ser adotadas sempre que alguém for lesado.
- Questão 11 - Sempre comunico a meu professor sobre a presença de condições no campo do estágio que favorecem a ocorrência do erro.
- Questão 12 - Sempre comunico ao professor/gestor/responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro.
- Questão 13 - Sempre comunico ao meu colega sobre a ocorrência de um erro.
- Questão 14 - Sempre comunico ao paciente e sua família sobre a ocorrência do erro.
- Questão 15 - Se não ocorre dano ao paciente, deve-se analisar se há a necessidade de relatar a ocorrência do erro ao paciente e sua família.
- Questão 16 - Os professores sempre realizam medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa novos erros.
- Questão 17 - Sistemas para relatar a ocorrência dos erros fazem pouca diferença na redução de futuros erros.
- Questão 18 - Apenas os médicos podem determinar a causa da ocorrência do erro.
- Questão 19 - Sempre realizo atividades de estágio em locais que promovem boas práticas para a promoção da segurança do paciente.
- Questão 20 - Sempre que identifico situações que necessitam melhorias, recebo apoio da instituição para implementação de medidas que promovam práticas seguras.

5.6 Coletas de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento de coleta anteriormente citado (Anexo 2) em três diferentes momentos – e sempre após o preenchimento do termo de consentimento pelos alunos envolvidos na pesquisa (Anexo 1).

A primeira abordagem junto aos discentes do 6º ano do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foi no início do acolhimento acadêmico realizado no HEAB/AME. Assim, antes da ocasião, em que houve a apresentação da aula “O erro e a segurança do paciente”, foi aplicado o instrumento de coleta de dados (1º momento de intervenção). Posteriormente, após o preenchimento do formulário pelos

alunos, foi ministrada a apresentação acima referida (Anexo 9) e, na sequência, feita nova aplicabilidade do instrumento de coleta de dados (2º momento de intervenção).

Tal intervenção educativa foi elaborada a partir de dados de literatura recente e atualizada do tema “erro humano e segurança do paciente”. Ela teve como objetivo destacar que os maiores problemas acontecem na gestão dos processos e não com as pessoas, oferecendo aos estudantes o entendimento que, por mais competentes que sejam os trabalhadores, quando submetidos a processos mal estruturados e sem controle, eles, muitas vezes, podem ser conduzidos a erros – isso faz com que seja importante a implantação de processos de qualidade para o gerenciamento organizacional.

O fechamento e a abordagem final (3º momento de intervenção) foram realizados junto aos alunos após o término do estágio, que durou 15 dias no HEAB/AME. Dessa forma, já com a vivência prática, os discentes responderam novamente o mesmo questionário.

5.7 Tabulações e organização dos dados – análise estatística

O banco de dados foi organizado em planilha do Excel® e analisado no programa “Minitab”, por meio das estatísticas descritiva e analítica. Os resultados são apresentados por frequências absolutas (n) e relativas (%).

Por se tratar de um estudo com amostras pareadas, com o intuito de analisar o impacto da intervenção educativa no conhecimento e nas atitudes dos acadêmicos de medicina, foi aplicado o teste T dependente ou emparelhado. Essa verificação é a mais comum para avaliar as diferenças das médias entre grupos. Já quando houve divergência nas respostas dos questionários nos momentos diferentes em que foram aplicados, foi utilizado o “teste T” pareado.

Segundo a conceituação, o “teste T de student” ou, simplesmente, “teste T” é uma técnica estatística para a comparação de dois tratamentos. Seu objetivo principal é verificar se existe diferença significativa entre duas médias. Neste trabalho, foi utilizado o **teste T pareado**, pois, para um mesmo indivíduo, as mesmas medidas foram avaliadas em diferentes momentos: antes de um tratamento e depois dele (TRIOLA, 1999). O teste aconteceu da seguinte maneira:

- 1- Para verificar se houve diferença entre as respostas do questionário aplicado no tempo 2 (t2) em relação às respostas do mesmo questionário aplicado no tempo 1 (t1) .
- 2- Para verificar se houve diferença entre as respostas do questionário aplicado no tempo 3 (t3) em relação às respostas do mesmo questionário aplicado no tempo 1 (t1).

A notação utilizada nas tabelas e nos quadros desta análise assume o símbolo (*) para explicar quando o valor é significativo em 5% e (**) para valor significativo em 10%.

O teste T é expressivo quando a estatística T é maior que o tabelado, assim se rejeita a hipótese nula. O p-value, por sua vez, é calculado para a hipótese nula das populações analisadas que obtiveram médias iguais, ou seja, é a menor escolha realizada para o nível de significância, de forma a rejeitar a hipótese nula (TRIOLA, 1999).

5.8 Considerações éticas

Este projeto intitulado “Avaliação do impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos do 6º ano de medicina” foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido a avaliação e apreciação do Comitê de Ética. Os dados foram coletados após autorização dos autores do instrumento, da concordância da coordenação dos cursos de graduação e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A obtenção da aprovação do comitê, por meio do parecer consubstanciado, encontra-se em forma de anexo (Anexo 3) com o número 1.910.503, CAAE: 64188416.1.0000.5440.

Foram cumpridas todas as exigências contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a voluntariedade da participação, o anonimato dos participantes e o sigilo dos dados obtidos. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado fisicamente, acompanhado do questionário, nos três diferentes momentos de intervenções (pré e pós-teste, e pós-prática).

Esta pesquisa pode ter apresentado risco mínimo aos participantes, ou seja, algum desconforto ao responderem o questionário, como lembranças de uma situação vivenciada nas atividades acadêmicas junto ao paciente. Na ocorrência de tal situação, os estudantes possuíam o direito de parar de respondê-lo em qualquer momento das ações realizadas.

Os benefícios das intervenções da pesquisa são indiretos, pois as informações coletadas poderão, em termos prospectivos, fornecer subsídios para a construção e a implementação de futuras disciplinas curriculares voltadas à segurança do paciente, especialmente com o intuito de prevenir os incidentes de segurança e assegurar melhores processos assistenciais das e nas organizações de saúde. Acredita-se que este estudo contribuirá de maneira assertiva para complementar novas investigações que agreguem aspectos relacionados à segurança do paciente, em particular na formação acadêmica.

Sobre o ensino na graduação, espera-se que os resultados apresentados auxiliem na sensibilização das instituições formadoras no que tange à necessidade de se pensar questões

de qualidade, segurança do paciente e melhoria contínua durante a formação acadêmica e continuada após a graduação.

Os frutos desta pesquisa compõem uma dissertação apresentada e defendida em Banca Examinadora de Mestrado no Curso de Pós-Graduação Profissionalizante em Gestão dos Serviços de Saúde da FMRP-USP. Após as correções, os resultados serão divulgados e entregues aos coordenadores do curso de Medicina. Também serão divulgados em forma de artigos e resumos em eventos científicos.

6. RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se à descrição dos 294 questionários respondidos pelos 98 estudantes (100% dos alunos matriculados no 6º ano de Medicina), no período de janeiro a novembro de 2017. A quantidade de questionários é consequência da aplicação do mesmo em três diferentes momentos por todos os alunos que aceitaram participar da pesquisa.

6.1 Perfil dos participantes do estudo

Os 98 alunos responderam aos três questionários nos três momentos diferentes. Sendo que entre eles, 37 (37,8%) são do sexo feminino e 61 (62,2%) são do sexo masculino.

Na Tabela 1 está apresentada a distribuição dos estudantes por sexo.

Tabela 1 – Distribuição dos estudantes por idade e sexo (masculino (M) e feminino (F)). Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017.

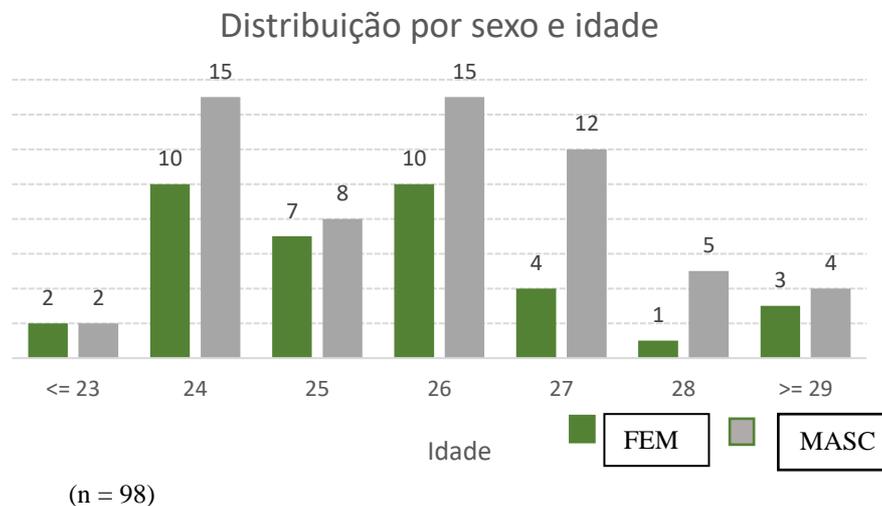
Idade	F	%F	M	%M
< 23	2	5%	2	3%
24	10	27%	15	25%
25	7	19%	8	12%
26	10	27%	15	25%
27	4	11%	12	20%
28	1	3%	5	8%
> 29	3	8%	4	7%
Total	37	100%	61	100%

(n = 98)

Fonte: Elaborado pela autora

A média de idade dos participantes é 25,8 anos e a distribuição por idade e sexo está no gráfico abaixo:

Figura 1 – Distribuição dos estudantes de acordo com sexo e idade, em número absoluto. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora

6.2 Compreensão dos estudantes sobre erro humano e segurança do paciente

6.2.1 Análise descritiva das respostas dos estudantes aos itens do questionário sobre erro humano e segurança do paciente

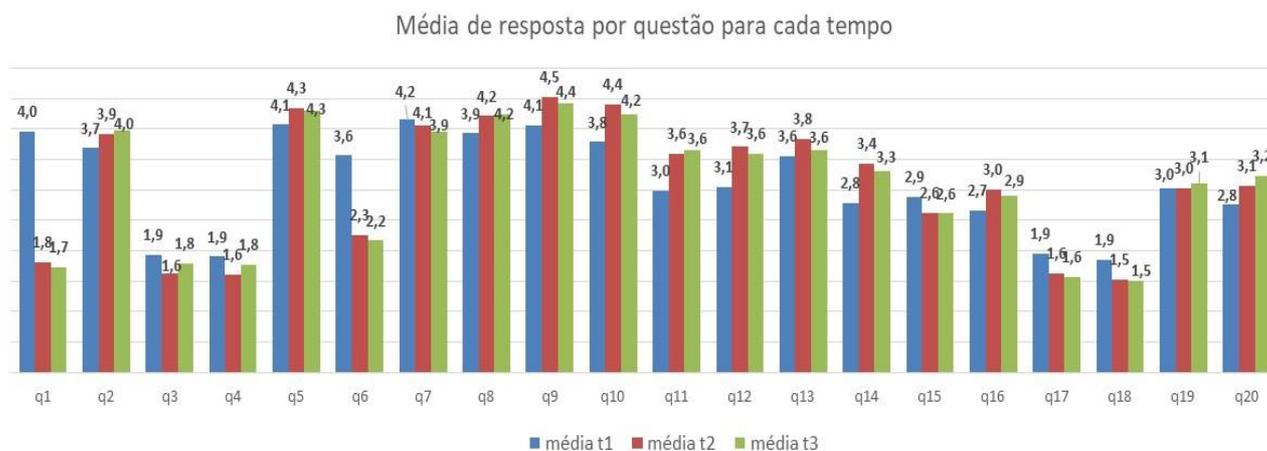
Neste espaço serão apresentadas as respostas dos estudantes aos aspectos conceituais e atitudinais, por média nas três intervenções realizadas, referentes ao erro humano e à segurança do paciente, segundo a compreensão dos mesmos.

Tabela 2 – Distribuição da média de respostas por questão para cada momento, que contemplam aspectos conceituais e atitudinais, conforme a escala Likert. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017.

Tempo	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	q19	q20
média t1	4,0	3,7	1,9	1,9	4,1	3,6	4,2	3,9	4,1	3,8	3,0	3,1	3,6	2,8	2,9	2,7	1,9	1,9	3,0	2,8
média t2	1,8	3,9	1,6	1,6	4,3	2,3	4,1	4,2	4,5	4,4	3,6	3,7	3,8	3,4	2,6	3,0	1,6	1,5	3,0	3,1
média t3	1,7	4,0	1,8	1,8	4,3	2,2	3,9	4,2	4,4	4,2	3,6	3,6	3,6	3,3	2,6	2,9	1,6	1,5	3,1	3,2

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 2 – Gráfico de distribuição da média de respostas por questão para cada momento (intervenção), conforme a escala Likert. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017.



Ressalta-se que as questões de 1 a 7 são referentes a aspectos conceituais e as questões de 8 a 20, a aspectos atitudinais.

Em relação às características conceituais, destaca-se que a maioria dos estudantes concordou ($t1 = 4$; $t2 = 1,8$; $t3 = 1,7$) que cometer erros na área da saúde é inevitável (questão 1 – q1) e, após a intervenção educativa e pós-prática, passaram a discordar dessa assertiva, o que demonstrou a percepção, por parte dos alunos, de que errar é humano, mas pode ser evitado por meio de medidas preventivas que visam a aperfeiçoar a seguridade dos pacientes e implementar melhoria nos processos assistenciais e de apoio das organizações de saúde. A maioria concordou ($t1 = 3$; $t2 = 3,9$; $t3 = 4,0$), nos três diferentes tempos, que existe uma grande diferença entre o que os profissionais sabem, o que é certo e o que é visto no dia a dia da assistência à saúde (questão 2 – q2).

Outro apontamento interessante a ser ressaltado é que, nos três diferentes tempos, os alunos concordaram ($t1 = 4,1$; $t2 = 4,3$; $t3 = 4,3$) que na vigência de um erro em saúde todos os envolvidos devem discutir e planejar melhorias após a ocorrência do incidente (questão 5 – q5), no sentido de identificar e minimizar o risco e promover ações de melhoria para as organizações de saúde, com foco na prevenção.

Referente aos questionamentos voltados aos aspectos atitudinais, a maioria concordou ($t1 = 3,8$; $t2 = 4,4$; $t3 = 4,2$) que, para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve instituir uma análise sistêmica dos fatos (questão 10 – q10), corroborando com os princípios da cultura de segurança. E a maioria dos alunos discordaram ($t1 = 1,9$; $t2 = 1,6$; $t3 = 1,6$) que sistemas para relatar a ocorrência dos erros (questão 17 – q17) fazem pouca

diferença na redução de futuras falhas. Já sobre o comportamento de comunicar paciente e sua família sobre a ocorrência do erro (questão 14 – q14), os alunos, inicialmente, discordaram ($t_1 = 2,8$) da assertiva e posteriormente, após as intervenções, não tiveram opinião ($t_2 = 3,4$; $t_3 = 3,3$) sobre o questionamento.

A maior parte dos estudantes concordou nos três momentos ($t_1 = 3,9$; $t_2 = 4,2$ e $t_3 = 4,2$) que profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não ofereçam condições adequadas para o cuidado em saúde (questão 8 – q8), mas não apresentaram opinião, também em todas as ocasiões ($t_1 = 3,0$; $t_2 = 3,0$ e $t_3 = 3,1$), sobre as situações que necessitam melhorias (questão 19 – q19).

Tabela 3 – Comparação das médias entre as questões no tempo 1 e no tempo 2. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017.

Comparação entre as questões no tempo 1 e no tempo 2					
QUESTÃO	Média t1	Média t2	Desvio padrão t1	Desvio padrão t2	p-value
1	3,959	1,806	0,745	0,727	0,000*
2	3,684	3,918	1,021	1,022	0,019*
3	1,907	1,619	0,579	0,783	0,002*
4	1,898	1,602	0,634	0,700	0,000*
5	4,071	4,347	0,966	0,886	0,012*
6	3,561	2,255	0,874	1,124	0,000*
7	4,153	4,051	0,829	0,978	0,352
8	3,929	4,214	0,900	0,876	0,006*
9	4,061	4,520	0,810	0,560	0,000*
10	3,786	4,408	0,922	0,656	0,000*
11	2,980	3,592	1,035	1,092	0,000*
12	3,051	3,704	1,019	1,086	0,000*
13	3,551	3,837	0,943	0,971	0,017*
14	2,786	3,439	0,840	1,122	0,000*
15	2,888	2,622	1,024	1,153	0,046*
16	2,663	3,000	0,984	1,260	0,008*
17	1,949	1,633	0,854	0,901	0,007*
18	1,857	1,531	0,704	0,677	0,000*
19	3,020	3,020	0,963	1,260	1,000
20	2,753	3,052	0,890	1,158	0,011*

(*) **significativo em 5%**

Fonte: Elaborado pela autora

É possível verificar que somente as questões 7 e 19 não mostraram diferenças significativas. Portanto, para essas assertivas, há indícios de que a intervenção (aula) não teve

efeito sobre o modo de respondê-las. A questão 7 diz respeito ao aspecto conceitual de que, após um erro, a estratégia preventiva é trabalhar com maior cuidado, sobre o que os alunos não deixaram evidente ter a compreensão que a ação preventiva tem que ser focada em melhoria contínua dos processos assistenciais das organizações de saúde.

A questão 19 contempla o aspecto atitudinal, no qual os alunos não demonstraram ter opinião acerca de se os locais de realização de estágio promovem boas práticas na segurança do paciente.

Tabela 4 – Comparação das médias entre as questões no tempo 1 e no tempo 3. Américo Brasiliense, SP, Brasil, 2017.

QUESTÃO	Média t1	Média t3	Desvio padrão t1	Desvio padrão t3	p-value
1	3,959	1,735	0,745	0,509	0,000*
2	3,684	3,969	1,021	0,913	0,022*
3	1,907	1,794	0,579	0,790	0,229
4	1,898	1,776	0,634	0,726	0,140
5	4,071	4,306	0,966	0,817	0,027*
6	3,561	2,163	0,874	0,960	0,000*
7	4,153	3,949	0,829	0,946	0,070
8	3,929	4,235	0,900	0,729	0,001*
9	4,061	4,429	0,810	0,609	0,000*
10	3,786	4,245	0,922	0,774	0,000*
11	2,980	3,643	1,035	0,966	0,000*
12	3,051	3,592	1,019	0,961	0,000*
13	3,551	3,643	0,943	0,865	0,404
14	2,786	3,306	0,840	1,088	0,000*
15	2,888	2,612	1,024	1,136	0,051
16	2,663	2,898	0,984	1,079	0,059
17	1,949	1,571	0,854	0,674	0,000*
18	1,857	1,510	0,704	0,596	0,000*
19	3,020	3,102	0,963	1,098	0,453
20	2,753	3,217	0,890	0,960	0,000*

Fonte: Elaborado pela autora

Comparando as questões do tempo 3 com as do tempo 1, observa-se que existem mais opções que não demonstraram diferenças significativas (questões: 3, 4, 7, 13, 15, 16 e 19) que quando se comparou o tempo 2 com o tempo 1. Assim, há indícios que, para essas questões, a segunda intervenção não teve efeito sobre o modo de respondê-las.

As questões 3, 4 e 7 tratam de aspectos conceituais, nas quais se destaca a discordância dos alunos com a afirmação que profissionais competentes e alunos comprometidos não

cometem erros que causem danos aos pacientes. A questão 7 ainda discorre que prevenção é trabalhar com mais cuidado, não abordando as questões sistêmicas dos incidentes em saúde.

As assertivas 13, 15, 16 e 19 estão relacionadas aos aspectos atitudinais dos estudantes, dentre as quais verifica-se pouco tempo prático de vivência dos alunos que pudesse desencadear uma mudança no pensamento e na atitude do futuro profissional médico. Nesse sentido, para as questões 15, 16 e 19 no pós-prática, os alunos não tiveram uma opinião formada e sustentada, talvez pela curta duração de atuação na organização de saúde do estudo e limitado contato teórico com o tema “erro humano e segurança do paciente”, comprometendo o entendimento e a associação teoria-prática para mudança de atitude e comportamento.

7. DISCUSSÃO

Neste item, serão discutidos os resultados acima destacados, tomando por base as publicações referentes à temática “erro humano e segurança do paciente”, de forma a responder os objetivos elencados.

7.1 Perfil demográfico e acadêmico dos estudantes da área da saúde

Ao analisar os resultados, verificou-se que, dos 98 alunos participantes do estudo, 37 (37,8%) são do sexo feminino e 61 (62,2%) do sexo masculino, com a média de idade de 25,8 anos. Assim, observou-se a predominância de homens matriculados no curso de medicina, o que se opõe a estudos que apontam para um perfil predominantemente feminino em profissões voltadas à área da saúde, como o realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, o qual evidenciou 89% dos participantes do sexo feminino e 34% com 18 anos (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

Esse perfil feminino reflete a inserção da mulher no mercado de trabalho em profissões reconhecidas por serem femininas e voltadas à área de saúde (HARADA; MARIN; CARVALHO, 2003). O fato remete ao histórico de alguns cursos da área ter domínio de mulheres, como a enfermagem, a medicina e a fonoaudiologia.

Este estudo também mostrou que a maior parte dos estudantes declarou não possuir disciplina formal na graduação que aborde a temática “erro humano e segurança do paciente”. Contudo, eles exibiram percepções levemente favoráveis à segurança do paciente. Isso revela que, de forma transversal, o assunto está sendo abordado nos cursos (NARDELLI, 2013).

7.2 Aspectos conceituais e atitudinais do erro humano e da segurança do paciente

Para essa pesquisa, a compreensão dos estudantes de medicina sobre o erro humano e a segurança do paciente foi avaliada por meio da aplicabilidade do questionário criado para tal fim por Yoshikawa *et al* (2013), com prévia solicitação para liberação de uso do instrumento (Anexo 10).

No documento original (YOSHIKAWA *et al*, 2013), não há indícios da avaliação da consistência interna do instrumento, o que impossibilita a comparação com os resultados aqui obtidos. Mas diante da análise descritiva dos itens contemplados no questionário, considera-se que não houve prejuízos, uma vez que o objetivo do dispositivo é realizar um diagnóstico dos conhecimentos e das atitudes dos estudantes sobre a referida temática quando eles iniciam o período de estágio na organização de saúde eleita para análise.

Os cuidados em saúde evoluíram nos últimos 20 anos, especialmente porque o conhecimento de doenças e as inovações tecnológicas contribuíram para melhorar a expectativa de vida durante o século XX. Entretanto, um dos maiores desafios atualmente não é manter-se atualizado sobre os procedimentos clínicos recentes ou equipamentos de última geração, e sim oferecer um tratamento mais seguro em ambientes complexos de saúde extremamente dinâmicos e pressurizados (CRESSWELL *et al*, 2013; HARADA, 2006).

A publicação “To Err is Human: Building a better health system”, pelo IOM, e a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente pela Organização Mundial de Saúde fortaleceram a disseminação do conhecimento da temática “errar é humano e segurança do paciente”, a qual se tornou um desafio no sistema de saúde norte-americano, acabando por influenciar outros países e trazendo a importância da inclusão dos conceitos e princípios do tema em cursos de profissionais da área da saúde (IOM, 1999).

Na atualidade, a OMS encabeça uma iniciativa global de segurança do paciente tendo o objetivo de melhorar a educação, seus princípios e abordagens do tema, de forma a promover a capacitação profissional das equipes integrantes do cuidado em saúde para exercer um cuidado centrado no paciente, de maneira integral e holística em qualquer lugar do mundo. A OMS vem, por meio de parcerias com universidades, governos, escolas e associações, pesquisando as ligações entre o ensino e a prática em saúde para o desenvolvimento de programas que abordem uma variedade de ideias e métodos que ensinem e avaliem, de maneira mais eficaz, a segurança do paciente (OMS, 2011).

A proposta de acrescentar o ensino de segurança do paciente é relativamente nova e não faz parte dos programas ou objetivos escolares. Contudo, já percebemos algumas iniciativas no Brasil sobre o tema em cursos de medicina (WHO, 2011; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Em relação a essa presença de disciplina formal e ao fato dela não integrar a grade curricular da graduação em medicina, observamos nos estudos que a maior parte dos alunos consegue demonstrar percepções favoráveis à segurança. (NABILOU; FEIZI; SEYEDIN, 2015; NARDELLI *et al*, 2013).

Esses entendimentos sinalizam para uma abordagem transversal, a qual, ainda que informalmente, os docentes têm se preocupado em desenvolver. Contudo, devemos destacar que a pesquisa identificou a tendência da segurança do paciente ser implícita nos currículos. Dessa forma, o aprendizado acontece em grande parte de forma isolada e com poucas oportunidades de troca interprofissional e planejamento de melhorias voltadas à assistência em saúde (CRESSWELL *et al*, 2013).

No Brasil, já existem iniciativas que podem ser destacadas de programas de educação sobre a segurança do paciente em cursos de medicina, nas quais se abordam os incidentes que acometem pacientes de forma mais grave, além de sua identificação, do planejamento de melhorias e da divulgação das informações ao mesmo, utilizando metodologias participativas. Todavia, elas ainda estão vinculadas a um curso específico (DAUD-GALOTTI *et al*, 2011), fazendo com que instituir, no currículo formal, a segurança do paciente seja essencial para a formação (NABILOU; FEIZI; SEYEDIN, 2015).

Nesse contexto de consciência e do reconhecimento que a segurança é um fator vital nos cuidados em saúde, pressupõe-se que é o momento de a universidade repensar a inserção do tema aos alunos de graduação em saúde, não somente pelas orientações mundiais destacadas, mas, também, por determinações legais, uma vez que esse assunto começará a formar um corpo de conhecimento e fomentar o desenvolvimento de competências e habilidades diversas nos estudantes e professores (OMS, 2011).

Retomando os aspectos conceituais abordados no instrumento de coleta de dados, a assertiva “Cometer erros na área da saúde é inevitável” apresentou média de 4,0 pela escala de Linkert, mostrando a concordância de 70% dos alunos de medicina com ela antes da intervenção educativa (pré-teste). No período pós-teste, a média foi para 1,8 (com 68% dos estudantes discordando), enquanto no pós-período de estágio a média manteve-se em 1,7 (69% discordaram), muito próximo ao pós-teste, portanto. Assim, podemos destacar que os alunos passaram a discordar da assertiva depois da realização da intervenção educativa.

De acordo com informações da literatura, a compreensão da possibilidade de prevenção e implementação de barreiras de segurança para os erros em saúde favorece a melhoria dos processos assistenciais para seguridade dos pacientes, mas ainda não é vista como uma realidade pelos estudantes de medicina. Para eles, a real possibilidade da ocorrência do erro na área da saúde é como em qualquer área de ação humana, não sendo associada à possibilidade de prevenção com base na adoção de medidas e mudanças do sistema.

Essas informações vão de encontro às pesquisas sobre o tema, cuja percepção mostra que os erros podem vir a acontecer com profissionais da área de saúde assim como com os estudantes em seus campos de estágios, mas podem ser minimizados e evitados por meio da adoção de barreiras de segurança com foco na segurança do paciente e na readequação dos processos institucionais. No entanto, um número considerável de estudantes concordou com a afirmativa, destacando a individualização na análise do erro e a culpabilização do profissional de saúde (HARADA, 2006).

É interessante a reflexão de que, na prática, somos parte de um sistema complexo, composto por profissionais de diversas áreas, organização de saúde, tecnologia, aspectos organizacionais, e outros recursos e elementos que precisam estar sincronizados para o funcionamento do serviço. O entendimento que “errar é humano” também se estende ao âmbito da assistência à saúde, podendo ocasionar danos de diferentes graus ao paciente, além de aumentar o custo para o serviço devido ao prolongamento do tempo de internação (VELHO; TREVISIO, 2013).

A percepção da possibilidade de que o erro pode e vai acontecer nas instituições de saúde compreende que falhar é humano e constitui-se como uma importante premissa para o fortalecimento e o planejamento de ações de segurança com foco no paciente, que deve ser disseminada no ensino superior. Na área de saúde, a teoria da falibilidade é menos entendida, o que se constitui um erro prejudicial que envolve danos e é amplamente negado por ser temido, a partir de uma visão ainda tradicional sobre o erro humano baseado na ação individual e na culpabilização do profissional. Nesse contexto, o erro médico ocorre, mas parece inevitável, ainda hoje (GOROVITZ; MACINTYRE, 1975).

Retratar os erros em saúde aos estudantes pode contribuir com o aprendizado, já que, na graduação, eles podem vivenciar erros durante sua formação prática em estágios e residências médicas. Dessa maneira, o enfrentamento das falhas em saúde não pode envolver temores ou medo em casos nos quais elas sejam reveladas. Cabe aos professores criarem ambientes reflexivos e encorajadores para comunicação e compartilhamento de ações de melhoria, envolvendo uma análise sistêmica de causas, para integrar estudantes à temática e despertar um comprometimento com o processo de aperfeiçoamento que possa ser inserido na realidade da saúde, baseado na prevenção e implementação de barreiras de segurança (KOOHESTAN; BAGHCHEGHI, 2009).

Visando a uma mudança efetiva na cultura, os estudantes devem estar envolvidos no processo de aprendizado frente aos erros, possibilitando a discussão e a reflexão pela busca das causas que contribuem para que incidentes aconteçam – causas essas que podem estar associadas a múltiplos aspectos, como estrutura, ambiente e fator humano. Essa transformação de cultura insere os alunos no sistema complexo de saúde e eles passam a pensar e planejar focados na prevenção em saúde, implementando ações de melhoria para os processos e aumentando a segurança no atendimento dos pacientes (GOULET *et al*, 2015).

Podemos destacar, nessa perspectiva, o trabalho envolvendo a segurança do paciente na Escola Médica da Universidade de Missouri, em Columbia, Estados Unidos, que implementou alterações em seu currículo ao evidenciar que todos os membros de uma equipe

de saúde teriam condições de realizar o reconhecimento de ações inseguras e circunstâncias de risco, e notificar incidentes de forma sistemática para propor melhorias no sistema. Foram agregados a isso diversos tópicos sobre segurança do paciente (notificação de erros, ferramentas de segurança, análise de causas e planos de ações) e revistas as principais estratégias de intervenções para melhorar o aprendizado por meio de leituras, fóruns integrativos, painéis de discussão e dramatização (MADIGOSKY *et al*, 2006).

De volta ao questionário utilizado como instrumento de pesquisa, a afirmação “Existe uma grande diferença entre o que os profissionais sabem, o que é certo e o que é visto no dia a dia da assistência à saúde” teve uma concordância no pré-teste de 51% dos estudantes, gerando uma média de 3,7 pela escala de Linkert. Após a intervenção educativa, no pós-teste e na pós-prática, a média foi de, respectivamente, 3,9 (52% concordaram) e 4,0 (59% concordaram). Em relação a mesma assertiva, um estudo realizado na UNIFESP teve como resultado que 91,6% dos estudantes de enfermagem e medicina concordam com ela (YOSHIKAWA *et al*, 2013).

Os mesmos quocientes foram revelados por pesquisa realizada com estudantes da enfermagem de uma universidade do interior paulista, a qual também mostrou que muitas das táticas para a segurança do paciente nas disciplinas não foram observadas e vivenciadas na prática hospitalar nos diferentes campos de estágios ou em cenários de saúde complexos que contemplam diferentes disciplinas e processos (BOGARIN *et al*, 2014).

A dissociação verificada entre a teoria e a prática fica evidente em instituições formadoras, como aponta alguns estudos. Segundo Nietzsche (2009), uma proposta pedagógica que transforme e contribua com a formação do aluno não pode ignorar a relação e a simultaneidade entre teoria/prática, já que essas vertentes devem ser trabalhadas em consonância. A teoria deve levar em consideração os locais de atuação prática desses estudantes, elencando previamente apontamentos importantes no estágio, tais como: consideração da realidade dos serviços de saúde, a missão, a visão e os valores institucionais, os diferentes perfis epidemiológicos de atendimento, o trabalho dos profissionais de saúde e as condições de saúde da população assistida.

Com isso, a inserção do tema “segurança do paciente” nos projetos pedagógicos em saúde mostrou-se fragmentado, existindo carência de aprofundamento da conceituação diante do fato que cada curso valoriza os aspectos específicos para a formação que deseja dar (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016). Em relação a isso, autores destacam a importância crucial que desempenha os professores frente à temática, atuando como coordenadores de curso e disseminando conceitos e aplicações práticas voltadas ao tema, que envolve reflexões

sobre o mercado de saúde, seus riscos e o enfrentamento dos erros assistenciais (CRESSWELL *et al*, 2013), bem como uma revisão do modelo pedagógico adotado (BOHOMOL; CUNHA, 2015).

Para a área de saúde, o ambiente acadêmico contribui formando os estudantes, mas os cenários de prática assumem corresponsabilidade nessa formação e na atuação do profissional de saúde na pós-graduação. Assim, não basta os alunos terem sustentação e embasamento teórico acerca da qualidade, do erro humano e da segurança do paciente, se, ao vivenciar a prática do conteúdo aprendido, se depara com uma realidade de serviços de saúde falhos que não utiliza ou subutiliza protocolos assistenciais (JUNIOR; YAMAUCHI, 2014).

Outra estratégia que contribui para a mudança é o exemplo dos profissionais que servem de modelo a ser seguido, contribuindo para o aprendizado na área da segurança do paciente, auxiliando na manutenção do espírito de segurança consciente e fortalecendo processos de trabalho e alterações de postura e comportamentos. Desse jeito, modelos positivos introduzidos durante a formação aumentam as chances de proatividade nos recém-formados (CRESSWELL *et al*, 2013).

Um dificultador aparente e que impacta na contribuição do aprendizado em segurança é que os graduandos passam por experiências práticas em sistemas falhos e não comprometidos com a segurança do paciente, dificultando o momento de construção da aprendizagem, uma vez que os cenários são poucos suscetíveis a mudanças e fazem com que os estudantes se adequem ao sistema que já está posto para se sentirem parte das equipes de cuidado. Dessa forma, é mais fácil para o aluno seguir as rotinas estabelecidas que procurar estratégias e ações para transformar a realidade (BOGARIN *et al*, 2014).

Cabe destacar que, para haver mudanças dos cenários em saúde a favor da segurança do paciente nas organizações, a alta administração precisa ter como objetivo: a centralidade na pessoa – ser consistente nas palavras e ações de melhorias para os pacientes; o engajamento na linha de frente – ser uma presença regular e autêntica e um defensor visível do aperfeiçoamento da segurança e dos processos; o foco incansável – mantendo-se na direção da visão e da estratégia da organização; a transparência dos resultados, objetivos, avanços e enfrentamento das falhas; e na ausência de fronteiras – praticar o pensamento sistêmico e a colaboração entre os diversos setores, integrando e fidelizando acordos que melhorem a qualidade e a segurança do paciente (GOULET *et al*, 2015).

Buscando estimular essa cultura, o estudante deve apresentar comportamento e atitude proativos a fim de intervir e planejar ações de aperfeiçoamento, para, assim, ter a confiança e

o apoio da equipe no desenvolvimento das atividades desempenhadas, que passarão a ser compartilhadas (MENEGAZ *et al*, 2015).

Os profissionais da área da saúde que atuam diretamente na assistência possuem também responsabilidade na formação desses alunos, uma vez que a atuação profissional dos colaboradores são exemplos que, muitas vezes, direcionam os aprendizes ao entendimento dos processos e participação na integração com as equipes. Aqueles que desempenham suas atividades centradas no paciente contribuem com as normas e práticas de segurança, demonstrando compromisso e ética profissional que servem de modelo (MENEGAZ *et al*, 2015). Por isso, precisam ter a compreensão que o estudante, em breve, será colega de profissão e atuará em novos cenários de saúde, dotados ou não das competências necessárias para desenvolver suas atividades com eficiência e qualidade, de forma a garantir a segurança do paciente, além da melhoria dos processos institucionais (NIETSCHE, 2009).

Quanto à questão “alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes”, observou-se uma média de 1,9 pela escala de Linkert (71% dos alunos de medicina) que discordaram da assertiva antes da intervenção educativa (pré-teste), passando para a média de 1,6 (50% dos alunos discordaram) após a intervenção educativa (pós-teste) e, pós-período de estágio (pós-prática), para a média 1,8 (60% discordaram) – ressaltando que os alunos divergiram da afirmação em todas as intervenções realizadas. Isso indica a percepção de que os erros podem acontecer com qualquer profissional ou estudante, mas podem ser evitados por meio da implantação de boas práticas para segurança do paciente.

Ainda nesse tópico, é importante que os estudantes entendam a necessidade de se conscientizarem que as falhas em saúde são acompanhantes inevitáveis da condição humana; mesmo com profissionais/alunos conscientes e capacitados, o erro pode vir a acontecer. Esse entendimento talvez seja o primeiro e mais importante passo para o início das mudanças necessárias.

Falhas devem ser encaradas como evidências de problemas no sistema, permitindo que, por meio da busca de causas, planejamento e intervenções, fiquem claras as oportunidades de melhorias para a revisão do processo e o aprimoramento de uma assistência segura prestada ao paciente (CARVALHO; VIEIRA, 2002). Dessa forma, é relevante avaliar a percepção e o conhecimento dos alunos de cursos de graduação em medicina no âmbito da qualidade, do erro e da segurança do paciente, pois serão esses os futuros profissionais atuantes na assistência à saúde da população (PEDREIRA, 2009).

Os estudantes, na maioria (42%, média de 3,6), concordaram que “Para a análise do erro humano é importante saber as características individuais do profissional que cometeu o erro”. O número de discordâncias, contudo, passou para 59% (média de 2,3) no pós-teste, seguido de 61% (média de 2,2) dos estudantes que permaneceram discordando depois da intervenção prática em organização de saúde.

No entanto, para a assertiva “Depois que um erro ocorre, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com mais cuidado”, em todas as intervenções, os alunos concordaram com a questão, apresentando, respectivamente, médias de 4,2 (pré-teste), 4,1 (pós-teste) e 3,9 (pós-prática), com os seguintes equivalentes percentuais de anuência: 45%, 54% e 58%.

Ou seja, previamente à intervenção educativa, os estudantes demonstraram entendimento de que, na vigência de um erro, o importante é ter entendimento acerca das características dos indivíduos envolvidos com o incidente em saúde. Posterior à ação, a compreensão conceitual dos estudantes apresentou melhora, na qual entenderam que a maioria dos incidentes relacionados à assistência médica é consequência de erro ativo por parte dos profissionais, influenciados por fatores latentes dentro do sistema que requerem melhorias e planejamento. Essas percepções reforçam ser do conhecimento dos graduandos que a análise do erro não pode ocorrer individualmente, especialmente uma vez que o ambiente de saúde envolve relações dinâmicas, complexas e especializadas, em que ocorrem interações entre áreas de apoio, assistenciais, fisiopatologia, doença, equipe, infraestrutura e equipamentos (MERINO *et al*, 2012).

Nessa perspectiva, destaca-se que, quanto maior o entendimento dos estudantes sobre as questões que envolvem o erro em saúde, mais ele compreenderá sobre a importância de falar/notificar as imperfeições em uma perspectiva de melhorar continuamente os processos e sua qualidade.

Harada (2006) destaca que ter conhecimento dos fatores contribuintes para a ocorrência de erros possibilita o planejamento de estratégias para controle dos riscos, os quais podem se tornar maiores ou menores, pois os serviços de saúde são muitas vezes promotores de estresse que contribuem para a ocorrência dos mesmos. Nas organizações de saúde, observam-se profissionais com mais de um vínculo empregatício, o que tende a ocasionar cansaço, exaustão, diminuição da concentração e, por vezes, privação de sono. Tais fatores humanos podem contribuir para a ocorrência de erros na assistência.

Um importante fator que não deve ser descartado é que, em algumas organizações de saúde sem o hábito da segurança bem estabelecido, fica evidente a cultura do medo, que tem como principal ação punir o profissional que cometeu o erro. Por sua vez, a cultura de segurança é

caracterizada como um produto de valores, atitudes, competências e percepções, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com a segurança da instituição, substituindo a culpabilização e a punição de pessoas envolvidas no processo pela oportunidade de melhorias que permitem aos profissionais aprender com as falhas e planejar mudanças a favor da seguridade das ações e intervenções em saúde (ANVISA, 2013).

Para o fortalecimento desse comportamento nas organizações de saúde, faz-se necessária a disseminação da segurança visando estimular os profissionais a reconhecerem os perigos e os riscos, e acreditarem que esses podem ser minimizados com novas atitudes, evitando de forma preventiva que os pacientes sejam vítimas de eventos adversos (KAWAMOTO *et al*, 2016).

Mais um ponto de destaque que deve ser trabalhado com os profissionais de saúde é a promoção da cultura não-punitiva, essa que causa receio nos profissionais para notificar um incidente de segurança, pois ainda prevalece o questionamento de “Quem?” em vez de “O que?”, atribuindo a punição ao profissional envolvido. O modelo punitivo impede que as organizações enxerguem suas falhas de processos e estruturas de trabalho para promoção e aumento na seguridade do cuidado prestado. É preciso mudar de um ambiente que repreende para um modelo justo e transparente, possibilitando uma abordagem que reconheça as causas de um incidente e estabeleça as estratégias para prevenir ou minimizar novos lapsos. (SILVA, 2010).

Um aspecto importante que a cultura de segurança prevê é o acompanhamento do profissional de saúde envolvido no evento adverso, denominado “segunda vítima”. Esse apoio se faz necessário, pois a sociedade e a mídia reforçam, principalmente, os efeitos negativos do fato e, em muitas situações, realizam “massacres” ao responsável que está prestando o cuidado (KAWAMOTO *et al*, 2016).

O termo “segunda vítima” refere-se ao profissional que apresenta um quadro de sofrimento emocional decorrente de um EA. Estudo realizado com os envolvidos em incidentes evidenciou que estes apresentaram reações emocionais como estado de choque, tristeza e ansiedade, e muitos salientaram reviver mentalmente a sequência do evento de maneira contínua (ULLSTROM, 2014).

Outra pesquisa, dessa vez realizada com enfermeiros que desempenham atividades em unidades de cuidados intensivos, verificou que grande parte deles (74,3%) citaram a existência de punição na vigência de evento adverso, situação que vai contra as recomendações da análise sistêmica do erro e a implantação da cultura de qualidade e segurança nas instituições de saúde, que deveriam buscar as causas, avaliar as falhas no

sistema e introduzir melhorias, em vez de identificar os culpados para punir (WEGNER *et al*, 2016)

Esses resultados espelham a necessidade de mudança cultural no pensamento sobre como lidar com erros, já que a abordagem construtiva, reflexiva e de suporte promove um ambiente de aprendizagem e encorajamento quanto aos relatos essenciais, para identificar e solucionar os problemas que levam aos erros (BOHOMOL; CUNHA, 2015).

Na assertiva “Depois que um erro ocorre, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com mais cuidado”, os alunos concordaram, em todas as intervenções, com a proposta, apresentando as médias $t_1 = 4$; $t_2 = 4,1$ e $t_3 = 3,9$, e mostrando uma visão voltada à individualidade (ao ato de errar do profissional) e não à cultura de segurança. Já no caso da frase “na vigência de um erro todos os envolvidos devem discutir”, pode-se destacar que, nas três intervenções, os alunos consentiram, com médias de $t_1 = 4,1$; t_2 e $t_3 = 4,3$, contribuindo para o olhar sistêmico de melhoria que promove um trabalho efetivo com a prevenção de ocorrência de incidentes e eliminando o profissional como culpado (BOHOMOL; CUNHA, 2015; ULLSTROM, 2014).

Analisar incidentes em saúde é um momento importante e construtivo, porque, conjuntamente, há reflexão e construção de estratégias de ação para melhorar os processos. Com isso, dissemina-se o princípio de que o incidente é oportunista, mas pode ser evitado, por meio da revisão, elaboração e/ou atualização do trabalho e do estabelecimento coletivo de um sistema seguro (ULLSTROM, 2014).

A Universidade de São Paulo identificou, em uma análise, que estudantes de medicina e enfermagem percebem que o erro em saúde é consequência da vida e do fator humano, mas acreditam na possibilidade de prevenção a partir da adoção de medidas preventivas. Os mesmos estudantes consideram que a análise da falha deve ser sistêmica e não-focada em pessoas e “culpados”, sendo que, cada vez mais, a assistência à saúde desenvolve-se em ambientes complexos, nos quais interações dinâmicas acontecem a todo momento e podem impactar no amparo prestado (STEVEN *et al*, 2014; YOSHIKAWA *et al*, 2013).

Sendo assim, é fundamental a introdução dos conceitos de prevenção dos eventos adversos e o gerenciamento de risco na formação e na supervisão dos profissionais de saúde em programas de aperfeiçoamento. Estes, que atuam como preceptores em estágios, têm papel fundamental de assistir ao estudante. A preceptoria faz as recomendações e traça, junto aos alunos, estratégias de um cuidar com segurança. Acredita-se, inclusive, que nos programas de residência, ela tem grande responsabilidade na formação e no aprimoramento de outros profissionais, pois apresenta condições de contextualizar a cultura da segurança do paciente,

destacando os incidentes como oportunidades de aprendizado para que os discentes possam aprender a vivenciar a prática da qualidade dos serviços em saúde (ULLSTROM, 2014).

No que lhe diz respeito, a questão de aspectos atitudinais “Profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não oferecem condições adequadas para o cuidado prestado” obteve a concordância dos alunos nas três etapas ($t_1 = 3,9$; $t_2 = 4,2$ e $t_3 = 4,2$), oferecendo a percepção que os graduandos compreendem que a má infraestrutura do local de trabalho e a desorganização dos processos institucionais influenciam nos eventos adversos causados aos pacientes. No mesmo sentido, para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve propor uma análise sistêmica dos fatos, admitindo que os seres humanos podem falhar e o sistema apresenta problemas, incluindo condições precárias no ambiente de trabalho, tarefas mal projetadas e ineficiência do exercício da função em equipe (ILHA *et al*, 2016).

Quanto à assertiva “Sempre realizo atividades de estágio em locais que promovam boas práticas para a promoção da segurança do paciente”, os alunos não tiveram opinião ($t_1 = 3,0$; $t_2 = 3,0$ e $t_3 = 3,2$). Isso demonstra a preocupação com os cenários de atuação prática, nas quais a efetiva segurança deve ser levada em consideração, bem como estar refletida no ensino (BOGARIN *et al*, 2014).

Sobre as noções atitudinais, é notável que as respostas foram, na maioria, de anuência (médias em pré, pós-teste e pós-prática de 4,1; 4,5 e 4,4, respectivamente), ressaltando a consciência da necessidade de implantar medidas de prevenção de erros humanos a partir de uma análise sistêmica dos fatos. Evidenciar essa perspectiva para o estudante é muito relevante, pois assinala maior chance de futura mudança no modelo de avaliação individual para um paradigma de avaliação ampliado e sistêmico dos incidentes em saúde, corroborando a cultura de segurança (CALDANA *et al*, 2015). Isso também fica claro no enunciado “é necessário implementar análise sistêmica de erros na área da saúde, mas medidas preventivas precisam ser adotadas sempre que alguém for lesado”, que obteve maior porcentagem de respostas concordantes nos três tempos da pesquisa ($t_1 = 3,8$; $t_2 = 4,4$ e $t_3 = 4,2$).

Entretanto, tornar essa cultura real esbarra na dependência e maturidade da instituição de saúde, e na identificação isolada das características individuais do profissional que cometeu o erro. É urgente mudar esse olhar, uma vez que não devemos perpetuar a conduta de retirar profissionais do ambiente de trabalho, e sim compreender que a análise do sistema deve ser realizada integralmente (DUHN *et al*, 2012).

Mais uma assertiva nessa direção – “Comunica ao professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a ocorrência do erro”, – não estimulou, inicialmente, a

opinião dos estudantes, mas, após a intervenção educativa, eles passaram a concordar com ela ($t_1 = 3,0$; t_2 e $t_3 = 3,6$). O fato dessa preocupação ter surgido demonstra que os alunos ganharam a percepção relacionada às falhas no sistema de saúde. Mas, ao que a pesquisa também indica, eles não ficaram totalmente cientes sobre o que fazer quando isso acontece, já que à questão “sempre que identifico situações que necessitam de melhorias, recebo apoio da instituição para implementação de medidas que promovam práticas seguras”, eles não tiveram opinião formada ($t_1 = 2,8$; $t_2 = 3,1$ e $t_3 = 3,2$) sobre como podem receber esse apoio para implementação de medidas de segurança.

A não opinião dos discentes provoca uma reflexão sobre como os profissionais devem corrigir seus erros diante do fato que o sistema não muda quando, apenas, culpabiliza os profissionais que são responsabilizados por erros resultantes de um conjunto deficiente. No sistema de saúde brasileiro, os erros têm sido atribuídos a individualidade mais que ao sistema e seu processo. Sem que isso mude, não será possível garantir a qualidade dos cuidados prestados à população com a melhoria contínua dos procedimentos (BOGARIN *et al*, 2014).

Nesse aspecto, os colaboradores estão suscetíveis à ocorrência de falhas nas instituições de saúde brasileiras, necessitando de condições ideais de trabalho, investimento em educação continuada, projetos que contemplem estratégias sistêmicas para auxiliá-los na prevenção dos erros e sustentação psicológica na ocorrência de incidentes graves ou outras inconformidades que abalem sua estabilidade emocional. Entretanto, essas características constantemente estão ausentes nas organizações, devido a problemas de diferentes ordens, como institucional, gerencial e financeira (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014). A necessidade de instaurar, nas instituições, os Núcleos de Segurança do Paciente tem propiciado um novo olhar para a criação de ambientes de socialização e disseminação da cultura de segurança do paciente, permitindo aos serviços a atualização contínua dos processos de trabalho e aprimoramento, e incrementando novas práticas assistenciais (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Dando continuidade aos conceitos trazidos anteriormente, podemos inferir sobre a assertiva “Sempre comunica ao colega, professor/gestor/responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro” que, inicialmente, os alunos não tinham opinião ($t_1 = 3,1$) e, posterior às intervenções, passaram a concordar ($t_2 = 3,7$ e $t_3 = 3,6$), para o que é válido ressaltar, novamente, o importante papel desempenhado pelo professor/supervisor como um facilitador no processo de ensino aprendizagem, fazendo com que os alunos compreendam a complexidade do processo assistencial, e encontrem liberdade de comunicação e expressão para que o processo de transformação seja reflexivo e com oportunidade de melhorias (LEITÃO *et al*, 2013).

Nesse ponto, é interessante refletir sobre os canais de comunicação existentes entre o professor e o estudante, para que o momento seja de construção e aprendizado profissional. Caso contrário, a situação terá resultados negativos que podem variar da negação do erro e omissão de informações até o medo da reação das pessoas envolvidas (LEITÃO *et al*, 2013).

Na vigência de eventos graves, o momento deve ser utilizado para a prática educativa, em que todos os profissionais e gestores devem participar, promovendo a elucidação de como o erro aconteceu e como poderia ter sido prevenido – afinal, ele não foi resultado de um ato falho isolado, mas de um sistema desenhado para gerar erros humanos. A partir daí, as organizações de saúde se tornam mais maduras, passando a envolver os aprendizes e discutir as estratégias para planejar melhores ações, visando a que, juntos, todos possam aprender com o erro e não banalizar a experiência (DUARTE *et al*, 2015). Para isso, o docente também precisa aprimorar seus conhecimentos e atitudes em relação à segurança, tendo sempre em mente que o jeito que conduz as diferentes situações em saúde impacta nas condutas que os alunos assumirão quando estiverem na prática clínica (DUARTE *et al*, 2015).

É oportuno observar que a opção “Os professores sempre realizam medidas corretivas com o aluno, para que ele não cometa novos erros” não obteve, em todos os momentos da pesquisa, a opinião dos graduandos ($t_1 = 2,7$; $t_2 = 3,0$ e $t_3 = 2,9$) sugerindo que eles não vivenciaram situações como essa contemplada na assertiva. Faz-se importante destacar que, atualmente, a formação dos profissionais na área da saúde foi reformulada por meio das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação. Essas alterações objetivam a readequação das propostas de ensino/aprendizagem, focando nas necessidades atuais do mercado de saúde, dos pacientes e da própria sociedade. Com base nelas, o referencial teórico-prático da segurança do paciente passa a ser inserido e deve ser incluído nas grades curriculares das disciplinas de saúde, conforme documento do Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 569, apresentando os princípios gerais a serem incorporados nas DCN. A resolução destaca que a segurança do paciente é um dos atributos da qualidade do cuidado, tendo grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, com a finalidade de oferecer uma assistência segura, já que incidentes associados ao cuidado em saúde, e em particular seus eventos adversos, representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas (CNS, 2017).

A configuração pedagógica da Educação Permanente em Saúde (EPS) vem sendo considerada uma proposta essencial para as transformações do trabalho em saúde e de suas interfaces e interações no setor, com a abrangência de um local de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Essa é uma meta para médio e longo

prazo, que visa qualificar a atenção por meio da problematização da segurança do paciente, inserindo os docentes em uma prática preventiva (WHO, 2013).

A educação para a segurança do paciente é uma recomendação da OMS, que sugere a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde, como já destacado. Um aspecto importante é que, nessa área, os futuros profissionais são preparados para acertar trabalhando com medidas corretivas, pois partem da premissa que o trabalho desenvolvido será livre de erros. A segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida, seja por docentes que disseminam o conhecimento como pelos discentes, de forma séria e responsável, sendo imperativo instrumentalizar, de forma efetiva e didática, os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente (REBRAENSP, 2013).

Os alunos participantes do estudo aqui exposto evitaram, ainda, apresentar seu ponto de vista para a afirmativa “Sempre comunico ao paciente e sua família sobre a ocorrência do erro” nos três momentos em que foram consultados ($t_1 = 2,8$, $t_2 = 3,4$ e $t_3 = 3,3$). Em consonância a esses resultados, permaneceram sem opinião diante da questão “Se não ocorre dano ao paciente, deve-se analisar se há necessidade de relatar a ocorrência do erro ao paciente e família” ($t_1 = 2,9$; $t_2 = 2,6$; $t_3 = 2,6$). Em caso de falhas nos serviços de saúde, adotar uma comunicação transparente sobre sua ocorrência não é tarefa fácil, especialmente na tentativa de minimizar os fatores estressores e desenvolver o comportamento de compartilhamento de informações. As pesquisas sugerem que os docentes que acompanham estágios nos sistemas de saúde devem criar ambientes de abertura, compartilhamento e planejamento de informações para que os estudantes se sintam seguros e acolhidos, podendo refletir sobre as causas e ações de melhoria (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013)

Quando promovemos a inserção do paciente e da família/cuidador como parceiros no cuidado na assistência prestada, passamos a garantir o direito de serem informados e, dessa forma, fortalecemos as relações entre equipe e paciente, e a efetividade do tratamento. Os estudantes devem aproveitar a oportunidade, já que é o fortalecimento dessas relações que dará sustentação para enfrentar os momentos difíceis.

Conversar sobre a necessidade dessa incorporação parece fácil, porém colocá-la em prática ainda se traduz como um desafio para as organizações de saúde brasileiras, visto que os profissionais não são preparados para planejar uma assistência que envolva o paciente/família como centro do cuidado (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014). Por isso, os graduandos devem ser incentivados a utilizar a ocasião para orientar e inserir o paciente no seu cuidado. Ainda nessa abordagem, o profissional deve encorajar e orientar os pacientes e familiares à

possibilidade de expressar suas dúvidas e anseios, respeitando e valorizando as opiniões (JUNIOR; YAMAUCHI, 2014).

Foi possível identificar a dúvida dos alunos quanto à atitude de comunicar a ocorrência do erro ao paciente e sua família, sobretudo quando não ocorre dano ao primeiro – os alunos não expressaram opinião sobre o assunto ($t_1 = 2,9$; $t_2 = 2,6$ e $t_3 = 2,6$). Nota-se pelo contexto que os profissionais de saúde, assim como os estudantes, têm entendimento sobre a importância e responsabilidade de, na ocorrência da falha, fazer esse comunicado, uma vez que o paciente e sua família possuem o direito de saber a verdade, sendo essa informação essencial para a manutenção da confiança no trabalho da equipe em saúde (ANTONOFF *et al*, 2013).

No entanto, estudo realizado sobre a ocorrência de erro de medicação em crianças hospitalizadas em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos apontou que 95,5% dos pacientes vítimas de erros e seus familiares não foram notificados sobre a situação pela equipe de saúde (MASSOCO; MELLEIRO, 2015).

Quando questionados sobre “Sistemas para relatar a ocorrência dos erros fazem pouca diferença na redução de futuros erros”, houve discordância em maior percentual dos estudantes nos três tempos ($t_1 = 1,9$; t_2 e $t_3 = 1,6$). Os acadêmicos participantes demonstraram compreensão correta de que os sistemas de notificação de eventos na área da saúde funcionam como ferramentas que possibilitam a tomada de decisão e planejamento de ações de melhorias contínuas para os processos (CORBELLINI *et al*, 2011). As citações devem ser utilizadas nas organizações de saúde para avaliar, acompanhar e melhorar o cuidado prestado ao paciente. Entretanto, algumas limitações se apresentam para a efetiva implementação da metodologia de notificação: as crescentes subnotificações devido a limitações de tempo; a falta de sistemas de informação adequados; o medo de litígio; a relutância das pessoas em relatar os próprios erros; a falta de conhecimento sobre a importância dos eventos; e a falta de mudanças nos processos após a notificação. A educação permanente e o estímulo contínuo a essa ação, com foco na prevenção e melhoria, devem ser pautas frequentes tanto em graduações em saúde quanto nas organizações, tendo a alternativa de utilizar, como fórum de discussão, os NSP (PAESE; SASSO, 2013; MS, 2013).

O alicerce para a fixação do plano de segurança do paciente é os sistemas de notificações voluntárias, entendidos como estratégia para garantir a qualidade. Eles ajudam a identificar como é possível desenvolver a cultura de segurança nas organizações de saúde. Deve-se, para superar lacunas voltadas ao conhecimento do tema, aumentar o compromisso na identificação e redução de erros, enquanto a gestão institucional, com apoio dos profissionais, assume

posturas que reforcem essa cultura, o que pode ser realizado por meio de uma liderança comunicativa, reação não-punitiva e foco no desenvolvimento pessoal (OPAS, 2013).

A maioria dos estudantes discordou, as três vezes ($t_1 = 1,9$; $t_2 = 1,5$ e $t_3 = 1,5$), da afirmativa “Apenas os médicos podem determinar a causa da ocorrência do erro”, o que demonstra a alteração do paradigma do cuidado centrado no médico e insere os outros envolvidos nesse cenário, inclusive paciente/familiares no centro do cuidado. A segurança do paciente é considerada transversal na vivência cotidiana de todas as profissões, por meio do compartilhamento das responsabilidades, da efetiva adesão aos protocolos, da comunicação segura, entre outros (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

Corroborando essa descrição acima, podemos reforçar que a segurança do paciente deve fazer parte do cotidiano do quadro geral, já que uma profissão sozinha não consegue desenvolver todos os aspectos da segurança. O compartilhamento das responsabilidades no cuidado, a adesão às boas práticas, a participação nos núcleos e a contribuição na gestão de risco devem partir de equipes multiprofissionais que podem, de forma positiva, contribuir com a modificação e sustentação de processos mais seguros para os atendimentos (SOUSA *et al*, 2011).

Na graduação médica, o modelo hegemônico é caracterizado como centralizador da doença, dependente de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, e limitado frente à necessidade de qualificar o aluno para lidar com as situações de forma autônoma dentro desse cenário complexo de saúde. Verifica-se a sobrevalorização das dimensões tecno-científicas em detrimento da produção de habilidades em relação ao paciente e à equipe de saúde (BRASIL, 2004).

A pesquisa apresentada consegue demonstrar que, referente aos aspectos conceituais da temática “segurança do paciente”, os alunos exibiram entendimento da conceituação das assertivas propostas, entre as quais destacam-se, por exemplo, “Cometer erros na área da saúde é inevitável” e “Para a análise do erro humano, é importante saber quais as características individuais do profissional que cometeu o erro”. Os graduandos, depois da explanação teórica sobre o tema “erro humano e segurança do paciente” (Anexo 9) evoluíram para a melhor resposta a esse item porposto.

Os modelos pedagógicos dominantes no ensino médico, conforme destacam Ceccim e Feuerwerker (2004), são centrados em conteúdos organizados de maneira compartimentada e isolada, nos quais os indivíduos passam a ser vistos fragmentados. A intervenção educativa (no 2º momento/ t_2) que apresentou aos alunos aspectos conceituais da temática “erro humano e segurança do paciente” e elencou citações de eventos em saúde vivenciadas na instituição

mostrou que eles obtiveram mais familiaridade com as questões sobre aspectos conceituais que em relação àquelas que contemplaram tópicos atitudinais.

Nos casos em que as atitudes foram levadas em conta, voltadas à vivência prática dos alunos, os mesmos responderam não ter opinião em diferentes questões, por exemplo, na 14, 15, 16, 19 e 20. Isso pode decorrer do padrão de ensino, o qual apresenta entraves para a melhoria dos serviços de saúde e relacionamento do médico com os pacientes, uma vez que se mostra médico-assistencial-curativista no fazer/pensar a saúde. Para o rompimento desse modelo, há a necessidade de facilitar e aproximar profissionais e usuários, mediante a integralidade da atenção e a reorganização tecnológica do trabalho em saúde com tecnologias leves e da clínica ampliada (BONFADA *et al*, 2012).

Essa modificação proposta reforça a importância da Clínica Ampliada, que engloba eixos fundamentais quanto à compreensão do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; o aumento e a ampliação do objeto de trabalho; a transformação e o planejamento para a mudança dos meios a partir da instrumentalização do trabalho; e o suporte para os profissionais da saúde. Nela, destacamos ainda os seguintes pontos: o vínculo, o afeto, a relação, a escuta, o diálogo, a linguagem, a informação, a reflexão crítica sobre tratamentos e intervenções, a produção da autonomia e a busca por sujeitos coletivos como parceiros na luta pela saúde (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, podemos agregar como oportunidade de melhoria para o processo de acolhimento da instituição de saúde (onde foi realizada a pesquisa) a sugestão de continuidade do repasse das informações aos acadêmicos no momento da entrada destes no estágio, auxiliada por uma articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares, com discussão de casos clínicos reais no pós-prática, uma vez que, como Mattos (2001) defende, reflexões críticas a respeito de algum tema traz à tona diferentes conjuntos de sentidos relacionados ao princípio da integralidade, os quais incidem sobre três pontos primordiais. O primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais da saúde enquanto valores de uma boa prática; o segundo funda-se nas características da organização de serviços; e o terceiro, nas respostas governamentais aos problemas de saúde.

Os estudos parecem estar em consenso sobre a necessidade de trabalhar valores e habilidades durante toda a vida e não apenas na escola (SCHERER; SCHERER, 2012). A formação dos profissionais nos cursos da saúde é um desafio, pois enfrenta dificuldades na incorporação de propostas de ensino que estejam inseridas no paradigma da complexidade, discutam a realidade das mudanças tecnológicas e absorvam a construção da subjetividade do profissional em formação.

Com base em Delor's (2001), Scherer e Scherer (2012) observam que existe a necessidade do desenvolvimento de estratégias pedagógicas que articulem e integrem o saber, tendo em vista os quatro pilares da educação: aprender a conhecer ou a aprender; aprender a fazer; aprender a conviver; e aprender a ser. A integralidade das ações baseada em saberes deve ser precedida pela plenitude do pensamento, no qual o ensino facilita a visão e a prática integral, apontando as propostas de trabalho em equipe transdisciplinares e a necessidade de ensinar os alunos a enxergar e entender a realidade para além dos limites das disciplinas aprendidas e impostas em sala de aula (GONZÁLEZ E ALMEIDA, 2010). No entanto, o que se observa na Educação Superior é um ensinamento tradicional, que desconhece as estratégias didático-pedagógicas e saberes em relação à construção das aprendizagens, à produção e à circulação de conhecimentos mais modernos e voltados à realidade em saúde atualmente vivenciada. Hoje, raramente são aplicadas táticas didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas, que priorizem o protagonismo dos alunos, facilitando o processo de ensino e contribuindo para a relação futura entre médico e paciente (FEUERWERKER, 2002; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dentre as estratégias de ensino e aprendizado por descoberta, Cyrino e Toralles-Pereira (2004) elencam as metodologias problematizadoras e, dentro destas, a problematização e a aprendizagem baseada em adversidades, que valorizem o aprender a aprender, e sejam significativas para os alunos. Esse direcionamento é potente para a promoção de rupturas com a forma tradicional de ensinar e aprender, e estimula a gestão participativa dos protagonistas da experiência, bem como a reorganização da relação teoria/prática.

O que se assinala, ainda, é a relevância das inovações e experiências pedagógicas, mesmo que aparentemente pontuais, posto que, ao serem desencadeadas em contexto de conflitos e contradições institucionais, podem demonstrar movimentos inovadores na direção da reelaboração de conhecimentos mais significativos para os estudantes e culminar em movimentos mais amplos de mudanças (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

7.3 Desafios e reflexões acerca da inserção da segurança do paciente na formação

A temática “erro humano e segurança do paciente”, visto sua notoriedade e importância para a qualidade dos sistemas de saúde brasileiro, deve ser inserida no ensino da graduação de todos os cursos da área da saúde como disciplina essencial para formação, resultando em profissionais mais envolvidos e inseridos na dimensão de um cuidado centrado no paciente, multiprofissional e seguro. Sobre isso, as autoras Urbanetto e Gerhardt (2013) afirmam que “tanto no ensino como na assistência, a educação com enfoque nas competências para a

segurança pode contribuir para o cuidado mais seguro do paciente” (p. 25). Assim, as universidades devem promover espaços de aprendizagem e discussão sobre segurança para que os alunos possam compartilhar experiências vividas em campos de estágio, estimulando a reflexão das tomadas de decisão e do planejamento para melhoria do cuidado prestado nas organizações de saúde. O estudante, então, precisa ser inserido nessa realidade em saúde e tomar ciência que erros acontecem, sendo estimulados pelos docentes a desenvolver habilidades e competências de forma gradativa durante a graduação.

Buscando o envolvimento dos alunos de graduação em saúde e no sentido de melhorar a segurança do paciente nas instituições, é necessário focar a atenção na construção do aprendizado sobre segurança a partir da exposição de conceitos ainda no período de formação teórica do profissional, permitindo, assim, que eles possam aplicar esse conhecimento na sua prática, tornando-se mais críticos frente ao cuidado prestado aos seus pacientes e aperfeiçoando o vínculo e proximidade com os mesmos (TRINDADE; LAGE in SOUZA; MENDES, 2014).

É de conhecimento que a disciplina de segurança do paciente aborda uma base de conceitos sustentados e disseminados pelo mundo. Dessa forma, o que se pretende é instigar o aluno a desenvolver competências, como comunicação, liderança, trabalho em equipe e empatia – atitudes que favorecem a segurança do paciente. Todavia, não são fáceis de avaliação e quantificação, já que comportamento é algo subjetivo e pode ser avaliado, por cada um, a partir de seus próprios valores (TRINDADE; LAGE in SOUZA; MENDES, 2014).

As mudanças no processo educacional de formação na saúde devem acontecer de forma a promover o desenvolvimento de competências proativas frente a questões que envolvem a segurança. Essa construção de aptidões para o cuidado em saúde deve perpassar o currículo em todas as disciplinas, pois a preocupação com o assunto está envolvida em todos os cursos da área. Ela deve ser articulada no meio acadêmico para fortalecer e desenvolver profissionais comprometidos, envolvidos, reflexivos, atuantes e capazes de transformar o meio em que estão inseridos, agregando novas e diferentes oportunidades de melhoria com foco na segurança do paciente (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

As propostas de currículo, seguindo os critérios das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, apontam para que os cursos de graduação desenvolvam competências e habilidades no discente para o atendimento à saúde com qualidade, eficiência, efetividade e resolutividade, agregando, conforme a Resolução nº 569 de 2017, a segurança do paciente como atributo de qualidade do cuidado. Com isso, ao término do curso, os profissionais

devem ser capazes de atuar para garantir o avanço da assistência prestada à saúde. Nessa perspectiva, evidencia-se a importância do trabalho realizado pela equipe multiprofissional para efetivação do cuidado seguro.

Com essa abordagem, as ações em saúde devem ser desenvolvidas e articuladas entre as profissões, nas quais cada um, com seu conhecimento específico, contribui para a integralidade da assistência. Os profissionais à frente do cuidado devem saber como agir diante de um evento adverso, atentando-se à forma com que conduzirão o processo para proteger o paciente, minimizando ao máximo as intercorrências. Também, em conjunto com a equipe, buscar compreender o que aconteceu, em caso de erro, para traçar as estratégias a fim de evitar um novo incidente (BOHOMOL in FELDMAN, 2008).

Quando as diretrizes são desenvolvidas e estimuladas, podem alterar o enfrentamento dos discentes frente ao erro humano com dano ao paciente – passando de uma situação de perda de credibilidade e confiabilidade da equipe, como também culpabilização, para um contexto de aprendizado frente à falha, contemplando reflexão e planejamento. Lembrando ainda que compõem as possibilidades de ação, realizar a notificação do evento, com o intuito de iniciar o processo de análise, e providenciar acompanhamento emocional e suporte prático ao paciente e membros da equipe (BOHOMOL in FELDMAN, 2008).

Com isso, voltamos à afirmação que a educação permanente é essencial, já que permite aos profissionais estarem sempre buscando melhorar sua prática em saúde. Eles necessitam aprender a ter responsabilidade, envolvimento e compromisso com a sua educação e com o treinamento/estágio, procurando condições para que haja troca de conhecimentos e benefícios mútuos entre os futuros profissionais e os que já estão em serviço, dentro de um contexto que estimule e desenvolva a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação (BRASIL, 2001).

A política nacional de educação permanente em saúde, instituída em agosto de 2007, pela portaria nº 1.996, destaca que o Brasil é o único país com uma diretriz específica para o ensino continuado, apontando para a obrigação da integração ensino-serviço, a qual reintera a perspectiva da aprendizagem no trabalho, ou seja, de quando o aprender e o ensinar são incorporados no cotidiano das instituições, com possibilidade de transformação das práticas profissionais. Ela parte dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, maximizando a troca de experiência e o contato com outras equipes para o aperfeiçoamento dos processos (BRASIL, 2009).

Uma estratégia que merece destaque e vem chamando atenção como possibilidade para o ensino-aprendizagem sobre segurança do paciente é o uso da simulação de caso, que se

mostra efetiva, pois busca aproximar o estudante da prática em um contexto de situações reais do cotidiano de trabalho. Sobre isso, um estudo afirma que “o uso da simulação como estratégia pedagógica é uma tentativa de reproduzir as particularidades de uma determinada situação clínica, ambicionando uma melhor compreensão e gestão dessa condição quando acontecer em contexto real” (ALMEIDA, 2015, p. 32).

A aproximação da teoria com a prática se torna ainda mais imperativa no sentido de formar profissionais responsáveis, envolvidos e competentes em relação ao erro humano e à segurança do paciente, porque relaciona determinado conteúdo com o contexto da formação profissional, na tentativa de compreendê-la e transformá-la. Nesse processo, as instituições formadoras precisam inserir o estudante nas questões de segurança do paciente, mobilizando-o para as práticas seguras e sensibilizando-o diante da abordagem do erro e para construir boas práticas para segurança (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

Avaliar os exercícios que estão sendo colocados em prática nos serviços por meio dos indicadores de saúde aponta para as fragilidades dos sistemas atuais e possibilita a construção de estratégias para melhorar os processos de trabalho a partir do planejamento das ações frente ao desempenho mostrado nos dados. Medir e monitorar continuamente a qualidade do cuidado prestado estabelece um meio de identificar e projetar oportunidades para otimizar, e demonstra a preocupação com a qualidade do serviço (BOHOMOL in FELDMAN, 2008).

O estudo aqui realizado, cujos resultados encontrados se aplicam somente à população analisada, apresentou uma limitação importante em relação ao tamanho de sua amostra, que englobou estudantes de uma única instituição de ensino superior e apenas durante um ano letivo. Por isso, não se torna possível generalizar os resultados obtidos para alunos advindos de outras instituições e/ou que estejam frequentando diferentes anos da graduação de medicina.

Outra limitação do estudo é a dificuldade de confronto dos dados com outras pesquisas abrangendo mais cursos, por tais não existirem na literatura. As publicações localizadas ficam concentradas em enfermagem e medicina. Esse fato reflete uma lacuna no conhecimento e, talvez, a percepção errônea de que essas são as profissões que estão mais envolvidas em incidentes em saúde.

Referente à análise dos dados do estudo, pode-se apontar uma possível limitação quanto ao instrumento, que não está validado para analisar os níveis de compreensão, conhecimentos e atitudes dos discentes (alto/moderado/baixo), o que poderia proporcionar uma análise estatística inferencial, com estudo de correlação ou de associação.

Apesar dos obstáculos expostos, acredita-se que o diagnóstico proporcionado contribui para a inclusão e o fortalecimento do tema “erro humano e segurança do paciente” no ensino das graduações, pesquisa e extensão em saúde, nos seus variados níveis, pois oferece reflexões importantes para os coordenadores de curso, docentes e estudantes acerca das competências que deverão ser desenvolvidas durante a vida acadêmica, além de fortalecidas e aprofundadas cotidianamente para garantir uma assistência à saúde segura e de qualidade.

8. CONCLUSÕES

Esse estudo versou sobre o conhecimento dos alunos do 6º ano de graduação em medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto sobre erro humano e segurança do paciente. Com base nos resultados apresentados, foi possível concluir que os graduandos, após uma intervenção educativa em sala de aula, conseguiram contemplar vários aspectos conceituais relacionados à segurança do paciente e às responsabilidades dos papéis de docentes e discentes frente à assistência visando à qualidade e à segurança de processos assistenciais.

Na amostra contemplada, os alunos conceitualmente foram capazes, por meio das respostas ao questionário, de demonstrar que reconhecem estratégias para a prevenção de erros/incidentes em saúde, compreendem que podem trazer riscos, e percebem que a assistência prestada nas organizações de saúde não é segura, de forma que os erros podem ser evitados quando trabalhamos a implementação de barreiras de segurança para melhoria no cuidado prestado ao paciente.

Vale destacar que, para os estudantes, o alcance do cuidado seguro se dá principalmente com a aptidão teórico-prática derivada da equipe de saúde, não ficando claro, nos resultados, em que momento, depois da vivência na prática, eles entenderam os aspectos atitudinais dos processos multiprofissionais, a complexidade do sistema, as tomadas de decisões da organização de saúde, as ferramentas de qualidade e de política estratégica institucional como fatores decisivos para melhorar a segurança assistencial.

É imprescindível aos cursos de graduação em medicina abordar a segurança do paciente durante o processo de formação, subsidiando ações práticas de atuação da equipe médica, estabelecendo conhecimentos e habilidades sobre estratégias que minimizem erros, promovam reflexão quanto a eles e eliminem a cultura de culpabilização. Faz-se necessário que os cursos não estejam apenas voltados a questões de conhecimento técnico, mas também à necessidade de se trabalhar a segurança enquanto cultura organizacional e ferramenta de gestão da clínica.

9. REFERÊNCIAS

- AAKER, David A.; KUMAR, V.; DAY, George S.; LEONE, Robert. **Marketing research**. John Wiley & Sons, Inc. 1995.
- ALMEIDA, R. G. S. *et al.* Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 6, p. 1007-1013, dez. 2015.
- ALBUQUERQUE, V.S. *et al.* Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder (Botucatu) [Internet]. 2009 [citado em 8 set 2016];13(31):261-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: vários acessos.
- ANTONOFF, M.B. *et al.* Who's covering our loved ones: surprising barriers in the sign-out process? **The American Journal of Surgery**. 2013; 205(1): 77-84.
- ARAÚJO, Dolores. Noção de competência e organização curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 32-43, 2007.
- ARAÚJO, Marize B. de S.; ROCHA, Paulo de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455- 464, 2007.
- ARANAZ-ANDRÉS, J. M. *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). **BMJ Quality & Safety**. 2011;20(12):1043-1051.
- BECCARIA, L. M. *et al.* Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2009;21(3)276-282.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde [Internet]. Brasília: GGES/Anvisa, 2011 Jan-Jul. [citado em 02 set 2016];1(1). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>> Acesso em: vários acessos.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BR). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA— RDC nº 36 de 35 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** [Internet], 26 de julho de 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em 11 jul. 2016
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. 2010.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC n° 63, de 25 de novembro de 2011. 2011 [Internet]. [citado em 25 set 2016]. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>> Acesso em: vários acessos.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC n° 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, 26 jul 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 63, de 25 de novembro de 2011. 2011 [Internet]. [citado em 25 set 2016]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf> Acesso em: vários acessos.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. PARECER CNE/CES 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, de 3/10/2001, Seção 1E, p.131. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 64p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf> Acesso em: vários acessos.

_____. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2 Abr; 2013 [citado em 8 set 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: vários acessos.

BERBEL, N. A. N. (Org.). **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Editora da UEL/INEP, 1999.

_____. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BOGARIN, D.F. *et al.* Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. 2014;19(3):491-7.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. O.; CUNHA, I. C. K. O.; Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface** (Botucatu). 2016 [citado 2016 jun 2];20(58):727-41. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000300727&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: vários acessos.

BOHOMOL, E., CUNHA, I.C. Ensino sobre segurança do paciente no curso de medicina da Universidade Federal de São Paulo. 2015 [citado 2016 jun 3];13(1):7-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-007.pdf.> Acesso em: vários acessos.

BOHOMOL, E. Envolvimento do paciente no gerenciamento de risco hospitalar. In: FELDMAN, L. B. (ed). **Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento**. 1ª edição. São Paulo: Martinari; 2008. p.327-38.

CALDANA, G. *et al.* Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: Desafios e Perspectivas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 3, p. 906-911, jul./set. 2015.

CAMPBELL, M.K. *et al.* CONSORT statement: extension to cluster randomized trials. **BMJ**, 2004; 328: 702-8.

CAPUCHO, Helaine C.; ARNAS, Emilly R.; CASSIANI, Silvia H. B. Patient safety: a comparison between handwritten and computerized voluntary incidente reporting. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2013;34(1):164-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/en_0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf> Acesso em: vários acessos

CARVALHO, Manoel de; VIEIRA, Alan A. Medical errors in hospitalized patients. **Journal of Pediatrics** (Rio de Janeiro). 2002;78(4):261-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a04.pdf>> Acesso em: vários acessos.

CASSIANI, S. H. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2005; 58(1):95-99.

CASSIANI, S. H.; ROSA, M. B. O erro durante o processo de aprendizagem do profissional de saúde. In: HARADA, M. J. *et al.* **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 203-17.

CAUDURO, G. G. **Segurança do paciente na compreensão dos estudantes da graduação da área da saúde** [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1400-1410, 2004.

CORBELLINI, V. L. *et al.* Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2011;64(2):241-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200004> Acesso em: vários acessos

CRESSWELL, K. *et al.* Patient safety in healthcare preregistration educational curricula: multiple case study-based investigations of eight medicine, nursing, pharmacy and physiotherapy university courses. **BMJ Quality & Safety**. 2013;22(10):843-54. doi: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001905> >

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). RESOLUÇÃO Nº 569, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017- SEÇÃO 1 ISSN 1677-7042, Brasília, DF, Dez 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/02/2018&jornal=515&pagina=85&totalArquivos=252>> Acesso em: 27 fev. 2018.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DAUD-GALLOTTI, R. M. *et al.* **A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination**. *Clinics (São Paulo)*. 2011; 66(7):1209-15.

DELOR'S, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 2001.

DE VRIES, E. N. *et al.* The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Quality & Safety in Health Care** [Internet]. 2008 [citado em 10 set 2016];17(3):216-223. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569153/>> Acesso em: vários acessos.

DEJOURS, Christophe. Conferências brasileiras. **Identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap; 1999.

DEJOURS, Christophe. **O fator humano**. 5ª edição. Rio de Janeiro: FGV; 2005.

DONALDSON, Liam J. On the state of public health. **Annual Report: of the chief medical officer**. Reino Unido: Department of health; 2009

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2015;68(1):144-54. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf> > Acesso em: vários acessos

DUHN, L. *et al.* Perspectives on patient safety among undergraduate nursing students. **Journal of Nursing Education**, v. 51, n. 9, p. 526-531, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz); AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 8 dez

2015]. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em: vários acessos.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. 306p.

FEUERWERKER, L. C. M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, v. 10, p. 21-26, 2003.

GARNIER, J. J. *et al.* CONSORT Group. Reporting randomized, controlled trials of herbal interventions: an elaborated CONSORT statement. **Annals of Internal Medicine**. 2006; 144: 364-7.

GARCIA, J. Avaliação da aprendizagem na educação superior. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo. [Internet]. 2009 [citado em 8 dez 2015];20(43):1-13. Disponível em: <<http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1489/1489.pdf>> Acesso em: vários acessos

GEORGE, J.B. (ed.) **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

GESSER, V.; RANGHETTI, D. S. O currículo no ensino superior: princípios epistemológicos para um design contemporâneo. **Revista e-Curriculum** [Internet]. 2011. 7(2):1-23. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/6775/4902>>. Acesso em: 8 de dez de 2015

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade na Saúde: norteando mudanças na graduação de novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 757- 762, 2010.

GOROVITZ, S.; MACINTYRE, A. **Toward a theory of medical fallibility**. *Hastings Cent Rep*. 1975;5(6):13-23.

GOULET, H. *et al.* Unexpected death within 72 hours of emergency department visit: were those deaths preventable? **Critical Care**, v. 19, n. 1, p. 154, 2015

HARADA, M. J. C. S. *et al.* **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

HARADA, M. J.; MARIN, H. F.; CARVALHO, W.B. Adverse occurrences and consequence immediate to patients from a Pediatric Intensive Care Unit. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2003;16(3):62-70. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586175/>> Acesso em: vários acessos.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). National Roundtable on Health Care Quality. **Measuring the Quality of Health Care**. Washington DC: National Academy Press; 1999.

_____. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

ILHA, P. *et al.* Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. 2016;21(n.esp):01-10. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.43620>> Acesso em: vários acessos

Joint Commission International (JCI). Melhorando os cuidados com a saúde no mundo inteiro. [local desconhecido]: Oakbook Terrace; 1998.

Joint Commission International (JCI). Accreditation Standards for Hospitals: Standards Lists Version [Internet]. Region Hovedstaden; 2011 [citado em 10 set 2016]. Disponível em: <[http://www.mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials\(1\).pdf](http://www.mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials(1).pdf)> Acesso em: vários acessos

JUNIOR, H. C.; YAMAUCHI, N. I. Segurança do Paciente e a The Joint Commission. In: FONSECA, A; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Org.). **Segurança do Paciente**. São Paulo (SP): Martinari, 2014. p. 57-69.

KAUSHAL, R. *et al.* Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. **JAMA**. 2001; 285:2114-20.

KAWAMOTO, A. M. *et al.* Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 2, p. 4387-4398, abr./jun. 2016.

KNEAFSEY, R.; HAIGH, C. Learning safe patient handling skills: Student nurse experiences of university and practice based education. **Nurse education today**, v. 27, n. 8, p. 832-839, 2007.

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

KOOHESTAN, H.R.; BAGHCHEGHI, N. Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. **The Australian Journal of Advanced Nursing**, 2009; 27(1):66-74.

KOMATZU, R.S.; ZANOLLI, M.; LIMA, V. V. Aprendizagem baseada em problemas. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. (Org.). **Educação médica**. São Paulo: Sarvier; 1998. p.223-37.

LEAPE, L. L. Scope of problem and history of patient safety. **Obstetrics & Gynecology Clinics of North America** [Internet]. 2008 [citado em 10 jul 2016];35(1):1-10. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889854507001180> >Acesso em: vários acessos>

LEITÃO, I. M. T. A *et al.* Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Revista Rene**. 2013;14(6):1073-83. doi: <<http://dx.doi.org/10.15253/rev%20reene.v14i6.3713>>

LEVIN, Jack. **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. 2ª. Ed. São Paulo: Editora Harbra Ltda., 1987.

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D. **Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

LEUNG, G. K.; PATIL, N. G. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. **Hong Kong Medical Journal**. 2010;16(2):101-5.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. **Florence Nigtingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna**. 2010 [citado em 22 set 2016]; III(2):181-9. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf>> Acesso em: vários acessos

MADIGOSKY, W. S. *et al.* Changing and sustaining medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. **Academic Medicine**. 2006;81(1):94-101.

MASSOCO, E. C. P.; MELLEIRO, M. M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2015; 19(2):187-91.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. Ed. Atlas. 1996

MATTOS, R. A., Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Ims Abrasco, 2001. p. 39-64. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a14.pdf> >. Acesso em: 3 abr. 2013.

MENDES, V. **Qualidade no Sistema Nacional de Saúde, evolução recente e perspectivas futuras**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado em 22 set 2016]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9400/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Vanessa%20Mendes.pdf> <Acesso em: vários acessos>

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**. 2009 [citado em 18 ago 2016]. Disponível em: < <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/4/279.full.pdf> > Acesso em: vários acessos>

MENEGAZ, J. C. *et al.* Práticas pedagógicas de bons professores de enfermagem, medicina e odontologia na percepção dos estudantes. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 629-636, jul./set. 2015.

MILLIGAN, F. J. Establishing a culture for patient safety – The role of education. **Nurse Education Today**, v. 27, n. 2, p. 95-102, 2007.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2013. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>> Acesso em: 8 de dez de 2015.

_____. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em: 8 de dez de 2015

MOURA, E. C. C.; CALIRI, M. H. L. Simulação para desenvolvimento da competência clínica de avaliação de risco para úlcera por pressão. *Sistema de Informação Científica. Acta Paulista de Enfermagem*, 2013.

NABILOU, B.; FEIZI, A.; SEYEDIN, H. Patient safety in medical education: students' perceptions, knowledge and attitudes. *PLOS ONE*. 2015; 0(8):e0135610. doi: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0135610>>

NARDELLI, G. G. *et al.* Perfil dos alunos ingressantes dos cursos da área da saúde de uma universidade federal. *REAS*. 2013;2(1):3-12.

NIETSCHE, E. A. (Org.) **O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais da saúde: desafios, compromissos e utopias**. Santa Maria: Ed. UFSM; 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Lisboa: OMS; 2011. [citado em 03 jun 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?ua=1> Acesso em: vários acessos

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Sistemas de notificación de incidentes en América Latina**. Washington: OPS; 2013.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. *Revista Paulista de Enfermagem*. 2006;25(1):18-23.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Patient safety culture in primary health care. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 2013;22(2):302-10.

PEDREIRA, M. L. Evidence-based practice to promote patient safety. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009; 22(No Spec):880-1.

MERINO, P. *et al*; SYREC Study Investigators. Eventos adversos nas unidades de terapia intensiva espanhola: o estudo SYREC. *International Journal for Quality in Health Care*, 24 (2012) pp. 105 – 113

PORTO, S, *et al.* A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010;(10):3-10.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **RAP** [Internet]. 2006;8(33):153-8. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranc a.pdf> Acesso em: vários acessos.

REASON, J.; CARTHEY, J., DE LEVAL, M.R. Diagnosing vulnerable system syndrome: an essential prerequisite to effective risk management. **Qual Health Care** 2001;10(Supl. 2):21-25.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do Paciente: Manual para profissionais de saúde [Internet]. Porto Alegre: REBRAENSP; 2013 Disponível em <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf> Acesso em: vários acessos.

RUNCIMAN, R.B. *et al.* A classification for incidents and accidents in the health care system. **Journal of Quality in Clinical Practice**. 1998;18(3):199-211.

SANTOS, S.S. **A integração do ciclo básico com o profissional no Curso de Graduação em Medicina: uma resistência exemplar**. Rio de Janeiro: Papel & Virtual; Teresópolis: FESO; 2005.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2010;14(1):182-88.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 985-993, 2012.

SILVA, N.L.S.; SILVA, O. H. Escalas de medidas de variáveis para diagnósticos da sustentabilidade de sistema de produção agropecuários. **Scientia Agraria Paranaensis**. 2010;9(2):71-84.

SILVA JUNIOR, S.D.; COSTA, F.J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e PhraseCompletion. **PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**. 2014;15:1-16.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.12 n. 3, p. 422, set. 2010.

SOUSA, P. *et al.* **Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade**. Lisboa: Ed Escola Nacional de Saúde Pública; 2011. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf> Acesso em: vários acessos.

STEVEN, A. *et al.* Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. **Nurse Educ Today**. 2014 Feb;(2):277-284

TRINDADE, L.; LAGE, M.J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUZA, P.; MENDES, W.J. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 39-56.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. nov-dez 2002;18(6):1561-9.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 34, n. 3, p. 8-9. 2013.

ULLSTROM, S. *et al.* Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 4, p. 325-331, 2014.

VLAYEN, A. *et al.* Design of a medical record review study on the incidence and preventability of adverse events requiring a higher level of care in Belgian hospitals. **BMC Research Notes**. 2012;5:468.

VELHO, J.M.; TREVISO, P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. **RAS**. 2013; 15 (60): 90-4.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª edição. Porto Alegre: AMGH; 2013.

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**. 2016; 20(3):e20160068. doi: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>>

WONG, B.M. *et al.* Teaching quality improvement and patient safety to trainees: A systematic review. **Academic Medicine**. 2010;85(9):1425-39.

World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [acesso 2015 Dez 8]. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf> Acesso em: vários acessos.

_____. 66th World Health Assembly - Engaging patients in medication safety. Genebra [Internet]. 2013 [citado em 22 set 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246420/1/9789290617563_eng.pdf?ua=1> Acesso em: vários acessos.

_____. Guidance on Engaging Patients and Patient Organizations in Hand Hygiene Initiatives [Internet]. Genebra: WHO; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/safety_climate/en/> Acesso em: vários acessos.

_____. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Genebra: WHO; 2009.

_____. World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Genebra: WHO; 2011. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf> Acesso em: vários acessos.

_____. World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf> Acesso em: vários acessos.

_____. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.

YOSHIKAWA, J. M. *et al.* Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013.

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE INTERVENÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONHECIMENTO E ATITUDE DOS ALUNOS DE MEDICINA

Nome da Pesquisadora: Mariana Cândida Laurindo

Orientador: Tales Rubens de Nadai

1. **Natureza da pesquisa:** O Sr (Sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade . Avaliar o impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos de medicina.
2. **Participantes da pesquisa:** Serão incluídos na amostra os alunos do 6º ano da Medicina que aceitarem a partir da assinatura do termo de consentimento integrar o estudo.
3. **Envolvimento na pesquisa:** O Sr. (Sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), reforçando que o CEP poderá ser contatado para dúvidas éticas.
4. **Sobre as entrevistas:** As entrevistas, pela utilização de questionário, serão realizadas pela pesquisadora em três diferentes momentos, sendo eles: ao iniciar as atividades de estágio dos alunos do 6º ano da Medicina no HEAB será aplicado o instrumento de coleta de dados, posteriormente, será realizada uma intervenção educativa acerca da temática “Erro e a Segurança do Paciente” com aplicação novamente do instrumento. E o terceiro momento será no fechamento do estágio no HEAB onde o discente responderá pela última vez ao mesmo questionário.
5. **Riscos e desconforto:** A sua participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/12 que traz que toda pesquisa que envolve seres humanos apresenta riscos, mesmo que mínimos. Assim, qualquer desconforto gerado no momento da aplicabilidade do questionário, pode ser relatado ao pesquisador e os participantes podem a qualquer momento se descredenciar a participação da pesquisa sem nenhum desconforto e exposição.
6. **Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados.
7. **Benefícios:** Ao participar desta pesquisa o Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes para a produção de

mudança de cultura aos estudantes de medicina, para que possam cada vez mais se apropriar-se de conhecimento acerca da segurança do paciente, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

8. Esclarecimentos: Ao participar da pesquisa todos os esclarecimentos sobre a condução do estudo serão alinhados no momento da coleta de dados e aplicabilidade do questionário. Se ainda assim suscitarem novas dúvidas as mesmas poderão ser esclarecidas junto ao pesquisados a qualquer momento.

Os participantes poderão ter acesso aos resultados da pesquisa e isso lhe será garantido e compartilhado a qualquer momento de condução da mesma.

O TCLE será emitido em duas vias, onde uma via permanecerá de posse do participante e outra via de posse do pesquisador.

9. **Pagamento:** O Sr (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Data do preenchimento de TCLE: _____

Nome do Participante da Pesquisa: _____

Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador da Pesquisa: _____

Nome do Orientador: _____

Assinatura do Orientador da Pesquisa: _____

Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP – Telefone para informações e esclarecimentos acerca de dúvidas éticas

Telefone: (016) 3602-2228

Pesquisador Principal: Mariana Candida Laurindo

Telefone: (16) 9 9122-6653

10.2 Anexo 2 – Instrumento de coleta de dados



HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILENSE
 Alameda Aldo Lupe, 1260
 Tel.: (16) 3393-7800
 CEP 13820-000 - Américo Brasileiro/SP

Nome:

Ano de Graduação:

Data:

Sexo:

Idade:

Aspectos Conceituais					
	C	CF	NO	D	DF
Cometer Erros na área da saúde é inevitável.					
Existe uma grande diferença entre o que os profissionais sabem, o que é certo e o que é visto no dia a dia da assistência à saúde.					
Profissionais competentes não cometem erros que causam danos aos pacientes.					
Alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes.					
Na vigência de um erro,todos os envolvidos (profissionais, alunos,gestores, paciente e família) devem discutir sua ocorrência.)					
Para a análise do erro humano, é importante saber quais as características individuais do profissional que cometeu o erro.					
Depois que um erro ocorre, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com maior cuidado.					
Legenda: C-Concordo; CF - Concordo Fortemente; NO -Não tenho Opinião; D - Discordo; DF - Discordo Fortemente.					



HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILENSE
 Avenida Aldo Lupat, 1240
 Tel. (16) 3393-7800
 CEP 14220-000 - Américo Brasileiro/SP

Nome:
 Sexo:
 Idade:

Ano de Graduação:

Data:

Aspectos Atitudinais	C	CF	NO	D	DF
Profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não oferecem condições adequadas para o cuidado prestado ao paciente.					
Para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve instituir uma análise sistêmica dos fatos.					
É necessário implementar análise sistêmica de erros na área da saúde mas medidas preventivas precisam ser adotadas sempre que alguém for lesado.					
Sempre comunico a meu professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a ocorrência do erro.					
Sempre comunico ao professor/gestor/ responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro.					
Sempre comunico ao meu colega sobre a ocorrência do erro.					
Sempre comunico ao paciente e sua família sobre a ocorrência do erro.					
Se não ocorre dano ao paciente, deve-se analisar se há necessidade de relatar a ocorrência do erro ao paciente e família.					
Os professores sempre realizam medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa novos erros.					
Sistemas para relatar a ocorrência dos erros fazem pouca diferença na redução de futuros erros.					
Apenas os médicos podem determinar a causa da ocorrência do erro.					
Sempre realizo atividades de estágio em locais que promovem boas práticas para a promoção da segurança do paciente.					
Sempre que identifique situações que necessitam melhorias, recebo apoio da instituição para implementação de medidas que promovam práticas seguras.					
Legenda: C - Concordo; CF - Concordo Fortemente; NO - Não tenho Opinião; D - Discordo; DF - Discordo Fortemente.					

10.3 Anexo 3 – Parecer consubstanciado



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE INTERVENÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONHECIMENTO E ATITUDE DOS ALUNOS DO 6º ANO DE MEDICINA.

Pesquisador: Tales Rubens de Nadai

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64188416.1.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.910.503

Apresentação do Projeto:

Projeto muito bem apresentado e embasado. Em resumo, a preocupação com a segurança do paciente, importante dimensão da qualidade do cuidado de saúde, assumiu papel de destaque como obstáculo superável para melhorar a qualidade do cuidado prestado em diferentes níveis de atenção. Os incidentes ocorrem em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações são passíveis de medidas preventivas. Incidentes que envolvem o erro humano podem acontecer em decorrência de diversos fatores, o primeiro passo para o entendimento e prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua

ocorrência, além dos tipos, causas e consequências para evoluirmos com a mudança de cultura organizacional levando o conhecimento e envolvimento dos profissionais acerca da temática segurança do paciente. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos de medicina. A metodologia de desenvolvimento será um estudo quase experimental, de intervenção, prospectivo, exploratório com abordagem quantitativa. Esperamos com esse estudo produção de mudança de cultura aos estudantes de medicina, para que possam cada vez mais apropriar-se de conhecimento acerca da segurança do paciente e, com isso enfrentar os perigos inerentes ao cuidado nos serviços de saúde que atuam durante o processo de estágio,

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@harp.usp.br



Continuação do Parecer: 1.910.503

estendo esse conhecimento para a prática médica após sua formação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Objetivo Geral • Avaliar o impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos de medicina.

Objetivo Secundário:

Objetivos Específicos • Identificar o conhecimento e atitudes de alunos de graduação de medicina acerca da temática erro humano e segurança do paciente; • Propor e validar intervenção educativa aos alunos graduandos de medicina previamente à atuação prática em nossa instituição de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

presentes apenas no TCLE.

Riscos:

Após aplicabilidade do questionário e análise estatísticas se comprovamos a inefetividade da compreensão dos estudantes de medicina acerca do erro e segurança do paciente teremos que propor estratégias de intervenções no sentido de ampliar o entendimento dos estudantes com vistas a melhorar a qualidade e a segurança do atendimento prestados pelos discentes.

Benefícios:

A relevância imensurável do assunto, uma vez que, existem fortes evidências de que, embora o cuidado humano traga inúmeros benefícios, os erros são cada vez mais frequentes aos pacientes. É por esse motivo que temos o anseio de compreender o conhecimento dos alunos acerca dos acontecimentos e modificações inerentes à segurança do paciente. Esperamos com este estudo o desencadeamento de novos interesses, novas discussões e futuros projetos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. Desenho:

Tipo de estudo: Estudo de intervenção- quase experimental, prospectivo, exploratório com abordagem quantitativa. Estudo quase experimental e com intuito de aprimorar o relato desse projeto, estaremos utilizando desde projeto até a publicação do artigo a metodologia CONSORT. Este estudo quase experimental tem como foco avaliar o conhecimento e atitude acerca da temática segurança do paciente dos estudantes de graduação de Medicina que frequentam o 6º ano e que passam por estágio nas enfermarias do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB).Local do estudo: A pesquisa foi realizada no Hospital Estadual Américo Brasiliense, que conta com

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2226 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 1.910.503

104 leitos. Optou-se por este hospital devido ao vínculo administrativo com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, propiciando as atividades de assistência, pesquisa e ensino. Amostra: Todos os alunos do 6º ano de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que passam em estágio no HEAB, aproximadamente cerca de 100 alunos, que serão convidados a participar e integrar a pesquisa no momento em que passam pelo acolhimento acadêmico antes de iniciar as atividades práticas no HEAB. Reforçando que essa amostra será dos alunos que passarem em atividades práticas no HEAB durante ano de 2017. Critérios de inclusão: Serão incluídos na amostra os alunos que aceitarem a partir da assinatura do termo de consentimento integrar o estudo. Critérios de exclusão: Serão excluídos da amostra os alunos que por algum motivo não compareceram ao estágio realizado no HEAB, alunos que não aceitarem participar, alunos que faltaram no primeiro dia de acolhimento acadêmico no HEAB e aluno que no decorrer da pesquisa se sentirem desconfortáveis e solicitarem a não aceitação a participação na pesquisa. Instrumentos de Coleta de Dados da Pesquisa: O instrumento de coleta de dados a ser utilizado é um instrumento validado e elaborado por pesquisadores Yoshikawa et al (2013), o questionário foi construído contemplando as variáveis referente às caracterizações dos alunos quanto ao gênero, idade e ano da graduação. Coletas de dados: A coleta de dados será realizada pela aplicabilidade do instrumento de coleta anteriormente citado, esse instrumento será aplicado em 3 diferentes momentos. Salientando que será aplicado o termo de consentimento aos envolvidos na pesquisa previamente. A primeira abordagem junto aos discentes do 6º

ano de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto será no início do acolhimento acadêmico realizado no HEAB/AME. Assim, antes de se iniciar o acolhimento que contempla a apresentação da aula: "O erro e a segurança do paciente", será aplicado o instrumento de coleta de dados (1º momento de intervenção). Posteriormente, após preenchimento do instrumento pelos alunos será ministrada a apresentação acima referida onde após intervenção haverá nova aplicabilidade do instrumento de coleta de dados (2º momento de intervenção). O fechamento e abordagem final (3º momento de intervenção) serão realizados após término do estágio em HEAB/AME onde após a vivência prática os discentes responderão novamente ao mesmo questionário. A intervenção educativa será confeccionada e passará por processo de validação, onde faremos um teste piloto com uma população com perfil parecido com a estudada para avaliação da efetividade da aula. Tabulações dos dados- Análise Estatística: Por se tratar de estudo com amostras pareadas, com o intuito de analisar o impacto da intervenção educativa sobre o conhecimento e atitudes dos acadêmicos de medicina, será aplicado o teste T de

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2226 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 1.910.503

student dependente ou emparelhado. Este teste é o mais comumente usado para avaliar as diferenças entre as médias entre grupos. Apreciação do Comitê Ética e Pesquisa: Projeto será cadastrado na Plataforma Brasil e será submetido para avaliação e apreciação do Comitê de Ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE precisa apresentar o logo da Instituição -HC ou HEAB, data junto da assinatura do pesquisador e do participante;

Justificar o recurso gasto na pesquisa - financiamento próprio ou se haverá alguma ajuda de custo, não ficou claro quantas vezes o pesquisador irá se deslocar ao HEAB;

Não há carta de autorização da Comissão de Graduação da FMRP, permitindo que os alunos participem da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências

- 1) incluir no corpo do projeto riscos e benefícios da pesquisa
- 2) adequar o TCLE, incluindo o logo da Instituição e data ao final do termo, junto das assinaturas de pesquisador e participante
- 3) esclarecer sobre financiamento e valores (como será o transporte do pesquisador e quantas vezes irá até o HEAB para aplicar os questionários)
- 4) apresentar documento de autorização da Comissão de Graduação da FMRP, uma vez que o trabalho será desenvolvido com alunos do sexto ano.
- 5) Apresentar o TCLE a partir de TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, tal qual como será apresentado ao participante da pesquisa.
- 6) Esclarecer no TCLE, item 3, que o contato do CEP é para dúvidas éticas.
- 7) Rever o item 5, Riscos e desconforto. Corrigir a resolução para 466/12. Segundo a resolução 466/12 toda pesquisa que envolve seres humanos apresenta riscos, mesmo que mínimos. Incluir os riscos ou desconfortos para o participante da pesquisa como a possível quebra de sigilo dos dados, constrangimento por responder questionários sobre a temática do estudo;
- 8) Incluir:
 - Garantia de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa;
 - Garantia que o participante da pesquisa receberá uma via (e não uma cópia) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado e rubricado em todas as páginas pelo participante e pelo pesquisador;
 - Garantia de acesso aos resultados pelo participante da pesquisa;

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2226 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 1.910.503

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa encontra-se em pendência.

Solicita-se que as respostas sejam enviadas através de uma carta constando, de forma ordenada, as respostas dos itens de consideração deste parecer, destacando as alterações realizadas e as possíveis localizações no Projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O Projeto e TCLE contendo as modificações solicitadas devem ser apresentados na forma de novos documentos contendo nos rodapés de cada página a identificação (número) da nova versão, com a respectiva data de modificação dos referidos documentos.

Ao adicionar as novas versões, favor não excluir os documentos já anexados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Favor verificar as considerações constantes no Parecer Consubstanciado do CEP.

De acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012 e a Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, as Pendências devem ser respondidas pelo pesquisador responsável no prazo de 60 dias, a partir da data de emissão desse Parecer pelo CEP. Após esse prazo o projeto será arquivado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823923.pdf	30/01/2017 17:08:17		Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	30/01/2017 17:08:00	Tales Rubens de Nadai	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOMESTRADO.docx	24/01/2017 15:44:56	Tales Rubens de Nadai	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEMESTRADOPROFISSIONALIZANTEMARYLAURINDO17012017.docx	17/01/2017 13:12:03	Tales Rubens de Nadai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTO.docx	09/12/2016 09:07:50	Tales Rubens de Nadai	Aceito
Folha de Rosto	CERTOFolhaRostoparaPesquisaEnvolvendoSeresHumanos.pdf	09/12/2016 08:51:51	Tales Rubens de Nadai	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2226 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 1.910.503

Outros	CARTADEACEITE.pdf	09/11/2016 16:14:40	Tales Rubens de Nadai	Aceito
--------	-------------------	------------------------	--------------------------	--------

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 07 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
 (Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2226 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@harp.usp.br

10.4 Anexo 4 – Pedido de autorização para realização de pesquisa com os alunos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo



Américo Brasiliense, 9 de fevereiro de 2017

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Venho por meio desta carta, solicitar autorização de vossa senhoria para a realização da pesquisa: **“AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE INTERVENÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONHECIMENTO E ATITUDE DOS ALUNOS DO 6º ANO DE MEDICINA.”**, cujo objetivo geral será avaliar o impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos de medicina.

O projeto de pesquisa sob minha responsabilidade será desenvolvido no Hospital Estadual Américo Brasiliense, contando como população de estudo os alunos de medicina do 6º (sexto) ano que passam em estágio na referida instituição de saúde.

A coleta de dados e a intervenção educativa contemplando informações acerca do Erro Humano e a Segurança do Paciente serão realizadas por mim, Mariana Candida Laurindo, que ocupo função de Gerente de Qualidade no Hospital Estadual Américo Brasiliense tendo como orientador Dr. Tales Rubens de Nadai.

Esperamos com essa construção do conhecimento a produção de mudança de cultura aos estudantes de medicina, para que possam cada vez mais apropriar-se de conhecimento acerca da segurança do paciente e, com isso enfrentar os perigos inerentes ao cuidado nos serviços de saúde que atuam durante o processo de estágio.

Encaminho em anexo o Projeto de Pesquisa para apreciação.

Desde já agradecemos a parceria.


Mariana Candida Laurindo
Gerente de Qualidade
Hospital Estadual Américo Brasiliense

Atenciosamente,

Recebido
16/02/2017
Graduação - FMRP/USP
Protocolo Int. 11417

Recebido
16/02/17
Graduação - FMRP/USP
Protocolo Int. 11417

**Encaminhe-se para parecer de membro
reunião da Comissão de Graduação**

Eduardo Ferrioli
20/02/17

Prof. Dr. Eduardo Ferrioli
Presidente da Comissão de Graduação
FMRP/USP

P. Moraes - 20/3

*ok cont
Raut*

10.5 Anexo 5 – Parecer da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo liberando a realização da pesquisa junto aos alunos do 6º ano da Medicina



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**



Referência: Projeto de Pesquisa “*Avaliação do Impacto de Intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos do sexto ano de Medicina*” (Mestrado Profissional)

Acadêmica/ mestranda: Mariana Cândida Laurindo

Orientador: Prof. Dr. Tales Rubens de Nadai

Parecer

Trata-se do projeto de pesquisa em epígrafe, cujo objetivo é avaliar o impacto da intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos do sexto ano de medicina. Trata-se de *design* quase experimental, de intervenção, prospectivo, exploratório, com abordagem quantitativa. O local do estudo é o Hospital Estadual de Américo Brasiliense - HEAB, e os sujeitos estudantes do sexto ano-2017 que aceitarem participar do estudo (alunos que passarem por atividades práticas no HEAB). A coleta de dados será feita em três momentos (1) início do acolhimento acadêmico (antes da aula “O erro e a segurança do paciente”); (2) após a aula e (3) após o término do estágio no HEAB. Consta termo de consentimento livre e esclarecido como adendo ao projeto.

O projeto é exequível, sem prejuízo das atividades acadêmicas dos sujeitos (estudantes do sexto ano) e os conhecimentos que podem ser produzidos pela investigação são importantes para o planejamento educacional e revisão de práticas de ensino. Neste sentido, manifesto parecer favorável à coleta de dados junto aos estudantes, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com a recomendação de sejam preservadas as atividades acadêmicas.

Ribeirão Preto, 17 de março de 2017

Profa. Dra. Maria Paula Panúncio-Pinto

Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento

Reunião
20/3/17
Graduação - FMRP/USP
protocolo Int. 6

Inclua-se na Ordem do Dia da próxima
reunião da Comissão de Graduação


21/3/17

Prof. Dr. Eduardo Ferrioli
Presidente da Comissão de Graduação
FMRP/USP

10.6 Anexo 6 – Ofício de formalização ao orientador da pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Ofic. N°052/SVGRAD/FMRP/06.04.2017

MAH/dcg

Prezado Professor,

A Comissão de Graduação (CG) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, em sua 835ª reunião ordinária, realizada em 04 de abril de 2017, aprovou no mérito, com base no parecer de membro do Colegiado, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação do impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos do 6º ano de Medicina**", que será desenvolvido pela mestranda Mariana Cândida Laurindo, sob sua orientação.

Informo que tal aprovação foi condicionada a que:

- Os horários e locais designados para a realização da coleta de dados não prejudiquem as atividades acadêmicas curriculares;
- O início das atividades somente ocorra após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Atenciosamente,

Prof. Dr. Miguel Angelo Hyppelito

Vice-Presidente da Comissão de Graduação, em exercício

Ilmo. Sr.

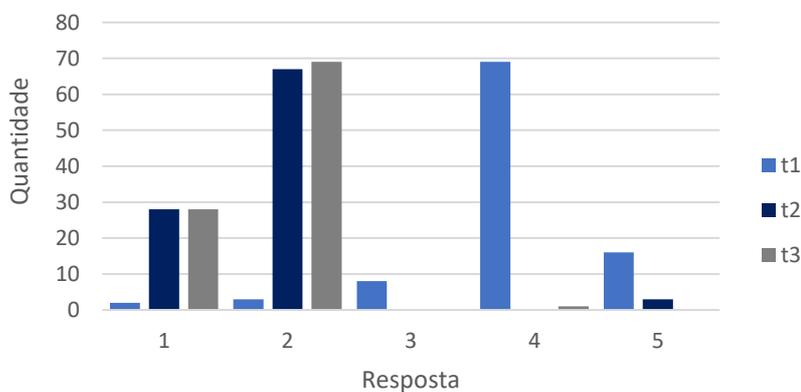
PROF. DR. TALES RUBENS DE NADAI

Hospital Estadual de Américo Brasiliense

10.7 Anexo 7 – Tabelas e figuras contemplando as distribuições das respostas nos três momentos diferentes

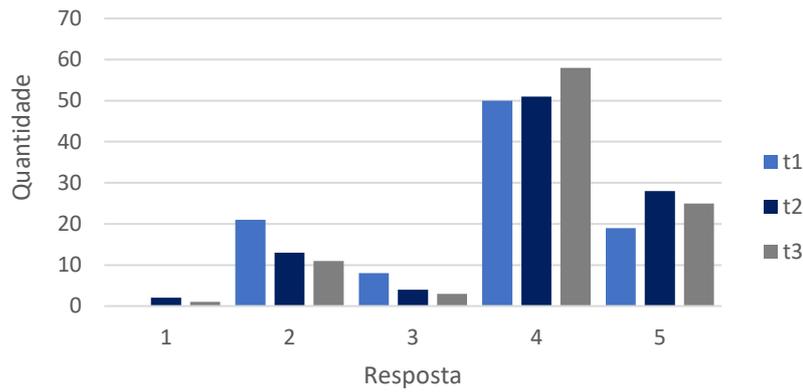
Questão 1: Cometer erros na área da saúde é inevitável

Resposta	Qtde t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	2	2%	28	29%	28	29%
2	3	3%	67	68%	69	70%
3	8	8%	0	0%	0	0%
4	69	70%	0	0%	1	1%
5	16	16%	3	3%	0	0%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



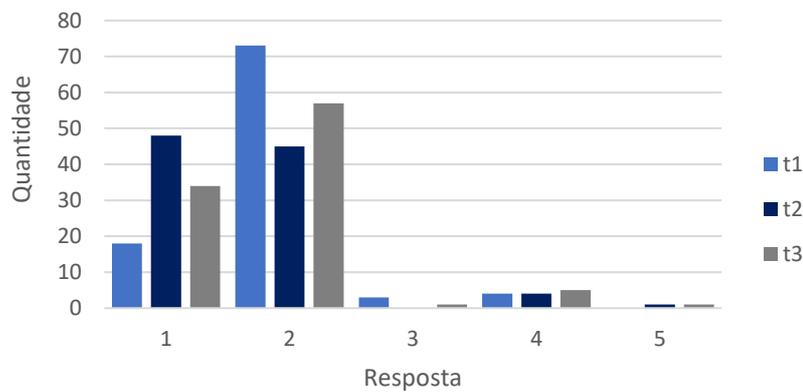
Questão 2: Existe uma grande diferença entre o que os profissionais sabem, o que é certo e o que é visto no dia a dia da assistência à saúde

Resposta	Qtde t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	0	0%	2	2%	1	1%
2	21	21%	13	13%	11	11%
3	8	8%	4	4%	3	3%
4	50	51%	51	52%	58	59%
5	19	19%	28	29%	25	26%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



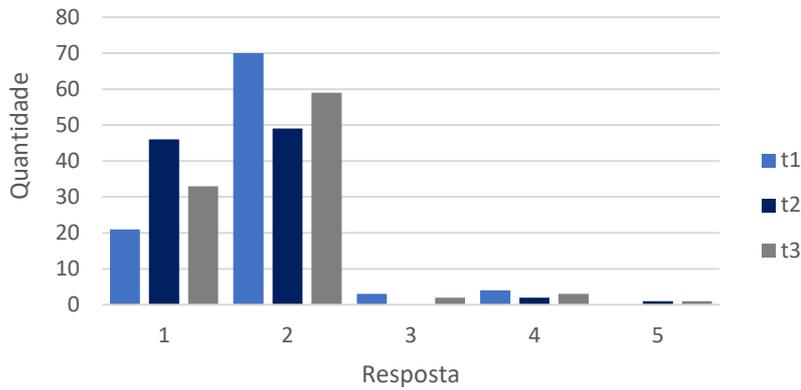
Questão 3: Profissionais competentes não cometem erros que causam danos aos pacientes

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	18	18%	48	49%	34	35%
2	73	74%	45	46%	57	58%
3	3	3%	0	0%	1	1%
4	4	4%	4	4%	5	5%
5	0	0%	1	1%	1	1%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



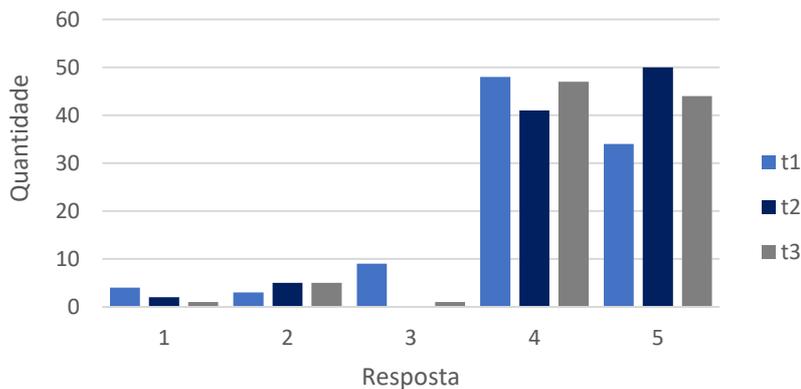
Questão 4: Alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	21	21%	46	47%	33	34%
2	70	71%	49	50%	59	60%
3	3	3%	0	0%	2	2%
4	4	4%	2	2%	3	3%
5	0	0%	1	1%	1	1%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



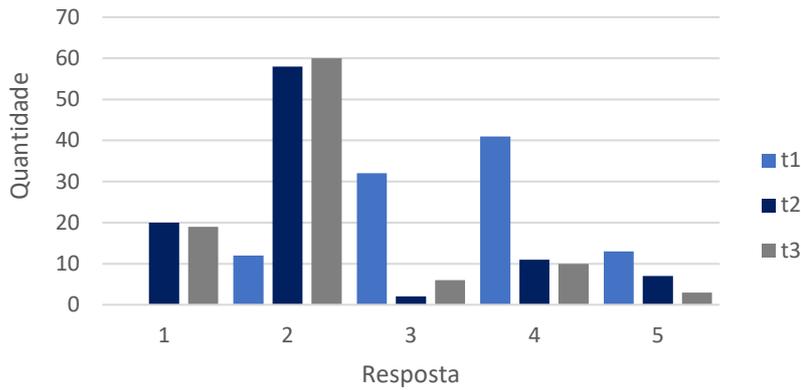
Questão 5: Na vigência de um erro, todos os envolvidos (profissionais, alunos, gestores, paciente e família) devem discutir sua ocorrência)

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	t2	% t2	t3	% t3
1	4	4%	2	2%	1	1%
2	3	3%	5	5%	5	5%
3	9	9%	0	0%	1	1%
4	48	49%	41	42%	47	48%
5	34	35%	50	51%	44	45%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



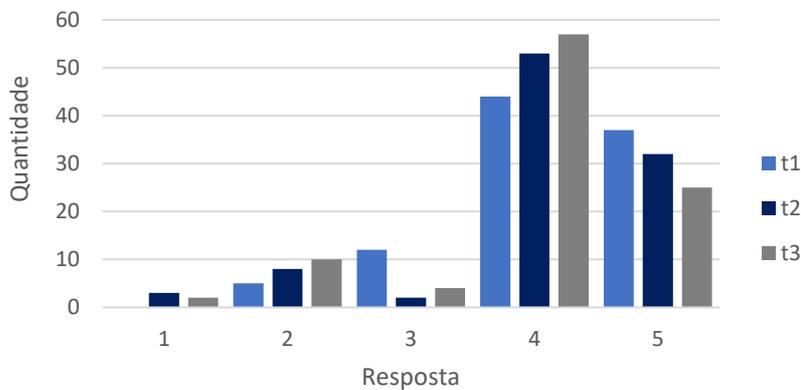
Questão 6: Para a análise do erro humano, é importante saber quais as características individuais do profissional que cometeu o erro

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	t2	% t2	t3	% t3
1	0	0%	20	20%	19	19%
2	12	12%	58	59%	60	61%
3	32	33%	2	2%	6	6%
4	41	42%	11	11%	10	10%
5	13	13%	7	7%	3	3%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



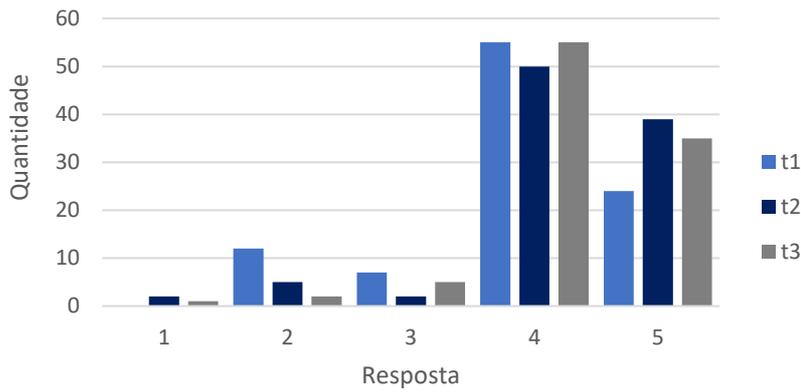
Questão 7: Depois que um erro ocorre, uma efetiva estratégia de prevenção é trabalhar com maior cuidado

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	0	0%	3	3%	2	2%
2	5	5%	8	8%	10	10%
3	12	12%	2	2%	4	4%
4	44	45%	53	54%	57	58%
5	37	38%	32	33%	25	26%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



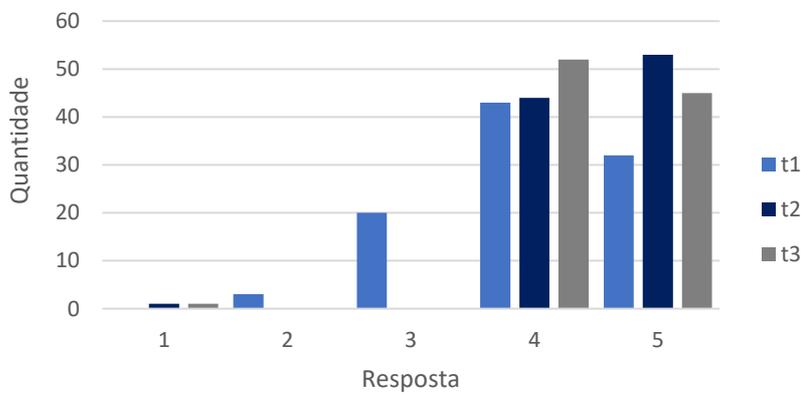
Questão 8: Profissionais não devem tolerar trabalhar em locais que não oferecem condições adequadas para o cuidado prestado ao paciente

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	0	0%	2	2%	1	1%
2	12	12%	5	5%	2	2%
3	7	7%	2	2%	5	5%
4	55	56%	50	51%	55	56%
5	24	24%	39	40%	35	36%
Total	98	100%	98	100%	98	100%

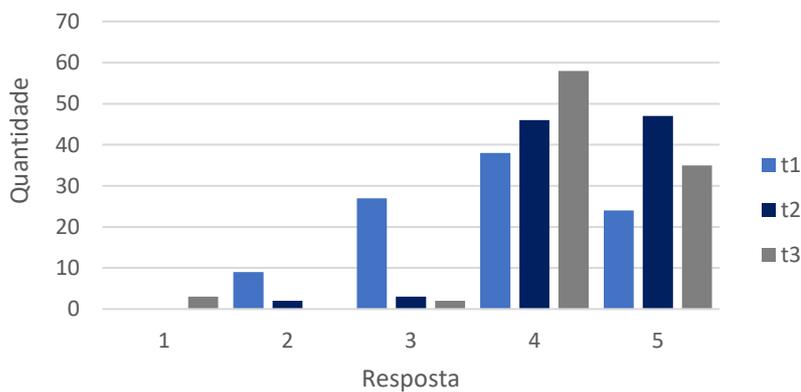


Questão 9: Para implementar medidas de prevenção de erros humanos, sempre se deve instituir uma análise sistêmica dos fatos

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	t2	% t2	t3	% t3
1	0	0%	1	1%	1	1%
2	3	3%	0	0%	0	0%
3	20	20%	0	0%	0	0%
4	43	44%	44	45%	52	53%
5	32	33%	53	54%	45	46%
Total	98	100%	98	100%	98	100%

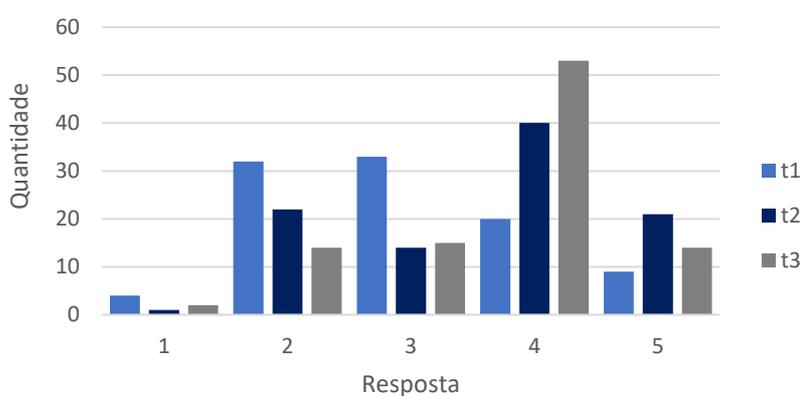


Questão 10 - É necessário implementar análise sistêmica de erros na área da saúde mas medidas preventivas precisam ser adotadas sempre que alguém for lesado



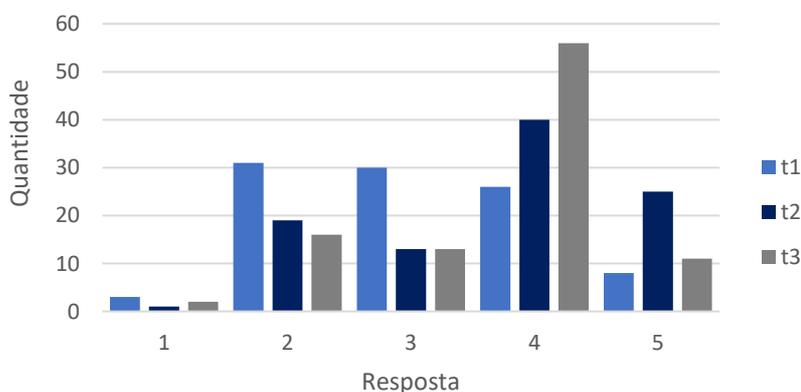
Questão 11: Sempre comunico a meu professor sobre a presença de condições no campo de estágio que favorecem a ocorrência do erro

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	4	4%	1	1%	2	2%
2	32	33%	22	22%	14	14%
3	33	34%	14	14%	15	15%
4	20	20%	40	41%	53	54%
5	9	9%	21	21%	14	14%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



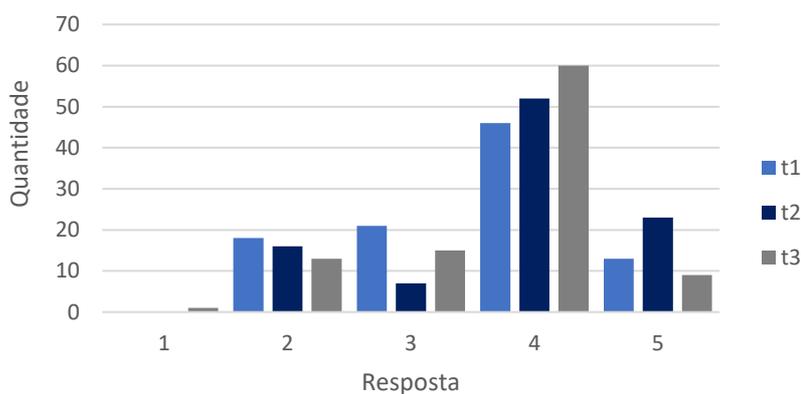
Questão 12: Sempre comunico ao professor/gestor/ responsável pelo local de estágio sobre a ocorrência de um erro

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	3	3%	1	1%	2	2%
2	31	32%	19	19%	16	16%
3	30	31%	13	13%	13	13%
4	26	27%	40	41%	56	57%
5	8	8%	25	26%	11	11%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



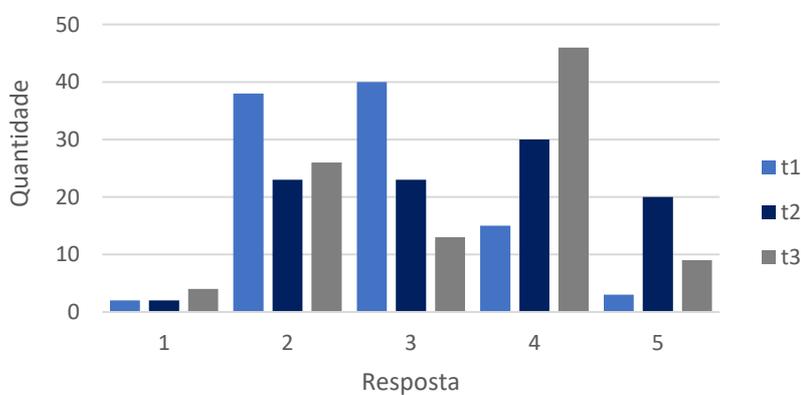
Questão 13: Sempre comunico ao meu colega sobre a ocorrência do erro

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	0	0%	0	0%	1	1%
2	18	18%	16	16%	13	13%
3	21	21%	7	7%	15	15%
4	46	47%	52	53%	60	61%
5	13	13%	23	23%	9	9%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



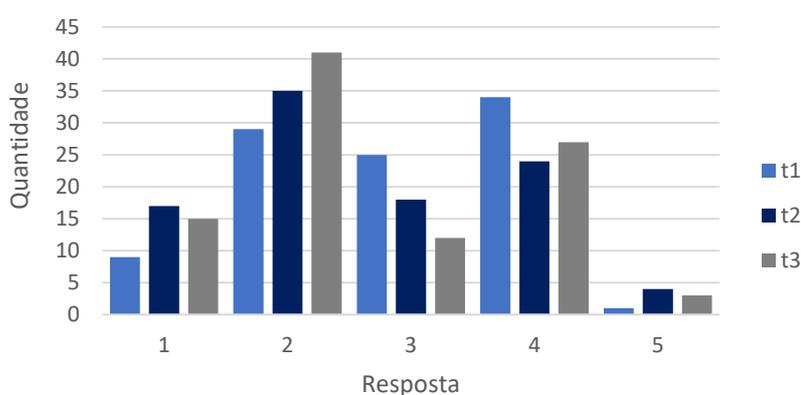
Questão 14: Sempre comunico ao paciente e sua família sobre a ocorrência do erro

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	2	2%	2	2%	4	4%
2	38	39%	23	23%	26	27%
3	40	41%	23	23%	13	13%
4	15	15%	30	31%	46	47%
5	3	3%	20	20%	9	9%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



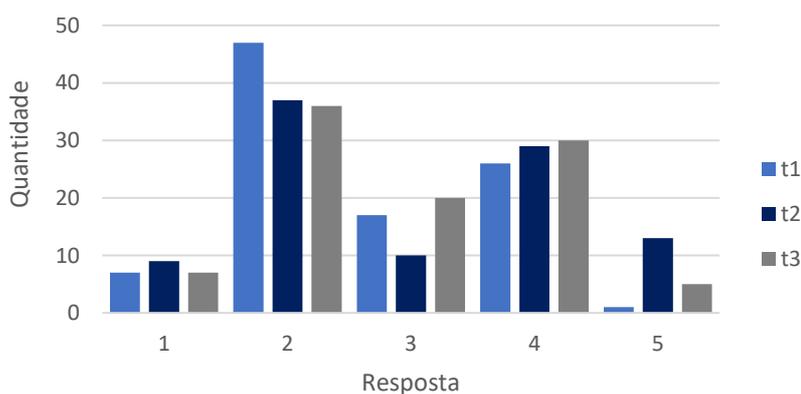
Questão 15: Se não ocorre dano ao paciente, deve-se analisar se há necessidade de relatar a ocorrência do erro ao paciente e família

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	9	9%	17	17%	15	15%
2	29	30%	35	36%	41	42%
3	25	26%	18	18%	12	12%
4	34	35%	24	24%	27	28%
5	1	1%	4	4%	3	3%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



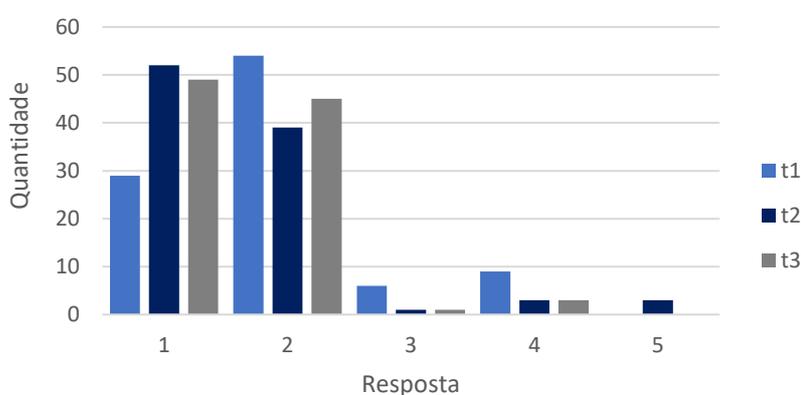
Questão 16: Os professores sempre realizam medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa novos erros

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	7	7%	9	9%	7	7%
2	47	48%	37	38%	36	37%
3	17	17%	10	10%	20	20%
4	26	27%	29	30%	30	31%
5	1	1%	13	13%	5	5%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



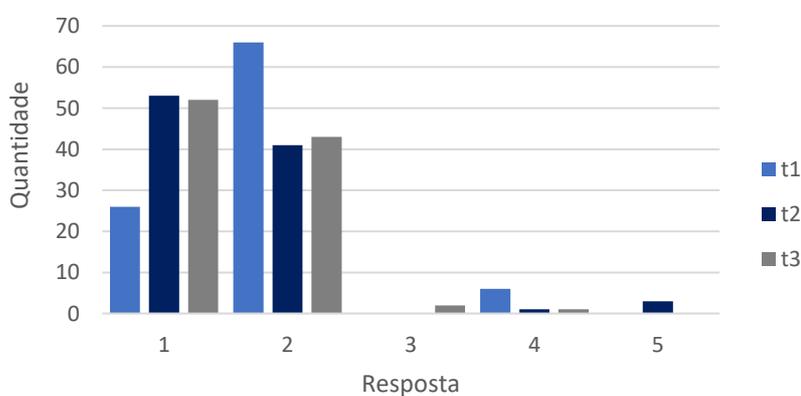
Questão 17: Sistemas para relatar a ocorrência dos erros fazem pouca diferença na redução de futuros erros

Resposta	Qtde		Qtde		Qtde	
	t1	% t1	t2	% t2	t3	% t3
1	29	30%	52	53%	49	50%
2	54	55%	39	40%	45	46%
3	6	6%	1	1%	1	1%
4	9	9%	3	3%	3	3%
5	0	0%	3	3%	0	0%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



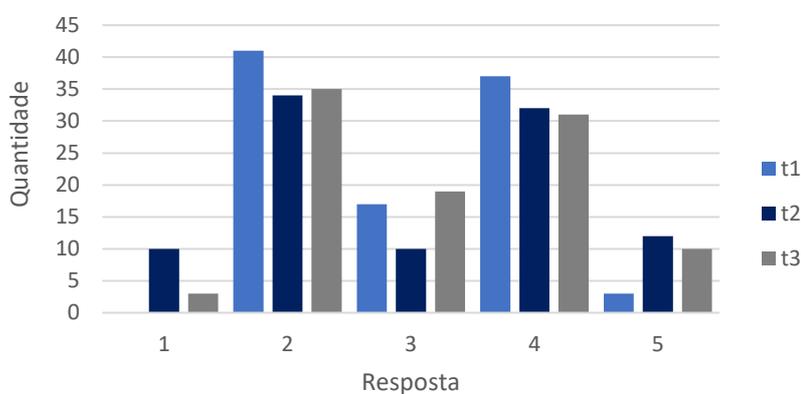
Questão 18: Apenas os médicos podem determinar a causa da ocorrência do erro

Resposta	Qtde		Qtde		Qtde	
	t1	% t1	t2	% t2	t3	% t3
1	26	27%	53	54%	52	53%
2	66	67%	41	42%	43	44%
3	0	0%	0	0%	2	2%
4	6	6%	1	1%	1	1%
5	0	0%	3	3%	0	0%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



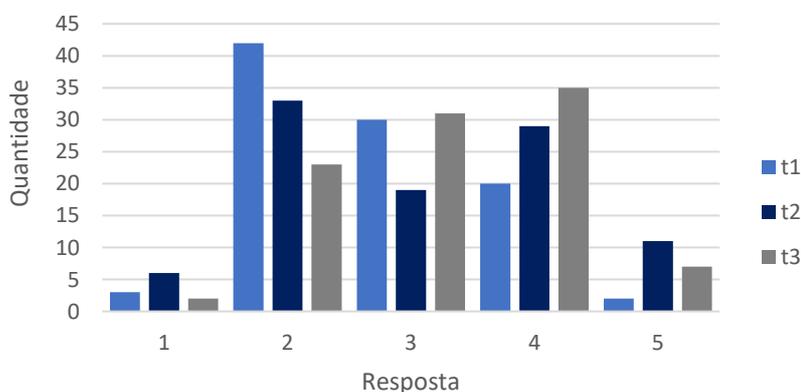
Questão 19: Sempre realizo atividades de estágio em locais que promovem boas práticas para a promoção da segurança do paciente

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	0	0%	10	10%	3	3%
2	41	42%	34	35%	35	36%
3	17	17%	10	10%	19	19%
4	37	38%	32	33%	31	32%
5	3	3%	12	12%	10	10%
Total	98	100%	98	100%	98	100%



Questão 20: Sempre que identifico situações que necessitam melhorias, recebo apoio da instituição para implementação de medidas que promovam práticas seguras

Resposta	Qtde					
	t1	% t1	Qtde t2	% t2	Qtde t3	% t3
1	3	3%	6	6%	2	2%
2	42	43%	33	34%	23	23%
3	30	31%	19	19%	31	32%
4	20	20%	29	30%	35	36%
5	2	2%	11	11%	7	7%
Total	97	99%	98	100%	98	100%



10.8 Anexo 8 – Carta de aceite da organização Hospital Estadual Américo Brasiliense autorizando a pesquisa



HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE
Alameda Aldo Lupo, 1260
Tel.: (16) 3393-7800
CEP 14820-000 - Américo Brasiliense/SP

CARTA DE ACEITE

Declaro, para os devidos fins, que reconheço a importância e o interesse institucional para a realização do projeto de pesquisa **“Avaliação do impacto de intervenção sobre segurança do paciente no conhecimento e atitude dos alunos do 6º ano de medicina”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Cândida Laurindo, orientada pelo **Prof. Dr. Tales Rubens de Nadai**, docente vinculado ao Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Sendo assim, autorizo a realização deste projeto de pesquisa a ser desenvolvido no Hospital Estadual Américo Brasiliense.

Informo que as formas de citação do hospital nas publicações científicas nacionais e internacionais são: Hospital Estadual Américo Brasiliense e Américo Brasiliense Hospital State.

Américo Brasiliense, 09 de novembro de 2016


Mário Sérgio Bezerra de Menezes
Diretor de Apoio Técnico Administrativo
Hospital Estadual Américo Brasiliense

10.9 Anexo 9 – Apresentação “Erro humano e segurança do paciente”



A SEGURANÇA DO PACIENTE E O ERRO HUMANO

MARIANA LAURINDO
GERENTE DE QUALIDADE HEAB/AME

2017



O paciente é colocado sob risco durante uma intervenção feita para melhorar sua saúde?

É possível causar algum dano ao paciente durante os cuidados de saúde que proporcionamos?



A resposta alarmante é

SIM



- A área da saúde costumava ser mais simples, menos eficaz e mais segura.
- A área da saúde é hoje mais complexa, mais eficaz e menos segura.



Chenier, 1997





ERRO HUMANO



“Uso, não intencional, de um plano incorreto para alcançar um objetivo (erro de planejamento), ou a não execução a contento de uma ação planejada (erro de execução)



PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. Os erros humanos: abrangência e tipos. In: HARADA, M.J.C.S.; PEREIRA, M.L.G.; PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. (Organizadoras). O erro humano e a segurança do paciente.



ERRO HUMANO



Importante ressaltar que esses erros, na prática assistencial, dos diversos profissionais da área da saúde, **NÃO** são intencionais, mas sim decorrentes de uma série de falhas na forma como é prestada a assistência.

Portanto, o foco de julgamento e das análises deve ser o processo assistencial.



VINCENT, C. Segurança do Paciente: Orientações para Evitar Eventos Adversos. Editora: Yendis.






- **TODOS OS ERROS E OS EVENTOS ADVERSOS SÃO POTENCIALMENTE PREVENÍVEIS.**
 - **OS ERROS EM SAÚDE SÃO EVITÁVEIS.**
 - **OS ERROS EM SAÚDE NÃO SÃO INEVITÁVEIS**





Havia agendamento de cirurgia de facectomia para duas pacientes cujo primeiro nome eram iguais. No momento do procedimento cirúrgico a lente da paciente X foi aberta e alocada em paciente Y, não havendo pela equipe conferência prévia acerca do material a ser implantado.

O cirurgião tentou realizar a troca da lente, porém optou apenas por retirar a lente incorreta, pois a paciente sentiu muita dor após bloqueio peribulbar e o olho ficou edemaciado impossibilitando continuidade de procedimento cirúrgico. Foi reagendado nova intervenção.






Criança de 5 anos é hospitalizada em instituição de saúde para procedimento cirúrgico eletivo a ser realizado pela equipe X.

Após término de procedimento criança, ainda em sala de recuperação anestésica, evolui com sangramento imediato sendo avaliada por equipe X que opta por reabordagem para revisão de hemostasia.

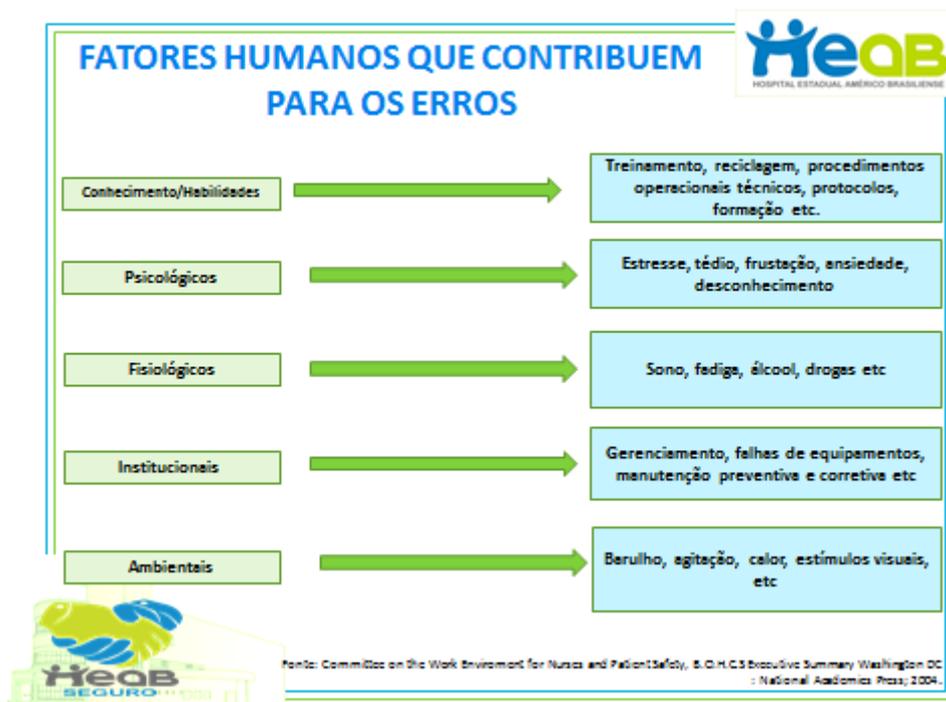
Criança evolui com insuficiência respiratória grave necessitando de nova IOT sendo necessário após procedimento internação em UTI pediátrica, tendo que ser acionada retaguarda para admissão de criança, uma vez que, hospital não tem UTI especializada para esse perfil de atendimento.



Dispensado aos setores assistenciais embalagem/frasco de álcool 70% com aparência, características e embalagem semelhantes a apresentação a água mineral disponibilizada para uso pelos pacientes.

Colaboradora preparou a medicação a ser administrada por sonda nasoenteral com o álcool e antes da administração sentiu o cheiro forte, identificando que era álcool o que interceptou a ocorrência do erro e abertura de notificação.



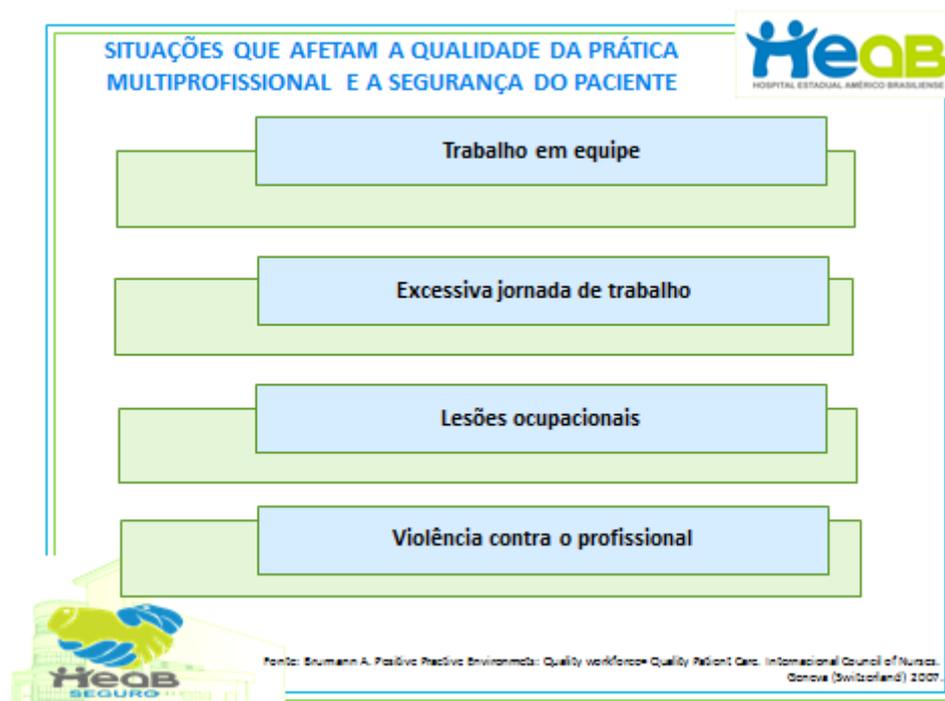
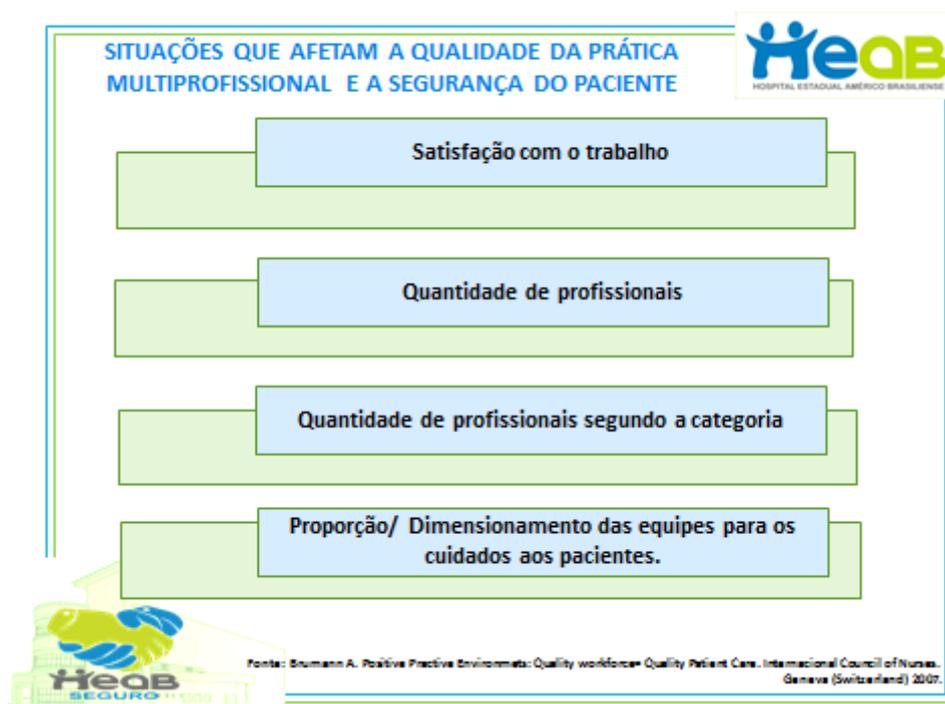


CAUSAS DO ERRO HUMANO

HEXÁGONO DAS CAUSAS DO ERRO HUMANO



SOWDITCH, J. L.; SUONO, A. F. Elementos de Comportamento Organizacional; Tradu o de José Henrique Lamondorf. 3 ed. São Paulo: Rionora, 1992.





Deficiências estruturais e nos processos de trabalho também predis põem ao erro e causam sobrecarga de trabalho as equipes multiprofissionais

Essas situações favorecem a ocorrência de infrações legais, não apenas pela equipe médica mas também a todas equipes envolvidas na linha de cuidado assistencial do paciente.

“Falibilidade é uma condição humana. Nós não podemos mudar a condição humana. Nós podemos mudar as condições nas quais os seres humanos trabalham.” James Reason




O QUE É SEGURANÇA DO PACIENTE?

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009), o conceito se refere a redução dos riscos de danos desnecessários associados a assistência em saúde até um mínimo aceitável





O QUE SÃO ESSES DANOS DESNECESSÁRIOS?



- Esses danos desnecessários são conhecidos como eventos adversos;
- Eventos Adversos são danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados a evolução natural da doença de base; acarretando lesões mensuráveis nos pacientes afetados, óbito ou prolongamento do tempo de internação
- Reação adversa são danos inesperados resultante de uma ação justificada, no qual o processo foi seguido para o contexto que o evento ocorreu.



Classificação Internacional de Segurança do Paciente- IOPS

SEGURANÇA DO PACIENTE

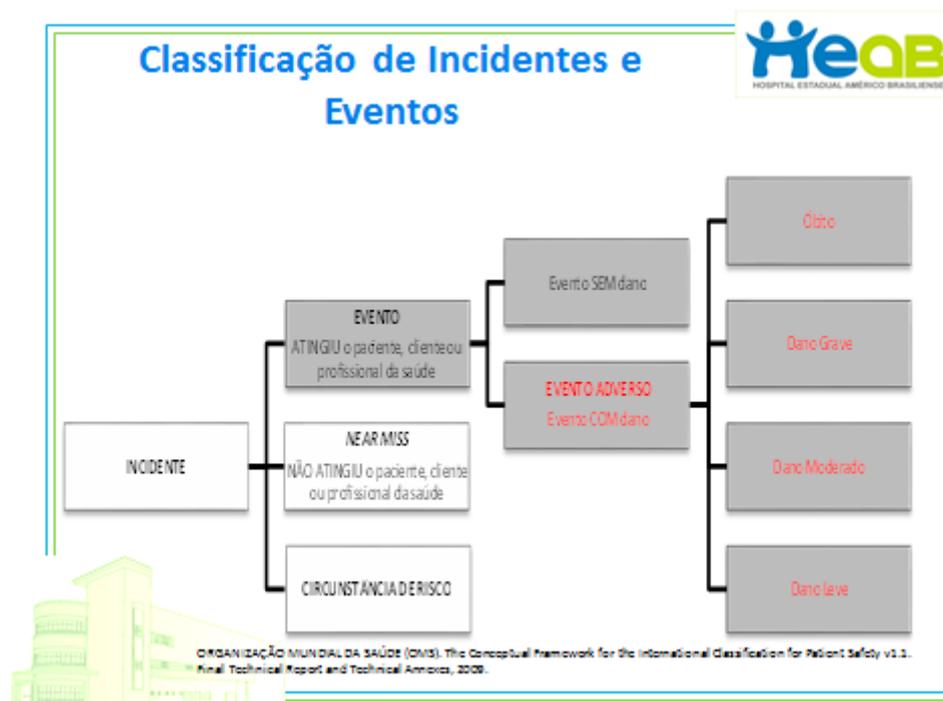
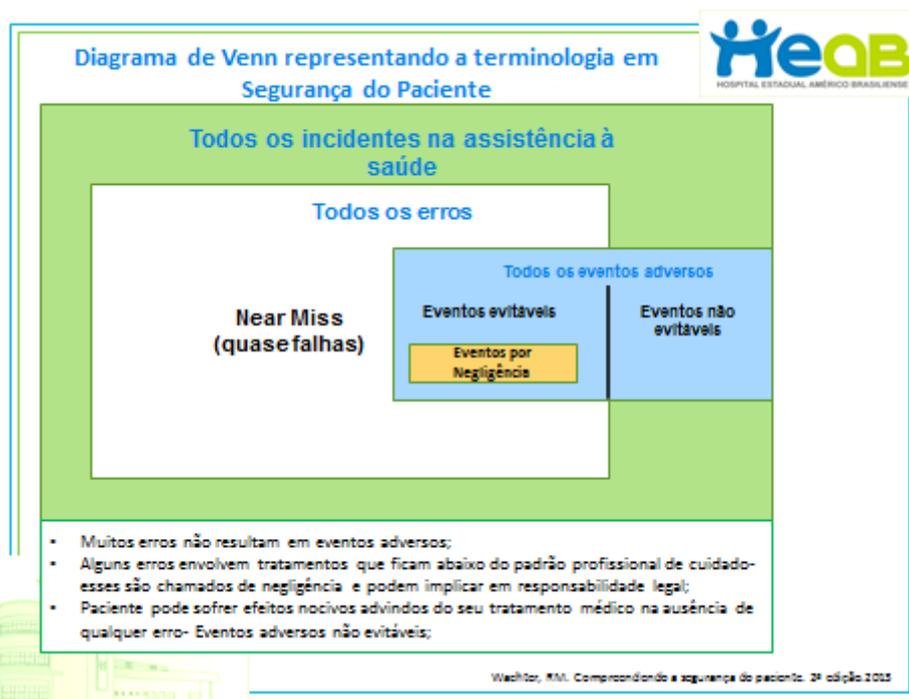


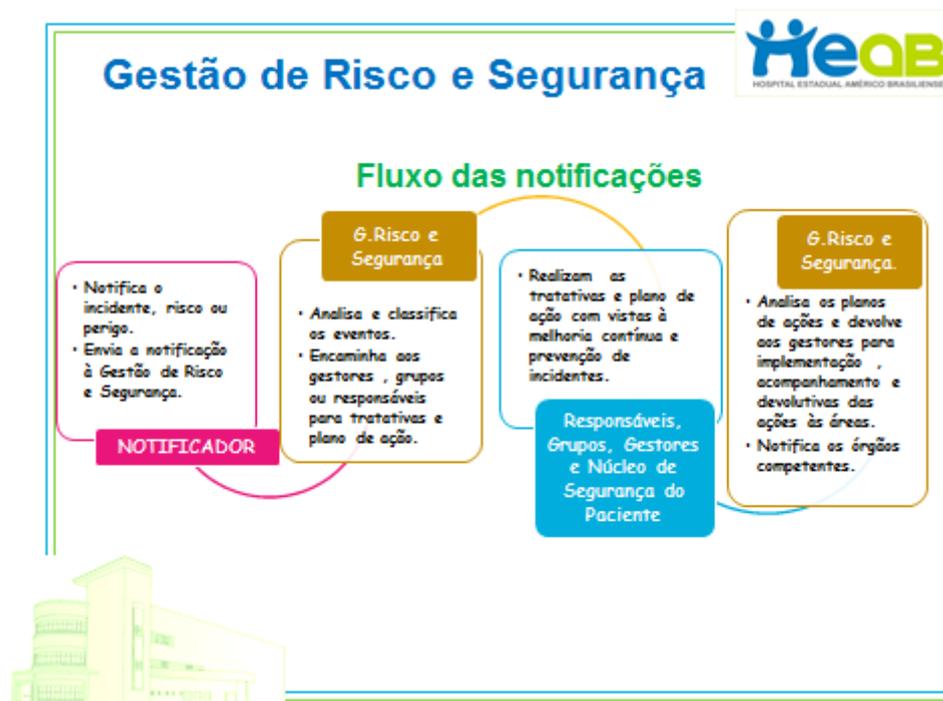
- Aliança Mundial de Saúde traz que 1 em cada 10 pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos evitáveis durante a prestação de assistência à saúde

Estudos	Incidência de Eventos
Harvard (HMPS)	3,7%
Austrália	16,6%
Nova Zelândia	11,3%
Grã Bretanha	10,8%
França	14,5%
Rio de Janeiro	7,6%

Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente y Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
 Estudo IBRAS: Prevalência de Erros Adversos em Hospitais de Latin America.







Qual a importância de investigar a realidade



- Indicam falhas na segurança do paciente, refletindo o marcante distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal;
- Proceder com avaliação da realidade para melhoria contínua de nossos processos de cuidado;



Qual a importância de investigar a realidade



- Trabalhar a prevenção com implementação de barreiras de segurança;
- Trabalhar prospectivamente nossos riscos e perigos.





Como implementar essa melhoria de nossos processos de cuidado garantindo a segurança aos nossos pacientes?

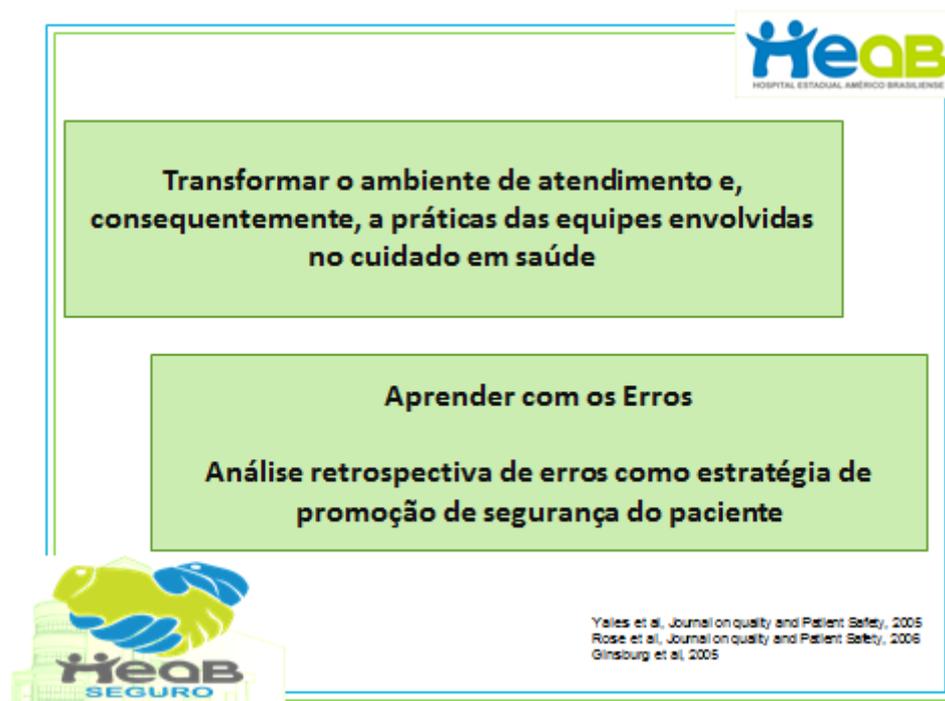
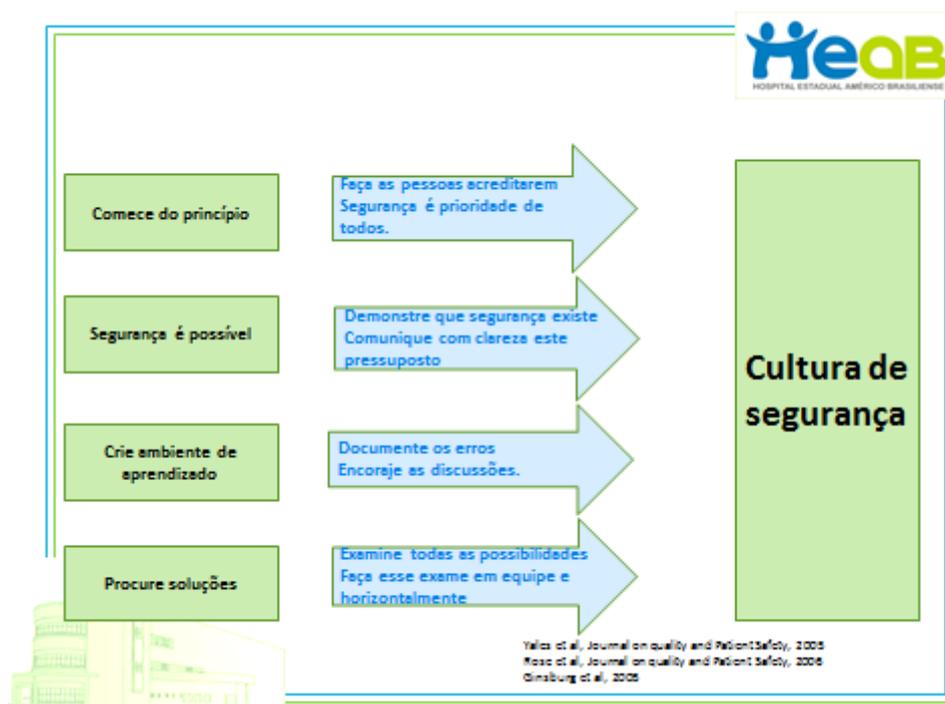


CULTURA DE SEGURANÇA

- Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Yales et al. Journal on quality and Patient Safety, 2005
Rose et al. Journal on quality and Patient Safety, 2006
Ginsburg et al. 2005





Transparência de Conhecimento

Transferência de conhecimento

Efetivação dos resultados prestados pelas equipes.

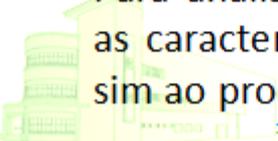


The Joint Commission: Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals [Internet]. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2010.



Pontos Importantes

- O conhecimento teórico não reflete algumas práticas assistenciais;
- Profissionais e alunos competentes também erram;
- Na vigência do erro todos os profissionais envolvidos devem buscar as causas e propor melhorias;
- Para analisar erros não devemos nos atentar as características pessoais dos profissionais e sim ao processo;



Pontos Importantes



- Após o erro devemos trabalhar a melhoria e a prevenção;
- Para implementar medidas de prevenção devemos instituir análise dos fatos e evidências;
- Profissionais devem se atentar aos campos de trabalho e atuação quando assunto for qualidade e segurança;



Pontos Importantes



- Devemos sempre comunicar e estimular a notificação de eventos;
- Sistema de notificações fazem a diferença na melhoria dos processos institucionais;
- Foco na não culpabilidade;
- Devemos avaliar institucionalmente os casos que estaremos conversando com os familiares quando os erros acontecerem.





A qualidade da assistência e a adoção de práticas seguras depende de vocês!



“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente, você estará fazendo o impossível”

São Francisco de Assis



Bibliografia



1. Bohomol E. Envolvimento do paciente no gerenciamento de risco hospitalar. In: Feldman LB (organizadora). Gestão de risco e segurança hospitalar: Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. 1ª ed. São Paulo: Marinar; 2008. p. 327-338.
2. Brumann A. Positive Practice Environments: Quality workforce- Quality Patient Care. International Council of Nurses. Geneva (Switzerland) 2007.
3. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, B.O.H.C.S. Executive Summary. Washington DC: National Academies Press; 2004.
4. Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais 4ª ed. (versão traduzida). Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2010.
5. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial por La Seguridad del Paciente y Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos em Hospitales de Latinoamérica.
6. PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. (org.) Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
7. PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. Os erros humanos: abrangência e tipos. In: HARADA, M.J.C.S.; PEDREIRA, M.L.G.; PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. (Organizadores). O erro humano e a segurança do paciente
8. Reason J. Human error. Cambridge University Press. 1990.
9. Rose et al. Journal on quality and Patient Safety, 2006
10. The Joint Commission: Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals [internet]. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2010.
11. Tibballs, James "Teaching hospital medical staff to handwash" Medical Journal of Australia. April 1996.
12. Turning Doctors Into Leaders. Harvard Business Review. Thomas H Lee. 2010(4)
13. VINCENT, C. Segurança do Paciente: Orientações para Evitar Eventos Adversos. Editora: Yendis. 336 páginas, 2010.
14. WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. Rev Latino-Am. Enfermagem, v. 20, n. 3, 8 p., maio-jun. 2012.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION- Launch of who collaborating centre on patient safety solutions 2005. World Health Organization, Geneva.
16. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene In Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: WHO; 2009 Brasil.
17. Yales et al, Journal on quality and Patient Safety, 2005.



OBRIGADA!

10.10 Anexo 10 – Termo de autorização para utilização de instrumento de coleta de dados para o estudo “Compreensão de alunos dos cursos de graduação de enfermagem e medicina sobre a segurança do paciente”



Serviço Público Federal
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Pediátrica



NOME: Mariana Cândida Laurindo

INSTITUIÇÃO DE APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Hospital Estadual Américo Brasiliense

INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DE EMSTRADO PROFISSIONALIZANTE: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto_ USP_ Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde

Prezado(a) Senhor(a)

Agradecemos o seu interesse pelo estudo intitulado "Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente".

A respeito de sua solicitação para o uso do questionário de segurança do paciente segue abaixo o consentimento formal.

Questionário sobre a compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente Formulário de Autorização

Autor responsável

NOME: Mariana Cândida Laurindo

INSTITUIÇÃO: Hospital Estadual Américo Brasiliense

A ser publicado/produzido por:

AUTOR: Mariana Cândida Laurindo

COAUTORES: Dr. Tales Rubens de Nadai

Especificações

- 1- Nenhuma alteração, adição ou deleção é permitida.
- 2- A permissão somente se aplica à pesquisa especificada nesta correspondência.
- 3- A fonte original deve ser citada: Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MAS, Kusahara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. Acta paul. enferm. 2013; 26(1):21-9.

A permissão dos autores concedida nos termos acima mencionados é representada por:

Mavilde L. G. Pedreira, RN, PhD
Professor Associado
Escola Paulista de Enfermagem
Universidade Federal de São Paulo



Serviço Público Federal
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Pediátrica

**Solicitante**

Nome: Mariana Candida Laurindo

Endereço: Avenida José Benedito Barbieri, 497- Vila Cerqueira- Américo Brasiliense-SP Cep: 14820-000

Data: 19/09/2016

Assinatura: Mariana Candida Laurindo

Mariana Candida Laurindo
Gerente de Qualidade
Hospital Estadual Américo Brasiliense