

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO

**ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO
MÉDICA**

CURITIBA
2021

CARLOS ALBERTO ANJOS MANSUR

**ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO
MÉDICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do grau de Mestre em Ensino nas
Ciências da Saúde, das Faculdades Pequeno
Príncipe - FPP.

Orientadora: Prof^a. Dra. Rosana Alves

CURITIBA

2021

M289e MANSUR, Carlos

Ensino da segurança do paciente na formação médica / Carlos Mansur.
- Curitiba; Faculdades Pequeno Príncipe, 2021.

72 : il.

Orientador: Prof. Dra. Rosana Alves.

Dissertação (Mestrado) – Faculdades Pequeno Príncipe.
Mestrado em Ensino Nas Ciências da Saúde. 2021.

1. Segurança do Paciente. 2. Educação Médica. 3. Currículo.
I. Alves, Rosana. II. Título

CDD 378

TERMO DE APROVAÇÃO

CARLOS ALBERTO ANJOS MANSUR

“ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO MÉDICA”

Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **MESTRE**, no Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:



Orientador (a):

Prof.^a Dr.^a Rosana Alves

Doutora em Clínica Médica. Coordenadora do Curso da Faculdade de Medicina de Itajubá. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.^a Dr.^a Elaine Rossi Ribeiro

Doutora em Clínica Cirúrgica. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.^a Dr.^a Kátia Valéria Manhabusque

Doutora em Saúde Pública. Professora da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e da Universidade Federal do Espírito Santo. Coordena o programa de Residência Médica em pediatria da Santa Casa de Vitória-ES.

Curitiba, 25 de fevereiro de 2021.



Dedico esse trabalho ao meu pai, que não está entre nós, que muito me incentivou a seguir a carreira médica, e que estaria muito orgulhoso e feliz neste momento. O amor é para sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente, pela vida e saúde.

À minha orientadora, Professora Dra. Rosana, pela paciência, orientação e ensinamentos, sem a qual não teria conseguido concluir esta difícil tarefa.

À minha mãe Maria Helena, que me ensinou a crer em Deus, ter fé, acreditar e prosseguir.

À minha amiga e amada esposa Lara, por todo amor, carinho e sempre estar presente nos momentos difíceis da minha vida. Obrigado por sua compreensão pela falta de atenção devida e de tantos momentos de lazer perdidos.

Os filhos são uma parte de nós. Meus filhos Betina e Marcelo, o meu amor é incondicional. Desculpem pela ausência durante este período.

Ao Colegiado do curso de Pós-graduação pela compreensão nos momentos difíceis desde o início devido a minha recuperação pós-cirúrgica.

Gratidão a todos aqueles que de algum modo contribuíram para realizar este objetivo.



O marco histórico, 1999

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - História da qualidade em segurança do paciente	22
Figura 2 - Modelo do Queijo Suíço de James Reason para os acidentes organizacionais	23
Figura 3 - Estrutura do marco Australiano	32
Figura 4 - Estrutura do marco Australiano	33
Figura 5 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre questões referentes à segurança do paciente serem abordadas no curso médico, n=170, Curitiba/PR, 2021	39
Figura 6 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre existir uma Disciplina de segurança do paciente no curso médico, n=170, Curitiba/PR, 2021	39
Figura 7 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre a observação de excelentes práticas de segurança do paciente no curso médico, n=170, Curitiba/PR, 2021	41
Figura 8 - Distribuição dos internos segundo percepção se a abordagem e a discussão dos eventos adversos e erros são realizadas no internato, n=170, Curitiba/PR, 2021	41
Figura 9 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre serem incentivados a relatar quaisquer preocupações com a segurança do paciente, n=170, Curitiba/PR, 2021	42
Figura 10 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre ter recebido treinamento sobre como comunicar erros médicos aos pacientes, n=170, Curitiba/PR, 2021	43
Figura 11 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre se sentir seguro nos ambientes que realiza estágio, n=170, Curitiba/PR, 2021	43
Figura 12 - Distribuição dos internos segundo a percepção de existir a cultura de segurança do paciente ao conversar com colegas de outras escolas médicas, n=170, Curitiba/PR, 2021	44
Figura 13 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo faculdade de medicina, n=95*, Curitiba/PR, 2021	45

Figura 14 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo faixa etária, n=95, Curitiba/PR, 2021	45
Figura 15 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo local de trabalho, n=62, Curitiba/PR, 2021	46
Figura 16 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo área de ensino, n=95, Curitiba/PR, 2021	47
Figura 17 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo percepção sobre segurança do paciente ser uma disciplina do curso, n=95, Curitiba/PR, 2021	48
Figura 18 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo percepção sobre sugestões de profissionais de saúde serem consideradas para melhoria da segurança do paciente, n=95, Curitiba/PR, 2021	48
Figura 19 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo percepção sobre procedimentos e sistemas no serviço serem adequados para prevenir ocorrências de erros, n=95, Curitiba/PR, 2021	49

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1 - Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde 19
- QUADRO 2 - A classificação de incidentes segundo a taxonomia da Classificação Internacional da Segurança do Paciente (CISP) 20

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CQH	Controle de Qualidade Hospitalar da Saúde
CISP	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
CPSI	<i>Canadian Patient Safety Institute</i>
EA	Eventos Adversos
IES	Instituição de Ensino Superior
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IC	Intervalo de Confiança
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MQPS	Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SP	Segurança do Paciente
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE SIGLAS

APSEF	<i>Australian Patient Safety Education Framework</i>
ACGME	<i>Accreditation Council for Graduate Medical Education</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ed.	Edição
CFM	Conselho Federal de Medicina
FPP	Faculdades Pequeno Príncipe
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IOM	Institute of Medicine
IBSP	Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PUC	Pontifícia Universidade Católica
Pag.	Página
RCPSC	<i>Royal College of Physicians e Surgeons of Canada</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
USP	Universidade de São Paulo
UP	Universidade Positivo

RESUMO

MANSUR, C. ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO MÉDICA. 74 p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Ensinos nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe. 2021.

O processo de formação do estudante de medicina tem passado por diversas mudanças ao longo dos anos. O desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente durante a formação médica precisa incluir o conhecimento e o preparo do profissional para desenvolver habilidades e atitudes para enfrentar eventos adversos e erros. O futuro profissional deve estar preparado para identificar, discutir e notificar eventuais falhas. Saber que errar é humano, e na grande maioria das vezes, involuntário. E sempre deve-se aprender com os erros, para desenvolver mecanismos de prevenção. Este estudo objetiva analisar opiniões de discentes e docentes do internato médico sobre o cotidiano da segurança do paciente. Foi realizado estudo transversal, com abordagem quantitativa tipo survey, com envio de questionários online para alunos e docentes/preceptores do internato de escolas médicas da cidade de Curitiba/PR. Os questionários continham perguntas de respostas simples e utilizando-se escala *Likert* sobre Segurança do Paciente nas ações do cotidiano do internato. Os resultados apresentaram 170 internos e 95 docentes/preceptores respondentes que apontaram o tema segurança do paciente como importante na formação e a maioria (75,8% dos docentes e 65,9 % dos internos) indicou a presença no currículo médico. A percepção dos discentes apontou uma falta de preparo para comunicar eventos adversos aos pacientes e a falta de uma cultura de segurança do paciente no ensino médico. Entre os docentes, 49,1% concordaram que os procedimentos e sistemas são adequados para prevenção de erros, e 65,5% responderam que discutem meios para prevenir eventos adversos e erros entre os profissionais de saúde e discentes. Foi observado que o ensino da segurança do paciente no ensino médico é feito de forma fragmentada, não uniforme. Destaca-se a necessidade da inclusão curricular do tema, assim como de capacitação dos profissionais educadores para que futuros profissionais da saúde possam realizar as melhores práticas e uma assistência segura e de qualidade.

Palavras chaves: Segurança do paciente, Educação médica, Currículo .

ABSTRACT

MANSUR, C. TEACHING PATIENT SAFETY IN MEDICAL TRAINING. 74 p. Dissertation (master's) - Post-graduate program *stricto sensu* in Health Sciences Teaching at Faculdades Pequeno Príncipe. 2021.

The medical student training process has undergone several changes over the years. The development of a culture of patient safety during medical training needs to include the professional's knowledge and preparation to develop skills and attitudes to face adverse events and errors. The future professional must be prepared to identify, discuss any and notify any flaws. Knowing that making mistakes is human, and most of the time, involuntary. We must always try to learn from mistakes, so that we can develop preventive mechanisms. This study aims to analyze the domain of students and teachers at the medical internship on patient safety. A cross-sectional study was carried out, with a quantitative survey approach, with online questionnaires sent to students and teachers / tutors of the medical school internship in the city of Curitiba / PR. The questionnaires contained simple and Likert-scale answer questions on Patient Safety in the daily actions of the boarding school. The results show 170 students and 95 teachers/tutors respondents who point out the subject of patient safety as important in training and the majority (75.8% of teachers and 65.9% of inmates) think it should be part of the medical curriculum. The students perception is that a culture of patient safety is lacking in medical education. Teachers 49.1% agree that the procedures and systems are adequate to prevent errors, and 65.5% answered that they discuss ways to prevent adverse events and errors among health professionals and students. It was observed that teaching patient safety in medical education is done in a fragmented, non-uniform way. The need for the curricular inclusion of the theme and the training of professional educators to highlight a culture of patient safety in future health professionals, for best practices and safe and quality care, is highlighted.

Key words: Patient safety; Medical education; Curriculum.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3.	REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1	CONCEITOS SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE	18
3.2	HISTÓRICO ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE E O ENSINO SOBRE SEGURANÇA PACIENTE	21
3.3	SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL	29
3.4	GUIA CURRICULAR DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA OMS.....	31
4.	MÉTODO	35
4.1	TIPO DE ESTUDO	35
4.2	LOCAL DO ESTUDO	35
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
4.4	COLETA DE DADOS	36
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	36
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	36
5.	RESULTADOS	38
5.1	DISCENTES	38
5.1.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	38
5.1.2	DIMENSÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	38
5.2	DOCENTES E PRECEPTORES	44
5.2.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	44
5.2.2	DIMENSÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	47
6.	DISCUSSÃO	51
7.	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	59

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	64
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO PARA DOCENTES	66
APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO PARA DISCENTES	70

1. INTRODUÇÃO

O sistema de cuidados da saúde é uma atividade complexa e passa por transformações e avanços. Qualidade e segurança do paciente são atributos fundamentais e indispensáveis na assistência à saúde atual. Além de ensinar e implantar práticas seguras no cuidado do paciente, é preciso desenvolver a cultura da segurança do paciente em todos os profissionais da saúde, além de gestores, educadores, e estudantes, para poder alcançar o objetivo de prestar uma assistência segura e de qualidade na saúde.

Uma das características da assistência à saúde é a produção de resultados incertos, através de eventos adversos e complicações, com elevados custos de eficiência e insatisfação por parte do paciente. Mesmo com crescentes estudos, avanços tecnológicos, programas de prevenção, implantação de protocolos e diretrizes clínicas, além de muitas outras iniciativas, ainda não conseguiu um sistema seguro, eficiente e satisfatório integralmente ao paciente. Reduzir os danos causados pelos cuidados de saúde é uma prioridade global, é preciso formar profissionais comprometidos com a segurança do paciente (SOUSA; MENDES, 2019; WHO, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo durante o período que necessita receber cuidados e tratamentos à sua saúde. Os erros associados à assistência à saúde causam cerca de 100.000 disfunções a cada ano nos hospitais nos Estados Unidos da América (KOHN *et al.*, 2000). Estudo europeu avaliando a qualidade da assistência hospitalar identificou que um em cada dez pacientes atendidos nos seus hospitais sofrem danos evitáveis e eventos adversos ocasionados durante a assistência recebida e 50 a 60% são evitáveis (GALLOTTI, 2004).

Estudos em diversos países tem demonstrado a incidência e a gravidade dos danos causados pelos eventos adversos na assistência à saúde, estimulando pesquisas e dando projeção mundial ao tema.

Em vários países desenvolvidos, existem estratégias claramente definidas para a integração do tema segurança do paciente nos currículos dos profissionais de saúde, incluindo as competências necessárias e as mudanças comportamentais dos alunos, no entanto, é essencial o apoio relevante da administração das faculdades e dos hospitais de ensino. Há um consenso entre a comunidade profissional de que os

profissionais de saúde em todo o mundo devem estar preparados para um atendimento mais seguro ao paciente desde o início de seu treinamento (BOHOMOL & CUNHA, 2015).

Muito tem sido discutido entre professores e profissionais de saúde, tanto no Brasil como globalmente, sobre como implantar mecanismos e ferramentas que podem melhorar a formação desses futuros profissionais na assistência segura ao paciente.

Li *et al.* (2012 p124) em sua pesquisa avaliando conhecimento, habilidade e atitudes afirmam: “Os estudantes de medicina devem ser capazes de reconhecer condições inseguras, relatar sistematicamente erros e “*near misses*” (potenciais eventos adversos), investigar e melhorar esses sistemas com uma compreensão completa, assim como desenvolver habilidades de comunicar erros aos pacientes. Portanto, incorporar conhecimentos sobre segurança do paciente nos currículos das faculdades de medicina é uma necessidade urgente” (LI, 2012 p. 1).

Lucian Leape em seu artigo “Erros em Medicina”, publicado em 1994, cita que seria necessário ter uma nova visão do erro. Reconhecendo a falha humana e a contribuição do sistema na prevenção do erro (BRASIL, 2017a).

Há necessidade de uma revisão dos currículos, para se contemplar uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar para o desenvolvimento deste tema (BOHOMOL *et al.*, 2016).

Os internos de medicina estão preparados para uma assistência segura e de qualidade?

Conhecer como ocorre o processo de ensino-aprendizagem, no internato médico, sobre a segurança do paciente poderá fornecer aos gestores acadêmicos das Instituições de Ensino Superior, assim como às Divisões de Ensino ou Centros de Estudo de hospitais de ensino e de núcleos de integração ensino-serviço municipais, informações que possibilitem desenvolver tais atividades no ambiente educacional e, em última análise, promover a segurança do paciente nos cenários de prática. A integração das atividades de segurança do paciente no currículo médico deve ser um desafio a ser perseguido pelas Instituições de Ensino Superior.

2. OBJETIVOS:

2.1. Geral

Analisar o ensino dos pressupostos da segurança do paciente no internato médico do ponto de vista de docentes e discentes docentes.

2.2. Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes;
- Realizar o diagnóstico situacional em relação ao ensino sobre Segurança do Paciente, segundo percepção dos participantes.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Conceitos sobre Segurança do Paciente

A Segurança do Paciente (SP) por definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) é reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado da saúde. É uma dimensão de qualidade em cuidados de saúde.

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é considerada um importante componente estrutural dos serviços que favorece a implantação de práticas seguras e diminuição de incidentes de segurança (ANDRADE *et al.*, 2018).

A cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização segura. O incentivo ao relato de eventos adversos e a mudança da cultura punitiva podem facilitar detecção de falhas no sistema e a criação de mecanismos de prevenção (WHO, 2009; FERMO *et al.*, 2016).

A portaria MS/GM nº 529/2013 instituiu o Programa Nacional da Segurança do Paciente (PNSP) e destacou o conceito da cultura de segurança do paciente de modo particular no Art. 3º item 5º (BRASIL, 2013):

V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;

b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;

c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e

e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança

Inicialmente, houve dificuldade na unificação dos conceitos e termos, devido à divergência da linguagem da literatura, como exemplo disso, existiam muitas

definições de erros e eventos adversos com interpretações diferentes. A OMS, em 2004, desenvolveu a Classificação Internacional da Segurança do Paciente - CISP (em inglês: *International Classification for Patient Safety - ICPS*), para que os pesquisadores entendessem o trabalho uns dos outros, o que permitiria a análise, comparações e interpretação correta das informações (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

E assim, alguns termos e conceitos importantes foram unificados, como segurança do paciente, dano, risco, incidente, circunstância notificável, “*near miss*”, incidente sem lesão e evento adverso.

Em 2009, um total de 48 conceitos chaves foram unificados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) e, em 2010, o Centro Colaborador para a Qualidade e Segurança do Paciente do Proqualis traduziu para o português - Quadro 1.

Quadro 1 - Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP) da Organização Mundial da Saúde

Segurança do Paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: BRASIL, 2014

Uma publicação da Anvisa da Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, chamada Assistência Segura: Uma reflexão Teórica Aplicada à Prática atualizou os conceitos atuais: (BRASIL, 2017a): - Quadro 2

Erro é definido na CISP como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem

ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.

*Incidente relacionado ao cuidado de saúde, no contexto da taxonomia tratado apenas por **incidente**.*

– é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente – Quadro 2

Os incidentes classificam-se como: **near miss** – incidente que não atingiu o paciente (por exemplo: uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão); **incidente sem dano** – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (por exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação);

incidente com dano (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente (por exemplo: é feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica. Os **tipos de incidentes** são categorias que agrupam os incidentes de mesma natureza, como, por exemplo: processo ou procedimento clínico; documentação; infecção associada ao cuidado; medicação/fluidos IV; sangue e produtos sanguíneos; nutrição; oxigênio, gás e vapores; dispositivos e equipamentos médicos; comportamento; pacientes; infraestrutura e recursos/administração .

Quadro 2: A classificação de incidentes segundo a taxonomia da Classificação Internacional da Segurança do Paciente (CISP)

INCIDENTE			
Circunstância notificável	Near miss	Incidente sem dano	Incidente com dano
Houve potencial significativo para dano, mas o incidente não ocorreu	Incidente que não atingiu o paciente	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano	Incidente que resulta em dano ao paciente (Evento Adverso)

Fonte : PROQUALIS, 2010

Outro termo é atualmente muito discutido, o *disclosure*. O termo vem da língua inglesa, traduzido para o português como “revelação” ou “divulgação”. Seria um protocolo adotado para reconhecer e informar pacientes e familiares a ocorrência de um evento adverso na assistência à saúde, um modo de comunicação de forma ética e transparente. É um direito do paciente receber informações claras. Esta comunicação é um grande desafio a ser implantado (BRASIL, 2017a).

Um livro chamado “*Talking with Patients and Families about Medical Error: a guide for education and practice*”, traduzido como *Conversando com Pacientes e Famílias Sobre Erro Médico: um guia para prática e educação*, publicado em 2011, deu origem a diretrizes práticas para comunicar erros e realizar o *disclosure* (TRUOG, 2011).

As diretrizes foram divididas em quatro etapas:

1. Diretrizes práticas para *disclosure* (primeiras ações): garantir que a equipe está atenta as necessidades do paciente, envolver os profissionais o mais cedo possível (médico responsável, gestores, coach etc.). Identificar o evento e intervir para evitar novos danos, por exemplo, um retirar um equipamento com defeito.
2. Preparação para a conversa de *disclosure*; determinar se a divulgação é necessária, reunir todas as informações possíveis, construir um consenso com a equipe sobre o conteúdo, lembrar que será para o paciente, determinar os profissionais que devem participar, e também, identificar familiares e amigos importantes para o paciente para participarem.
3. A conversa de *disclosure*: é necessário ser verdadeiro, transparente, pensar se como se fosse o paciente, mostrar que está preocupado com as emoções do paciente e familiares, ser claro, ater-se aos fatos. Não é o momento de construir hipóteses. Assegurar que será investigado. Retomar o foco no tratamento. Não discutir compensação financeira, informe que cabe ao departamento responsável, e este será acionado. E ainda, estar preparados para que as desculpas não sejam aceitas.
4. Documentação e acompanhamento: reunião após o *disclosure* com a equipe, avaliar as condições emocionais dos profissionais envolvidos, incluir um resumo da conversa no registro do paciente (TRUOG, 2011).

3.2 Histórico acerca da Segurança do Paciente e o Ensino sobre Segurança do Paciente

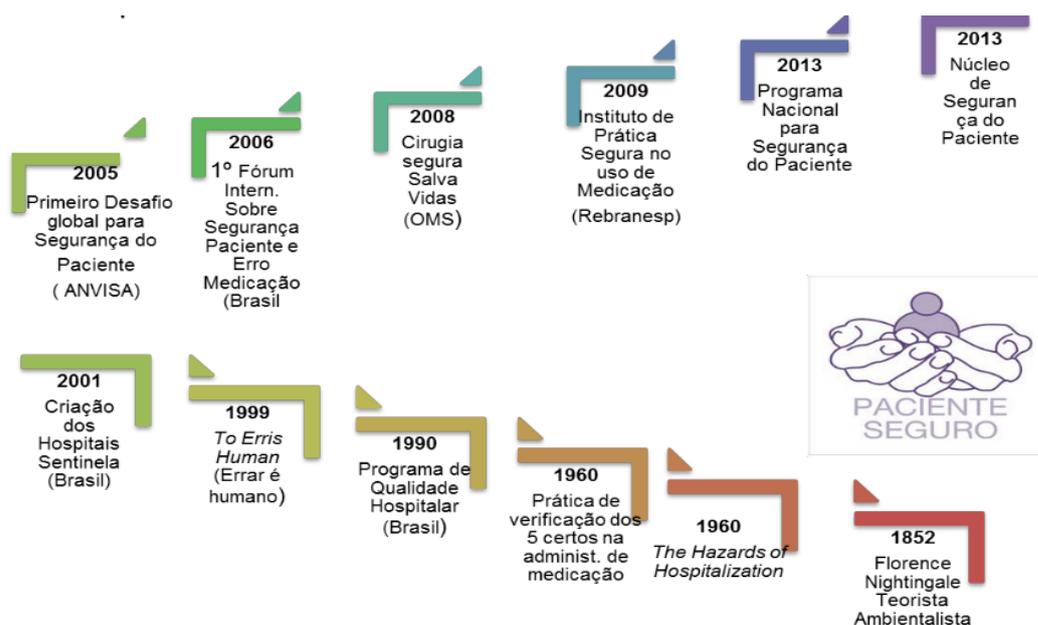
Hipócrates, considerado o pai da medicina, (460 a 370 a.C.) foi o autor do aforisma “*Primum Non Nocere*” (primeiro não causar dano). Ensino que já demonstrava sua preocupação com uma assistência segura. Surpreende considerando os recursos assistenciais disponíveis na época. Depois surgiram outros

pesquisadores preocupados com a melhoria da qualidade e segurança do paciente, como por exemplo Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Lemman Cochrane, entre outros (BRASIL, 2014).

Existem vários relatos que demonstram a preocupação na qualidade de cuidados na assistência à saúde, por exemplo, no Século XIX, quando Florence Nightingale, enfermeira inglesa, foi trabalhar na Guerra da Criméia (1853 a 1856) e, observando as condições sanitárias precárias em que os soldados se encontravam, priorizou a segurança dos soldados como fator primordial para uma boa qualidade nos cuidados (BRASIL, 2017a)

Donabedian, no final do século passado, estabeleceu como sete os atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses atributos ajudaram a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde, levando em consideração as preferências do paciente e sociais. (DONABEDIAN, 1990). A Figura 1 retrata que a preocupação e interesse com a SP é antiga, vem de 1852 com Florence Nightingale, até o Programa Nacional da Segurança do Paciente, em 2013 (PROQUALIS, 2016).

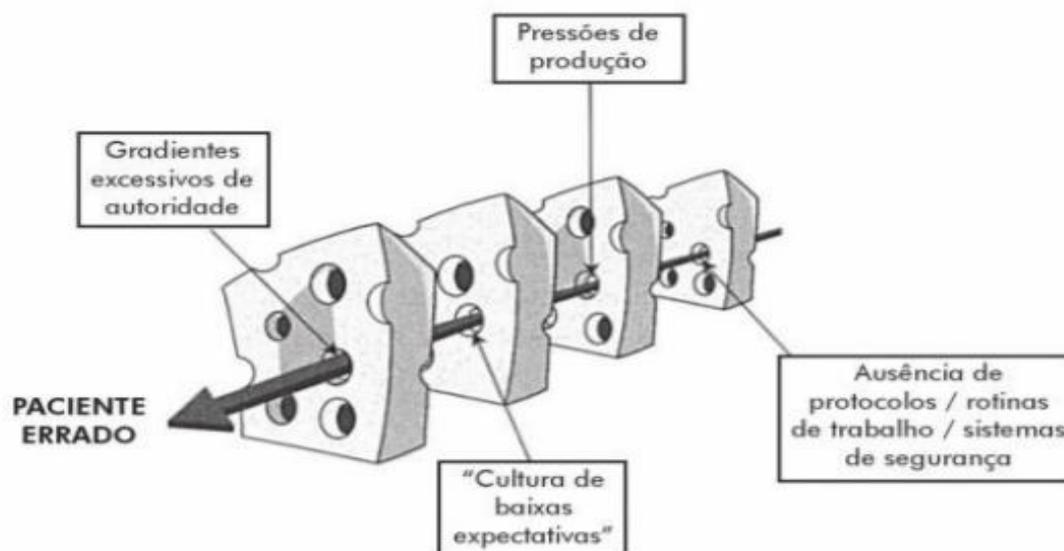
Figura 1 - História da qualidade em segurança do paciente



Fonte: NASCIMENTO, 2015.

No início dos anos 90 James Reason, psicólogo e professor da Universidade de Manchester, publicou *Human Error*, elaborou a teoria do queijo suíço para explicar ocorrências de falhas na prestação da assistência ao paciente – Figura 2. Cada fatia do queijo representa uma etapa, que seriam barreiras para impedir que erros aconteçam, porém podem ocorrer falhas. Estas falhas seriam os furos do queijo suíço, e alguns buracos podem coincidir permitindo a passagem do erro. Define erro como falha de execução ou planejamento. Ele recomenda que é importante ter pessoas nas barreiras de controle, e recomenda a utilização de uma ou duas barreiras, no final do processo para que a falha não chegue a ocorrer. A fonte do problema pode estar relacionada com múltiplos fatores, entre os quais, descuido de profissionais, comportamento de risco dos pacientes, ambiente de trabalho, estresse, sobrecarga, falha de treinamento. (WACHTER, 2010).

Figura 2 - Modelo do Queijo Suíço de James Reason para os acidentes organizacionais.



Fonte: WACHTER, 2010 p.36.

Esta teoria parte do princípio de que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas, alerta para a importância de implementarmos barreiras de processos efetivas na assistência à saúde, para diminuir erros e eventos adversos. Como exemplo de barreiras, as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) que foram estabelecidas pela *Joint Commission Internacional* em parceria com a OMS em

2006, com o objetivo de promover melhorias em áreas identificadas como prioritárias para uma assistência segura (CATALANO, 2006).

O grande marco acerca do tema foi um relatório *“To err is Human: building a Safer Health system”* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) publicado em 1999, pelo Institute of Medicine (IOM). Este relatório estimou que, nos EUA, anualmente, cerca de um milhão de pessoas sofreram eventos adversos e 44.000 a 98.000 morreram nos hospitais americanos como resultado de danos causados durante a prestação de cuidados à saúde. A discussão pelo tema então ganhou relevância no ano 2000, onde a mensagem do relatório *To Err is Human* dizia que prevenir mortes e ferimentos causados por erros médicos requer mudanças dramáticas em todo o sistema (KOHN *et al.*, 2000; BRASIL, 2017a). O relatório chamou atenção para a gravidade e, que a maioria dos erros e incidentes se originavam de falhas do sistema e não de ações específicas dos profissionais. E que ainda era preciso atuar no sistema. Na época ocorriam mais mortes por eventos adversos do que de acidentes automobilísticos, câncer de mama e Aids, colocando a morte por erros decorrentes da assistência à saúde como a sétima causa de mortalidade. Esta mesma publicação trouxe dados de custos gerados pelos eventos adversos em torno de 29 bilhões de dólares por ano.

Reconhecendo a problema, a OMS, em 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com objetivo de alertar os profissionais da saúde e a população. E ainda, pedir um comprometimento político dos Estados Membros para estimular e melhorar a qualidade da assistência à saúde. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criou os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente, que buscam estimular e orientar a identificação de ações que ajudem a evitar riscos para os pacientes e ao mesmo tempo, norteiam os países que tenham interesse em implantá-los (BUENO; FASSARELLA, 2012).

O primeiro desafio global, no biênio 2005-2006, focou nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. O propósito era promover a higiene das mãos como método sensível e efetivo para a prevenção das infecções. Em 2008 o Brasil aderiu a este desafio. Em 2008, o segundo desafio global, “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. E, na sequência programas de uso seguro de medicamentos, até a formulação de um Programa Nacional de Segurança do Paciente, conforme exemplificado na Figura 1 (PROQUALIS, 2016).

Aspectos relacionados à Segurança do Paciente (SP) vêm se tornando parte fundamental dos processos relacionados à melhoria da qualidade assistencial nos serviços de saúde. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, identificou 13 áreas de ação para reduzir os danos e as consequências sociais de cuidados inseguros. Do ponto de vista educacional, orienta a inclusão do tema “Segurança do Paciente” na educação de todos os profissionais da saúde, incluindo a graduação, pós-graduação, formação de técnicos e educação permanente (BRASIL, 2014).

Em 2006, a “*Joint Commision International*” (JCI), entidade sem fins lucrativos responsável pela acreditação das unidades de saúde americanas, em parceria com a OMS desenvolveu as seis metas internacionais para a segurança do paciente (CATALANO, 2006). O objetivo era desenvolver intervenções para diminuir riscos de problemas considerados de maior risco e gravidade na assistência ao paciente. Essas as seis metas internacionais são:

1. Identificar os Pacientes Corretamente
2. Melhorar a Comunicação Efetiva
3. Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância
4. Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto
5. Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
6. Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente decorrentes de Quedas

No mesmo caminho, um questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) foi criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos em 2011, com o objetivo foi avaliar a cultura de segurança do paciente em hospitais. É considerado um instrumento confiável e eficiente, que permite avaliações em nível individual, por unidade/setor e do hospital como um todo (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). Este questionário recebeu adaptação transcultural para a Língua Portuguesa e contexto brasileiro (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Apesar de muitos benefícios da tecnologia, as listas de verificações (*checklist*) têm um impacto muito positivo na área da saúde e se tornaram uma ferramenta de segurança estabelecida na medicina. Representam um método, que apesar de simples, tem desempenhado importante papel efetivo prevenir eventos adversos na

segurança do paciente. A agência de Investigação de Saúde e Qualidade do governo americano, define a lista de verificação como uma série de ações com objetivo principal de garantir que nenhum passo será esquecido. (MAIA *et al.*, 2018).

A realização de uma lista de verificação de cirurgia segura é uma das ferramentas mais poderosas para evitar eventos adversos. Por ano, são realizadas cerca de 200 milhões de cirurgias no mundo. Um estudo pioneiro em oito hospitais diversificados com características populacionais e econômicas variadas, em um programa da Organização Mundial da Saúde, publicado em 2009, mostrou que a taxa de mortes e complicações cirúrgicas caiu mais de 30% com o uso da lista de verificação (HAYNES, 2009).

Apesar dos estudos demonstrarem diminuição da mortalidade e complicações, os efeitos e a viabilidade das listas de verificação têm sido questionadas. Em uma revisão sistemática em 2013, Thomassen *et al.* concluíram que as listas de verificação parecem ser eficientes para melhorar a segurança do paciente, reduzindo a incidência de eventos adversos (EA) e diminuindo a mortalidade e morbidade. E nenhum dos estudos avaliados nesta revisão relatou efeitos negativos na segurança do paciente (THOMASSEN *et al.*, 2014).

Em outro estudo realizado por Keller *et al.*, para avaliar o uso de um aplicativo eletrônico nas visitas diárias nas enfermarias, demonstrou a viabilidade do uso de uma lista de verificação no aplicativo para melhoria da segurança na assistência à saúde (KELLER, 2017).

A lista de verificação, já aceita para organizar etapas importantes e complexas da assistência à saúde, tem sido utilizada há muito tempo para que pontos essenciais não sejam esquecidos.

Em 2016, a Organização Mundial da Saúde publicou a Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros, em resposta ao alarmante número de mortes de recém-nascidos (RN) nos primeiros 28 dias de vida e maternas durante e após a gravidez e parto, durante o ano de 2013, em todo o mundo. Neste ano, 2,8 milhões de RN e cerca de 280.000 gestantes e puérperas faleceram (WHO, 2016).

Como o parto e o nascimento são eventos complexos, na verdade esta lista auxiliaria os profissionais a cumprir todas as etapas corretamente na ordem certa. Antes de implantá-la a OMS fez testes em nove países, o que ajudou a aperfeiçoar a lista inicial, e depois trinta e quatro grupos, em vinte e nove países trabalharam em projetos de avaliação.

Baseia-se em quatro momentos:

1. quando da admissão hospitalar da mãe, importante para examinar, detectar e tratar complicações já existentes, avaliar se necessita transferência para outra unidade, e orientar a mãe e acompanhante para sinais de alerta para pedir ajuda.
2. antes da expulsão ou antes da cesariana. Detectar possíveis complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto.
3. logo após o nascimento (no espaço de uma hora). Examinar mãe e bebê para detectar e tratar complicações, e novamente orientar mãe e acompanhante para sinais de alerta para pedir ajuda.
4. antes da alta. Examinar mãe e recém-nascido antes da alta. Orientações de planejamento familiar, sinais de alerta de perigo para mãe e bebê.

Este guia da OMS oferece além da lista de verificação, orientações de como implantá-la (WHO, 2016).

Outro momento delicado na prevenção de eventos adversos são as falhas de comunicação, sendo considerada a principal causa de eventos adversos, devido a grande fluxo de informações, grande número de profissionais de diferentes equipes assistenciais, além da grande demanda de atividades, que acarretam uma necessidade de atualização e troca de informações com pacientes, familiares e as equipes (CAUDURO, 2017; NABILOU; FEIZI; SEYEDIN, 2015).

A função primária da passagem de plantão, ou seja, quando um turno de profissionais de saúde deixa seu turno de plantão e deve “passar” as informações sobre os pacientes internados sob seus cuidados, é o momento de transferência de informações e responsabilidades sobre o paciente e a divisão de decisões. A transferência de cuidado, em inglês, é conhecida como *handoff* ou *handover* (ALVES, 2019).

Handover representa a passagem de plantão e *handoff* é a passagem de caso, onde podemos ter duas situações, primeira quando o paciente é transferido de lugar dentro do mesmo estabelecimento e, a segunda, quando a transferência é para outra instituição (PROQUALIS, 2016).

Ambos de muita importância e complexidade, embora não são ensinados regularmente durante a formação médica, tornando-se um ponto fraco na assistência com qualidade e segura. Para Cohen *et al.*, a comunicação eficaz é muito mais do que uma transmissão unilateral. Esta preocupação com as transferências de informações

tem estimulado pesquisas e recomendações da *Joint Commission* para que os hospitais americanos padronizem a forma como os *handoffs* são realizados (COHEN, 2012).

Pesquisadores em segurança do paciente, Merten *et al.* (2017), publicaram um estudo chamado “Safe Handover” (“Entrega Segura”), e avaliaram que falhas na transferência podem levar a danos ao paciente, como atrasos de diagnósticos e tratamento, erros de medicação e ainda, paciente insatisfeitos. Transferências realizadas com qualidades são fundamentais para a segurança do paciente. Devem ser oportunas, precisas, completas e compreendida pelo destinatário.

Nos Estados Unidos as falhas de comunicação nas passagens de plantão são as causas primárias em 30% das acusações de erros e más práticas (CRICO, 2016).

Um artigo original publicado em 2004, analisou 2455 eventos sentinelas relatados a *Joint Commission*. Evento sentinela é uma ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função. Os autores concluíram que as falhas de comunicação foram a causa primária em mais de 70% dos eventos adversos, sendo que 70% destes pacientes morreram. Muitos fatores contribuíram para falhas de comunicação. Médicos e enfermeiras foram treinados para se comunicar de maneiras diferentes (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004). Os enfermeiros de maneira descritiva e detalhados, pois apreendem durante a formação “que não fazem diagnósticos”. Enquanto médicos aprenderam a ser resumidos, rápidos (HAIG; SUTTON; WHITTINGTON, 2006).

Para minimizar estas diferenças de comunicação, podem ser usadas ferramentas estruturadas, mnemônicas, conhecidas pela sigla SBAR, DeMIST entre outras.

Em 2007, a *Joint Comissison International* e a Organização Mundial da Saúde sugeriram a implementação de uma abordagem padronizada, usando a ferramenta SBAR (WHO, 2007).

A ferramenta SBAR, iniciais das palavras: situação, breve histórico, avaliação e recomendação, é uma das mais utilizadas e muitos autores afirmam que melhora a segurança do paciente.

Entretanto, uma revisão sistemática realizada em 2018, concluiu que há evidências moderadas de que apenas a comunicação por telefone melhorou. Faltam estudos de alta qualidade para avaliar benefícios em termos de segurança do paciente (MÜLLER *et al.*, 2018).

Outra ferramenta, conhecida como DeMIST, é um mnemônico que em inglês significa mechanism, injury, signs and symptoms and, treatment (detalhes, mecanismo, doença/lesão, sinais/sintomas e tratamento), utilizada em situações de emergência, para descrever a ocorrência a outro profissional que vai assumir o paciente (COHEN, 2012).

Erros causados por falha de comunicação podem ser evitados através de treinamentos que podem ensinar habilidades necessárias para uma comunicação eficaz (FERMO *et al.*, 2016).

Em outra revisão da literatura, Souza *et al.* (2020), descreveram a necessidade de padronização nas passagens de plantão e transferências de pacientes, além da integração e avaliação regular

Os estudantes precisam saber que erros acontecem e que são cometidos involuntariamente. É sugerido ao estudante que somente os maus profissionais erram, mas todo o profissional está sujeito a erros e o ser humano não é infalível. O primeiro passo é admitir que ele é possível e está presente na assistência à saúde. O “erro zero” é quase impossível. É fundamental que os estudantes da área da saúde, aprendam a enfrentar situações difíceis, como eventos adversos e erros, porque possivelmente os cometerão ao longo de suas vidas profissionais (KIESEWETTER *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

3.3 Segurança do Paciente no Brasil

O Brasil vem desenvolvendo programas e intervenções com objetivo de uma assistência segura desde o final dos anos 1980, quando a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) instituiu medidas para aperfeiçoar a assistência prestada ao paciente. Este foi o início do sistema de acreditação das unidades hospitalares do Brasil, o que desencadeou um sistema de detecção e gerenciamento de possíveis erros e falhas (BUENO; FASSARELA, 2012).

Em 2009, foi criado o Proqualis, Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, vinculado a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com verba do Ministério da Saúde, com o objetivo de organizar e divulgar informações e tecnologias em qualidade e segurança do paciente (PROQUALIS, 2016).

Em 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os

estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura (BRASIL, 2017a).

O PNSP tem quatro eixos (BRASIL, 2017a):

1. O estímulo a uma prática assistencial segura: protocolos, criação de Núcleos de Segurança do Paciente, boas práticas nos serviços de saúde, e sistema de notificação de incidentes.
2. envolvimento do paciente e sociedade na segurança: deve ser o centro dos cuidados e incluídos como parceiros.
3. inclusão do tema segurança do paciente no ensino : a portaria destacou a necessidade de incluir o tema no ensino técnico e de graduação, na pós graduação da área da Saúde e na educação permanente dos profissionais de saúde.
4. incremento de pesquisa em segurança do paciente: o foco tem se concentrado em medir o dano, compreender as causas, identificar as soluções, avaliar o impacto e transpor a evidência em cuidados mais seguros. Estabelecer as prioridades das pesquisas em conjunto com a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde

No Brasil, a incidência de eventos adversos é pouco investigada, considerando que desde 2014, as notificações são obrigatórias, e devem ser registradas no Notivisa, Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (MAIA *et al.*, 2018).

De acordo com o 2º Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, realizado pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), ocorreram seis mortes, a cada hora no Brasil em 2017, ocasionados por eventos adversos graves evitáveis, e 70% eram de causas preveníveis. (COUTO *et al.*, 2018)

Estudo brasileiro em hospitais de ensino apresenta a incidência de pacientes com eventos adversos na ordem de 7,6%, sendo que 66,7% são considerados evitáveis. Neste estudo, a incidência de pacientes com eventos adversos nos três hospitais pesquisados foi semelhante a estudos internacionais. (MENDES *et al.*, 2009)

Outros estudos brasileiros do tema segurança do paciente, demonstram a necessidade urgente de implantação de atitudes e abordagens com envolvimento de todos os envolvidos, desde os órgãos públicos, educadores, além dos profissionais da área da saúde.

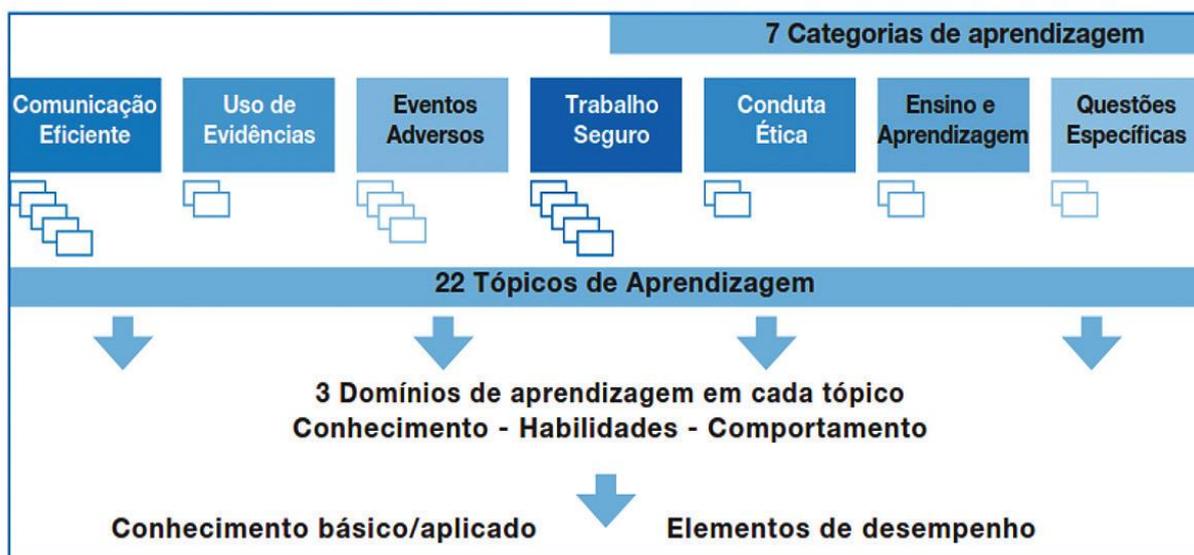
A OMS lançou em 2011 o Guia curricular de segurança do paciente, para auxiliar as escolas a ensinar e formar profissionais preparados. Na mesma linha, o PNSP abordou de forma clara a importância e a necessidade de incluir o tema no ensino técnico e de graduação, na pós-graduação da área de Saúde e na educação permanente. O programa avalia que os estabelecimentos de saúde devem incorporar novas tecnologias em programas de educação permanente (BRASIL, 2014).

3.4. Guia curricular de segurança do paciente da OMS

Muitos anos após o relatório *To Err Is Human*, que foi considerado um marco sobre o tema, vários estudos multinacionais apontam que o abismo entre a qualidade e a segurança do paciente persiste, impulsionado por preparação inadequada de liderança, falhas de sistema, comunicação deficiente e perda de poder da equipe e dos pacientes. (NABILOU; FEIZI; SEYEDIN, 2015).

A Organização Mundial da Saúde, preocupada com a necessidade de que estudantes da área de saúde sejam capacitados para a prestação de uma assistência segura e de qualidade, desenvolveu o Guia Curricular Multiprofissional, para auxiliar o ensino da segurança do paciente nas instituições de ensino da área da saúde. Baseou-se no Guia Curricular para Escolas de Medicina publicado em 2009, onde mais de 50 especialistas internacionais contribuíram para a sua elaboração (WHO, 2016).

O Guia foi baseado sobre dois grandes estudos, o primeiro é o Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente, de 2005, do Conselho Australiano para Segurança e Qualidade em Cuidados a Saúde – Figura 3. O outro, de 2009, é o estudo canadense sobre as competências em segurança do paciente (*The Safety Competencies*), do Instituto Canadense de Segurança do Paciente (*Canadian Patient Safety Institute*). O Marco Australiano, é um modelo simples, que descreve conhecimentos, habilidades e comportamentos que todos os profissionais de saúde devem ter para um atendimento seguro e é dividido em 4 etapas (WHO, 2016).

Figura 3 - Estrutura do marco Australiano

Fonte: WHO, 2016

Em 2003, o Canadá criou o “*Canadian Patient Safety Institute*” (CPSI - Instituto Canadense de Segurança do Paciente), para melhorar a segurança e a qualidade da saúde em resposta às recomendações de um Comitê Nacional Gestor de Segurança do Paciente. Em 2005, o CPSI solicitou a seu Comitê Consultivo de Educação e Desenvolvimento Profissional uma avaliação do ensino da segurança do paciente. Conclui-se que a educação estava quase ausente nas escolas de medicina, enfermagem e farmácia (WALTON *et al.*, 2010).

Posteriormente, em 2009, depois do programa Australiano, o Canadá lançou um programa para educação em segurança do paciente aos profissionais da saúde, baseado em seis domínios para as competências: contribuir para uma cultura de segurança do paciente, trabalhar em equipe, comunicação eficaz, gerenciar os riscos, otimizar fatores humanos e ambientais, reconhecer, responder e divulgar eventos adversos – Figura 4 (CPSI, 2020).

A partir de então, muitos programas de educação profissional e contínuo em todo o Canadá integraram o Quadro de Competências de Segurança (QCS) em currículos da saúde.

Figura 4 - Estrutura do marco Canadense



Fonte: Canadian Patient Safety Institute (CPSI), 2020

Em 2020 publicou uma revisão e atualização: As Competências de Segurança – Melhorar a Segurança do Paciente entre Profissionais da Saúde, onde concluem que o ensino da segurança do paciente deve começar nos primeiros anos da graduação, assim como outros autores (CPSI, 2020).

As publicações em relação à segurança do paciente e a educação médica são poucas. O trabalho de Bohomol *et al.* em 2015, analisou o projeto pedagógico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e concluiu que o tema segurança do paciente ainda era pouco valorizado. Em outro estudo de Bohomol, realizado sobre ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, analisou o projeto pedagógico do curso para verificar o que era ensinado sobre segurança do paciente e propôs reflexões sobre a prática educacional. (BOHOMOL e CUNHA, 2015; BOHOMOL *et al.*, 2016).

A qualidade é uma das inúmeras variáveis do complexo processo de assistência na saúde. A segurança do paciente é um componente da qualidade. É a base sobre o qual o resto das dimensões de qualidade são construídas (COUNCIL, 2015).

Qualidade nos serviços de saúde foi definida pelo Institute of Medicine (IOM), em 1990, como o grau em que os serviços de saúde destinados aos indivíduos e à população aumenta a probabilidade de alcançar resultados de saúde ótimos e comparáveis ao conhecimento atual dos profissionais. Buscar qualidade na assistência ao paciente não é apenas cuidado seguro. O conceito de qualidade do

cuidado vem evoluindo com o tempo. (IOM, 1990; ROMERO, 2018; SOUZA *et al.*, 2020)

Atualmente qualidade pode ser abordada como sinônimo de excelência. O profissional da saúde do século XXI deve procurar desenvolver seu trabalho sob as dimensões técnica, humana e sustentável. É um excelente profissional quando desenvolve seu trabalho com qualidade, portanto deve ser um bom cientista, um bom filósofo e um bom economista (ROMERO, 2018).

A qualidade busca eficiência, performance, enquanto a segurança está orientada a diminuir o evento adverso. O tempo para atendimento numa emergência é uma avaliação de qualidade. Não higienizar as mãos antes de examinar cada paciente é um tema de segurança. Devemos sempre buscar a segurança e a qualidade. A melhoria da qualidade otimiza resultados, evita desperdícios, e a melhoria da segurança reduz os eventos adversos e suas consequências.

4. MÉTODO:

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, analítico, amostragem não probabilística e com abordagem quantitativa tipo survey, na coleta, análise e interpretação dos dados.

4.2. Local do Estudo

Cenários de prática do internato das escolas médicas públicas e privadas da cidade de Curitiba/PR, a saber:

- Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná (pública)
- Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (privada)
- Faculdades Pequeno Príncipe (privada)
- Pontifícia Universidade Católica (privada)
- Universidade Positivo (privada)

4.3. Participantes do Estudo

Os participantes da pesquisa são estudantes do internato médico e seus professores/preceptores em atividade no internato médico.

Critérios de inclusão: ser docente, preceptor ou estudante do internato médico da cidade de Curitiba/PR; ter mais de 18 anos e estar devidamente matriculado no curso de Medicina para os estudantes.

Critérios de exclusão: docentes e preceptores de férias no momento da coleta de dados.

O software G*Power 3.1.9.7 foi utilizado para calcular o tamanho da amostra mínima necessária, para os estudantes e docentes. Com o objetivo de realizar análises entre as variáveis dependentes e variáveis independentes dos docentes e estudantes, com valor de alfa de 5% ($\alpha=0,05$) de significância bicaudal, poder estatístico de 90% para o grupo de estudantes, 80% para os docentes e tamanho de efeito médio (f^2 0.15) em ambos os grupos. A análise revelou uma amostra total de 128 participantes (n=73 estudantes e n=55 docentes).

4.4. Coleta de Dados

Variáveis - Questionário

Os questionários foram organizados com perguntas de respostas simples e de escala *Likert* sobre Segurança do Paciente nas ações do cotidiano do internato.

Abaixo segue uma descrição com as variáveis dos instrumentos utilizados:

Docentes/preceptores – Apêndice 2

Sexo, idade, local e área de internato em que trabalha e percepções sobre segurança do paciente no ensino médico e nos locais de estágio supervisionado.

Internos – Apêndice 3

Sexo, idade e percepções sobre segurança do paciente no ensino médico e nos locais de estágio supervisionado.

A coleta dos dados foi realizada por meio do questionário online (*Google forms*), com as perguntas fechadas e espaço para justificativas. Foram convidados a participar da pesquisa, estudantes do internato (internos), docentes e preceptores do internato médico de Curitiba/Paraná, Brasil. O envio eletrônico do questionário *online* foi realizado pelo aplicativo *WhatsApp*.

4.5. Análise dos Dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples, com cálculos em porcentagens, que foram apresentados em gráficos do programa *Google forms*.

4.6. Aspectos Éticos e Legais

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (CEP-FPP) sob o nº 4.429.293, CAAE nº 39795220.3.0000.5580 e teve como fundamento os preceitos éticos conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi respeitada a dignidade humana, protegendo a identidade dos participantes da pesquisa. O direito ao sigilo foi garantido, ressaltando-se que eles foram informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa e receberam o TCLE online. Após o término da pesquisa, o link foi

desfeito e os dados gerados encontram-se armazenados em arquivo pessoal dos pesquisadores responsáveis e permanecerão por 5 anos, e após serão excluídos.

5. RESULTADOS:

5.1. Discentes

5.1.1. Perfil Sociodemográfico

O questionário foi respondido por 170 estudantes do internato (9º ao 12º período) - 97 estudantes (57,1%) do 5º ano (9ª e 10º períodos) e 73 (42,9%) do 6º ano (11º e 12º períodos) - das cinco instituições de ensino superior (IES) com curso de medicina na cidade de Curitiba. A faixa etária mais frequente foi a de 18 a 25 anos, com 70,6%, seguida da faixa de 26 a 34 anos (26,5%). A maioria dos respondentes era do sexo feminino - 111 (65,3%).

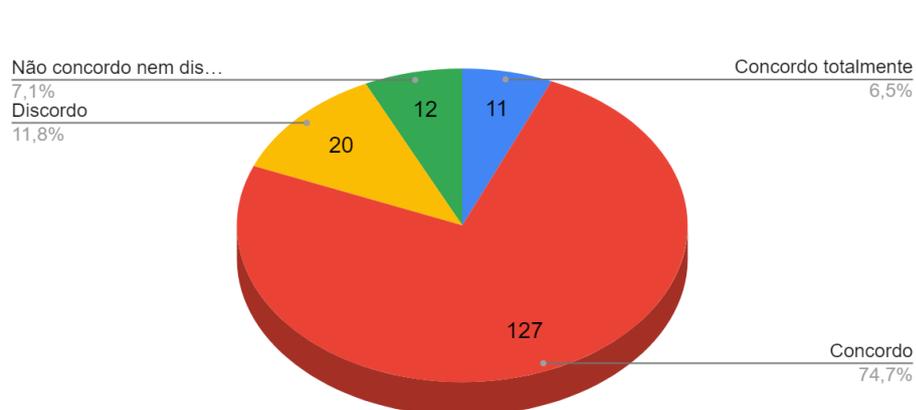
Cerca de 50% dos respondentes era da Universidade Positivo, seguido de 36 (23,4%) das Faculdades Pequeno Príncipe, 31 (13,6%) da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, 10 (6,5%) da Universidade Federal do Paraná e 7 respostas (4,5%) da Universidade Católica do Paraná.

5.1.2. Dimensões sobre Segurança do Paciente

Em relação ao tema segurança do paciente, 123 (72,4%) estudantes responderam ser muito importante na sua formação, 46 (27,1%) responderam ser importante e apenas 1 (0,6%) estudante respondeu ser pouco importante.

Ao serem perguntados se o tema segurança do paciente era abordado em suas faculdades, 138 (81,2%) de 170 estudantes responderam que sim – Figura 5.

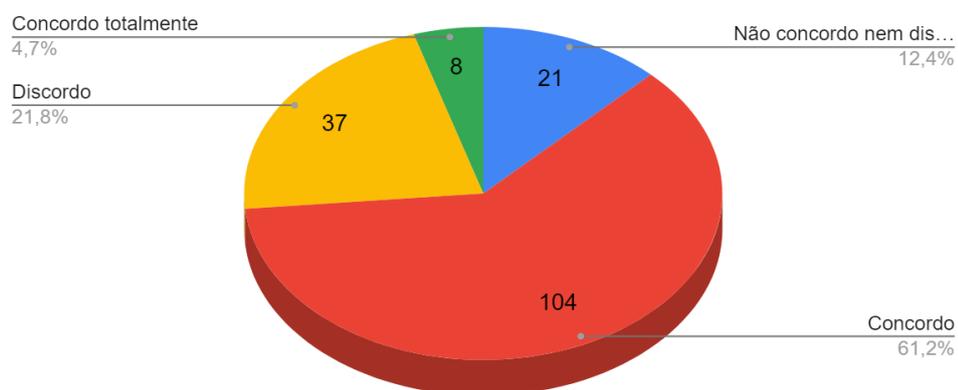
Figura 5 – Distribuição de respostas dos internos quanto à abordagem sobre segurança do paciente durante o curso, n=170, Curitiba/PR, 2021



Fonte: dados da pesquisa (2021).

Dos 170 estudantes respondentes, 112 (65,9%) concordaram que o tema segurança do paciente deveria ser uma disciplina/módulo no curso de medicina – Figura 6.

Figura 6 - Distribuição dos internos quanto a percepção da presença de disciplina/módulo sobre segurança do paciente no curso, n=170, Curitiba/PR, 2021



Fonte: dados da pesquisa (2021).

Em relação a essa pergunta, foi dada a oportunidade de justificativa da resposta e, apenas 55 alunos, justificaram. Dentre os internos que concordaram com a existência de uma disciplina ou módulo de Segurança do Paciente, as justificativas foram organizadas em três blocos:

- DISCIPLINA ESPECÍFICA para deixar o assunto mais claro e objetivo, aprofundar o tema, discutir aspectos éticos e jurídicos, o assunto é pouco abordado.
- NÃO ABORDAGEM NOS ESTÁGIOS e é necessário evitar erros
- PADRONIZAR CONTEÚDO teórico e os programas

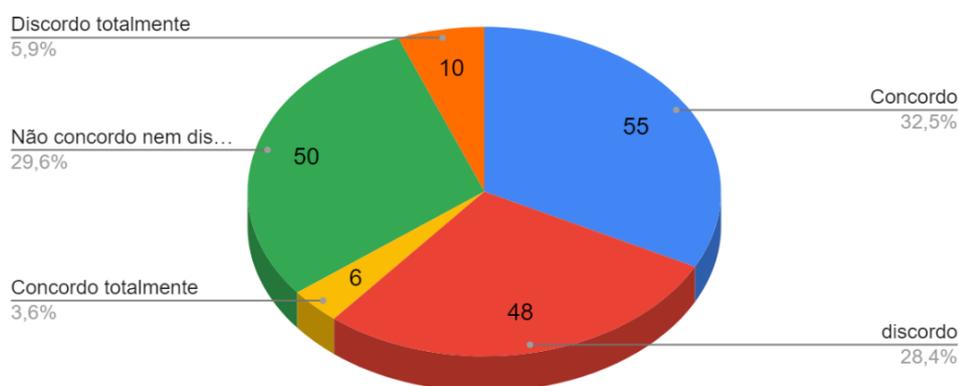
Dentre os internos que discordaram em ter uma disciplina ou módulo de Segurança do Paciente específico no curso, as principais justificativas foram reunidas em uma só: deve-se INTEGRAR aos demais temas em todos os estágios, incluído em todas as disciplinas, com contextualização da segurança do paciente em relação a procedimentos

Vários internos, além da percepção sobre ter ou não uma disciplina específica sobre segurança do paciente, sugeriram metodologias de ensino: (1) Apresentação teórica da Diretriz ou programa; (2) Detalhar o conteúdo específico de segurança do paciente de cada estágio e complementar a prática; (3) Realizar uma introdução geral ao tema, no início de cada estágio e aprofundar a medida que a prática evolua; (4) Adicionar discussão às atividades de habilidades médicas, procedimentos cirúrgicos ou pronto atendimentos.

Foi observado que 124 (72,9%) estudantes concordaram que receberam informações ou treinamentos sobre medidas preventivas de segurança do paciente, 23 (13,5%) não concordaram nem discordaram, e 23 (13,5%) não receberam.

Sobre ter observado excelentes práticas de segurança do paciente, os internos ficaram divididos quase que igualmente, conforme verificado na Figura 7.

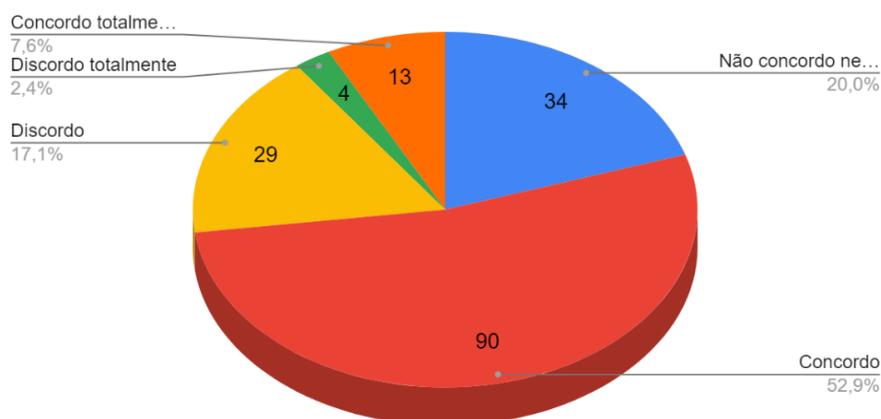
Figura 7 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre a observação de excelentes práticas de segurança do paciente no curso médico, n=170, Curitiba/PR, 2021



Fonte: dados da pesquisa (2021).

Em relação a realização de abordagem e discussão de erros e eventos adversos, a maioria 103 (60,5%) concordou de que é feita, 34 (20%) não concordaram nem discordaram, e 33 (19,5%) não concordaram (Figura 8).

Figura 8 - Distribuição dos internos segundo percepção se a abordagem e a discussão dos eventos adversos e erros são realizadas no internato, n=170, Curitiba/PR, 2021

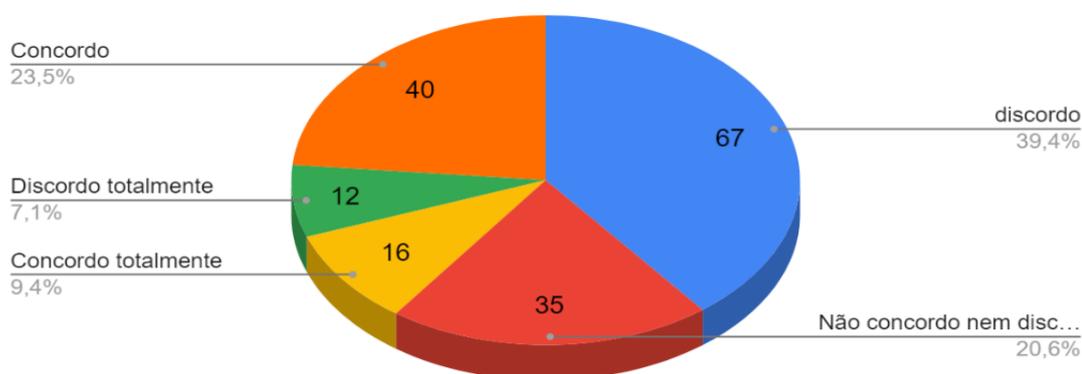


Fonte: dados da pesquisa (2021).

A maioria dos respondentes 89 (57,2%) informou que concorda com a afirmação de que recebeu informações e treinamentos sobre segurança do paciente no início ou durante os seus estágios, 50 (29,5%) discordaram da proposição e 30 (17,8%) participantes não concordaram nem discordaram.

A maioria 79 (46,5%) dos estudantes respondeu que não foi orientada e incentivada pelos docentes a relatar preocupações com a segurança do paciente, 56 (32,9%) estudantes concordaram que foram orientados e 35 (20,6%) não concordaram nem discordaram (Figura 9).

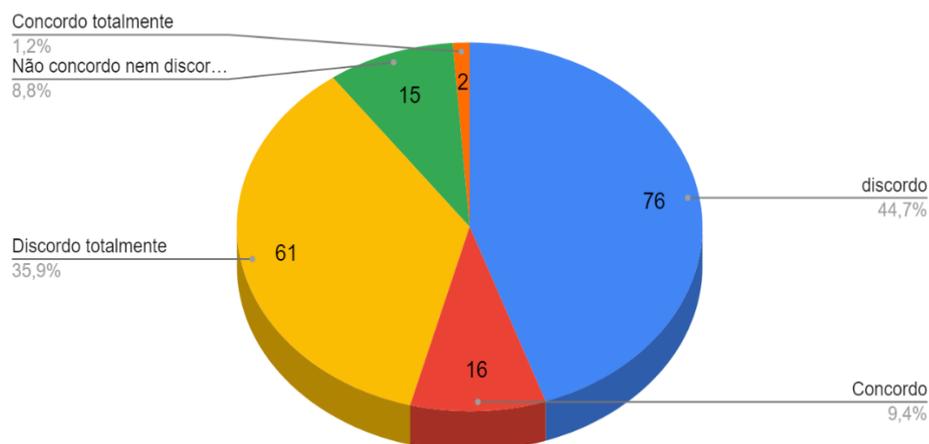
Figura 9 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre serem incentivados a relatar quaisquer preocupações com a segurança do paciente, n=170, Curitiba/PR, 2021



Fonte: dados da pesquisa (2021).

Em relação a afirmação de ter recebido treinamento de como comunicar erros médicos aos pacientes, 137 (80,6%) estudantes discordaram - Figura 10.

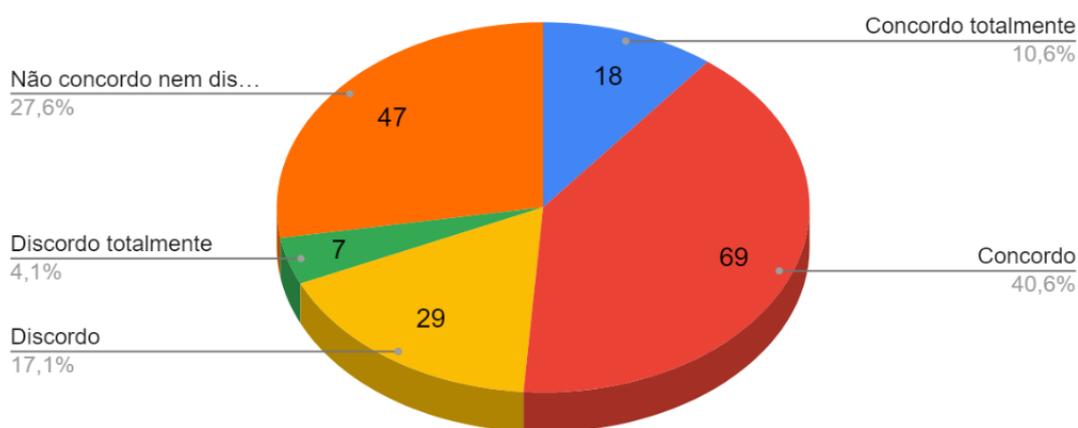
Figura 10 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre ter recebido treinamento sobre como comunicar erros médicos aos pacientes, n=170, Curitiba/PR, 2021



Fonte: dados da pesquisa (2021).

Sobre os ambientes de estágio, cerca da metade dos estudantes (87- 51,2%) sente segurança em ser tratada nestes locais e apenas 21,2% discordaram, conforme demonstrado na Figura 11.

Figura 11 - Distribuição dos internos segundo percepção sobre se sentir seguro nos ambientes que realiza estágio, n=170, Curitiba/PR, 2021

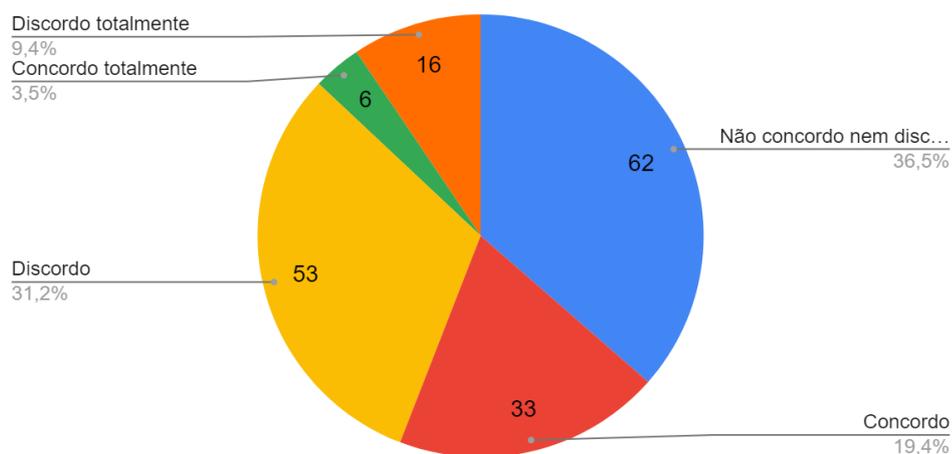


Fonte: dados da pesquisa (2021).

Em relação a pergunta sobre ter contato com os núcleos de segurança do paciente em seus ambientes de aprendizado durante a faculdade de medicina, a maioria dos internos (114 - 67,55%) respondeu que não e 25 (14,8%) que desconhecia. Apenas 30 (17,8%) internos responderam que sim.

Foi perguntado se os internos concordavam com a afirmação: Você percebe uma preocupação com a segurança do paciente quando em contato com estudantes de outras faculdades? A maioria foi indiferente - 62 (36,5%) e 53 (31,2%) discordaram, conforme Figura 12.

Figura 12 - Distribuição dos internos segundo a percepção de existir a cultura do paciente ao conversar com colegas de outras escolas médicas, n=170, Curitiba/PR, 2021



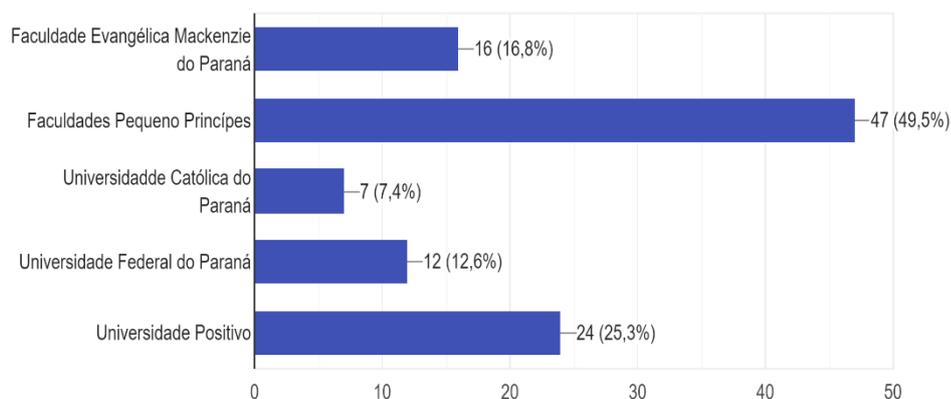
Fonte: dados da pesquisa (2021).

5.2 Docentes e preceptores

5.2.1. Perfil Sociodemográfico

Um outro questionário foi enviado para docentes e preceptores dos internatos desses mesmos cursos de medicina de Curitiba/PR e obteve 96 respostas, com distribuição demonstrada na Figura 13.

Figura 13 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo faculdade de medicina, n=95*, Curitiba/PR, 2021

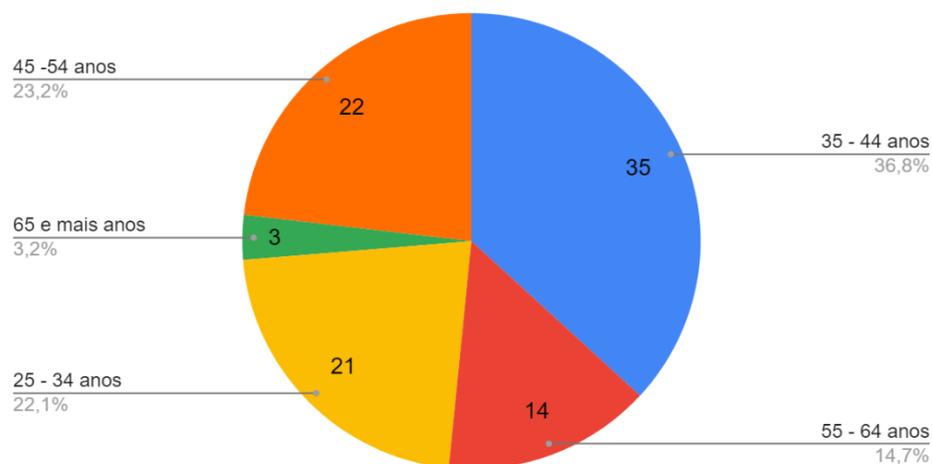


* há docentes/preceptores vinculados a mais de um curso de medicina

Fonte: dados da pesquisa (2021).

A maioria dos docentes/ preceptores era do sexo feminino - 56 (59%) e a faixa etária predominante foi a de 35 a 44 anos com 35 (36,8%) participantes – Figura 14.

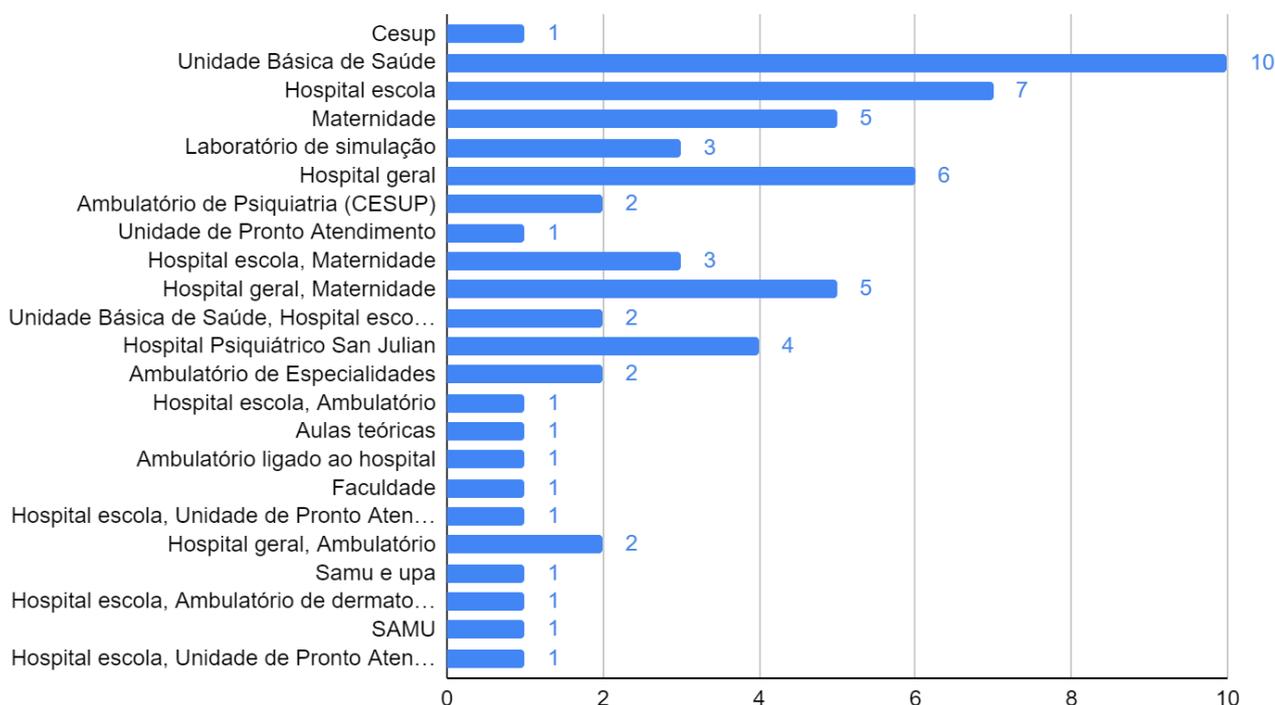
Figura 14 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo faixa etária, n=95, Curitiba/PR, 2021



Fonte: dados da pesquisa (2021).

Além da distribuição dos docentes segundo a instituição de ensino superior do curso de medicina, foi questionado o cenário de prática, sendo o mais frequentemente citado, a maternidade – 17 (27,4%) - Figura 15.

Figura 15 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo local de trabalho, n=62*, Curitiba/PR, 2021

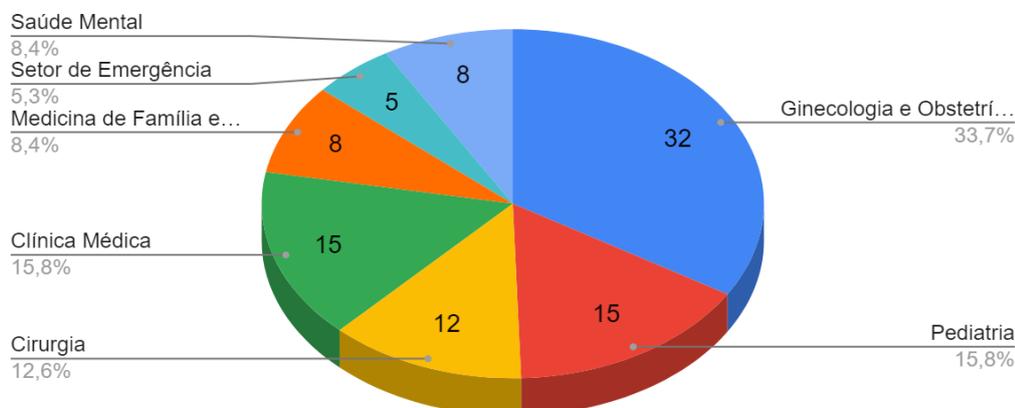


* há docentes/preceptores vinculados a mais de um local de trabalho.

Fonte: dados da pesquisa (2021).

A distribuição segundo a área de ensino de cada docente/preceptor é apresentada na Figura 16, onde a área com maior número de respostas foi a Ginecologia e Obstetrícia com 32 (33,7%) participantes.

Figura 16 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo área de ensino, n=95, Curitiba/PR, 2021



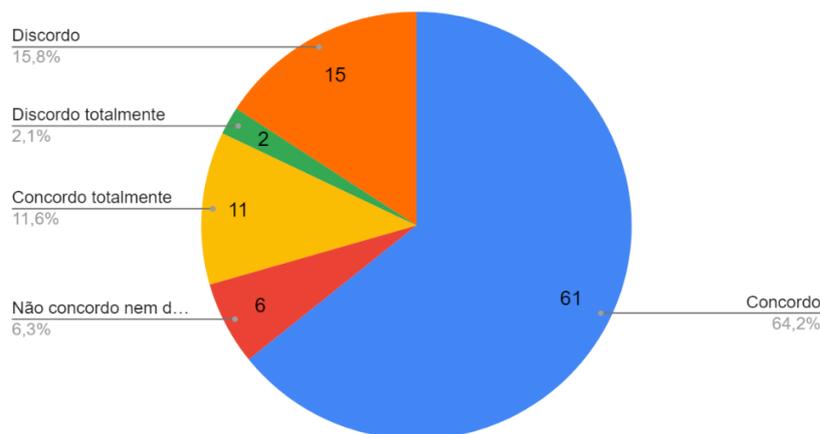
Fonte: dados da pesquisa (2021).

5.2.2. Dimensões sobre Segurança do Paciente

Quando questionados se havia núcleo de segurança do paciente em sua unidade/hospital, 47 (49,5%) docentes/preceptores responderam que sim, 17 (17,9%) que não e 31 (32,6%) responderam desconhecer.

A maioria dos docentes/preceptores - 88 (92,6%) respondeu que o tema segurança do paciente é importante ou muito importante, cinco (5,3%) responderam ser indiferente e dois (2,1%), pouco importante. Sobre forma de inserção no currículo, 61 (64,2%) dos docentes/preceptores concordaram que a segurança do paciente deveria ser uma disciplina ou módulo no curso de medicina e 17 (17,9%) discordaram – Figura 17.

Figura 17 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo percepção sobre segurança do paciente ser uma disciplina do curso, n=95, Curitiba/PR, 2021



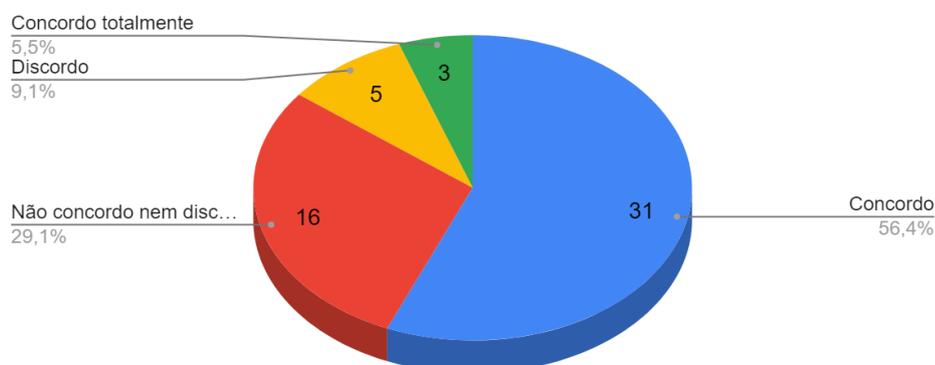
Fonte: dados da pesquisa (2021).

Por problemas no software, houve perda de dados e os próximos resultados são referentes às respostas de 55 docentes/preceptores participantes da pesquisa.

Quando perguntado aos docentes se fazem algo para melhorar a segurança do paciente, 33 (60%) concordaram que sim, 13 (23,6%) nem concordaram nem discordaram e 9 (16,4%) discordaram.

A maioria (61,9%) dos docentes concordou que as sugestões dos profissionais da saúde são consideradas para melhoria da segurança do paciente nas suas áreas / unidades de trabalho – Figura 18.

Figura 18 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo percepção sobre sugestões de profissionais de saúde serem consideradas para melhoria da segurança do paciente, n=95, Curitiba/PR, 2021

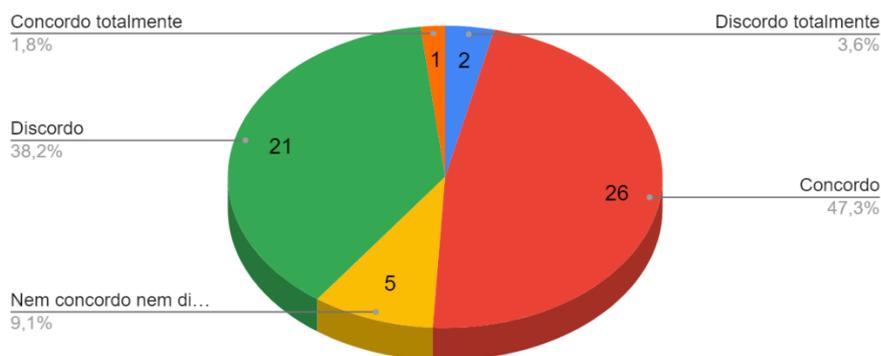


Fonte: dados da pesquisa (2021).

Sobre serem informados sobre a ocorrência de eventos adversos/erros que acontecem em suas unidades, 43,7% concordaram que sim, 40% discordaram e 16,4% não concordam nem discordam.

A Figura 19 apresenta percepção de docentes/preceptores sobre haver adequação dos procedimentos e sistemas utilizados para prevenir erros, onde 49,1% concordaram que os procedimentos são adequados, mas 41,8% discordaram.

Figura 19 - Distribuição dos docentes/preceptores do internato segundo percepção sobre procedimentos e sistemas no serviço serem adequados para prevenir ocorrências de erros, n=95, Curitiba/PR, 2021



Fonte: dados da pesquisa (2021).

A maioria dos respondentes, 65,5%, concordou com a afirmação de que a prevenção de erros entre profissionais e discentes é discutida e 25,4%, não concordaram.

A percepção dos docentes sobre a segurança do paciente em sua área/unidade de trabalho no hospital foi excelente para apenas 3,6% dos participantes, muito boa para 40%, regular para 52,7%, e ruim para 3,6%.

Cerca da metade dos docentes (50,9%) respondeu que não há atividades relacionadas à segurança do paciente na sua instituição de ensino superior (IES), 25% informaram ter atividades e 23,6 desconhecem.

Foram apresentadas aos respondentes alternativas de atividades para abordar segurança do paciente com os estudantes, onde poderiam escolher mais de uma opção. Por ordem de frequência as escolhidas foram: treinamento em

comunicação em geral (65%), reunião em equipe (65,5%), trabalho em equipe (60%), treinamento de como dar notícias difíceis (47,3%), *role-play*, onde o aluno convidado para atuar em determinado contexto interpreta papéis específicos (27,3%), simulação de ressuscitação (21,8%), análise de filmagens para detecção de erros (14,5%) e dispensação de medicação através da leitura de código de barras em pulseiras identificadoras (12,7%).

E por último, foi perguntado se haviam abordado algum tema relacionado a segurança do paciente no internato, 65,5% responderam que sim, 29,1% não, 5,5% responderam que não é sua área de ensino. Não foi escolhida por nenhum docente/preceptor a alternativa onde dizia que deveria ter um docente responsável pelo tema na disciplina/ módulo.

6. DISCUSSÃO

Esse estudo encontrou dados demográficos para estudantes, com predomínio do sexo feminino (65,3%) e da faixa etária de 18 a 25 anos (70,6%). Cauduro *et al.*, em 2016, na universidade Federal de Santa Maria/RS, descreveram a percepção de 638 estudantes da área da saúde sobre segurança do paciente, sendo 167 (26,2%) da medicina, com predomínio do sexo feminino (56,9%) e faixa etária entre 18 e 22 anos (56,91%). Nabilou *et al.* (2015) encontraram predomínio feminino (61,9%) em estudo semelhante que abordou a percepção sobre segurança do paciente, entre estudantes de medicina e enfermagem, realizado no Irã, em 2015 (CAUDURO *et al.*, 2017; NABILOU; FEIZI; SEYEDIN, 2015).

Nesse estudo, entre os docentes/preceptores, os dados de predomínio feminino se repetem (59%), com predomínio na faixa etária entre 35 e 44 anos (36,8%). O predomínio da mulher nas escolas reflete tendência na maior participação da mulher no mercado de trabalho. Em estudo epidemiológico realizado no Brasil, em 2013, chamado “A feminização da medicina do Brasil”, os autores observaram que os homens ainda predominam (60,1%), mas no grupo com 29 anos ou menos as mulheres já eram a maioria (SCHEFFER; CASSENTE, 2013).

A Demografia Médica no Brasil, publicação do Conselho Federal de Medicina conjunta a Universidade de São Paulo (USP) de 2020, observou que a medicina está mais feminina. Em 1990 as mulheres representavam 30,8% dos médicos e, em 2015 já eram 42,5%. E em 2020, 46,6% da população de médicos. Nos grupos mais jovens já são a maioria em 2020. Representam 58,5% entre os médicos até 29 anos e, 55 % na faixa etária de 30 a 34 anos. Nesta demografia médica, no estado do Paraná, 43% eram mulheres. (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Gasparino *et al.* (2017) estudaram a percepção da segurança do paciente em 235 profissionais de enfermagem de um hospital privado e um público, da região de Campinas, em 2015, onde observaram médias superiores na instituição privada comparadas às médias da pública, nos domínios da segurança do paciente. Apesar desta diferença, o domínio dos profissionais foi considerado insatisfatório em ambas as instituições. Nesse estudo atual, nas escolas médicas (EM) do Paraná, apesar do predomínio de EM privadas (4:1), os cenários de prática, em sua maioria, eram públicos e, considerando os cenários assistenciais, hospitais e Unidades Básicas de Saúde, 100% públicos.

Na área de saúde mental, o tema da segurança do paciente torna-se ainda mais complexo, com aumento das taxas de danos mecânicos, químicos e fugas. Alves *et al.* em 2020 buscaram avaliar a percepção dos profissionais da Saúde Mental de Curitiba. Encontraram uma equipe com pouco e limitado conhecimento teórico. O ambiente de saúde mental, muitas vezes envolve enfermarias lotadas, presença de ruídos e odores, o que se refere a condições insalubres. Estes achados destacaram a necessidade de implantar estratégias para ensinar, discutir e prevenir eventos adversos, priorizando não apenas a segurança do paciente, mas também dos profissionais de saúde (ALVES *et al.*, 2020).

Em relação a importância do tema, nesse estudo, destaca-se que cinco (5,1%) docentes responderam ser indiferentes e dois (2,1%) não acham o tema importante no ensino médico. Embora o número seja pequeno, devemos tentar compreender o motivo das respostas, uma vez que o tema tem relevância global, sendo motivo de campanhas globais de estímulo a implantação de mecanismos de prevenção de eventos adversos, pois podem acarretar repercussões graves na assistência à saúde. Instituições que possuem programas de segurança do paciente bem estabelecidos, reduzem os riscos de danos consequentes a processos assistenciais e reforçam o entendimento da necessidade da revisão curricular, para se contemplar uma abordagem interdisciplinar (GASPARINO *et al.*, 2017).

O tema segurança do paciente não pertence a uma única disciplina ou módulo, segundo internos e docentes das escolas médicas de Curitiba/PR, esse estudo demonstrou que a percepção tanto de internos quanto de docentes é de que a segurança do paciente deveria ser direcionada para uma disciplina, mas pela sua importância e abrangência o conteúdo de segurança do paciente tem impacto em todas as áreas da medicina e desta forma, deveria ser discutida em todos os estágios do internato, segundo estes resultados.

Muitos internos apontaram metodologias para implementação do processo ensino-aprendizagem em segurança do paciente, o que poderia modificar a necessidade de organização de uma disciplina, mas sim organizar a metodologia de ensino. No Japão, após dois incidentes médicos graves de repercussão nacional, houve o despertar da importância do tema. Maeda *et. al.*, em 2012, realizaram pesquisa nacional das escolas médicas japonesas em que 98% dos entrevistados relataram haver a integração da segurança do paciente em seus currículos das escolas médicas. Na atual pesquisa, em Curitiba/PR, 81,2% dos internos

responderam que são abordadas questões sobre segurança do paciente no currículo médico e 72,9% informaram que receberam treinamentos e informações sobre segurança do paciente. (MAEDA; KAMISHIRAKI; STARKEY, 2012).

Há várias técnicas utilizadas para o ensino de segurança do paciente no Japão, as palestras foram as mais utilizadas, e também dramatização, seguida de simulações, treinamento prático em hospital e apresentações de pesquisa. Os docentes desse estudo sugeriram algumas atividades para abordagem da segurança do paciente e as mais citadas foram treinamentos em comunicação, reuniões de equipe e trabalhos em equipe. Diferente do estudo japonês, as palestras não foram apontadas como o modelo mais utilizado pelos docentes, mas muitos internos sugeriram a apresentação do conteúdo teórico no início de cada estágio, como estratégia de ensino para ressaltar a importância deste conteúdo, assim como homogeneizar condutas (MAEDA; KAMISHIRAKI; STARKEY, 2012).

Mesmo sendo um desafio introduzir qualquer conteúdo em um currículo, pois também envolve disputas políticas e de poder sobre a cátedra, a despeito de haver Diretrizes Curriculares Nacionais para medicina, desde 2001, o tema e as atividades relacionadas à segurança do paciente devem ser incluídos na rotina do internato médico como um complemento às atividades diárias. Várias escolas inglesas, que já implantaram a segurança do paciente em seus currículos, em revisão e avaliação permanente para deixar mais explícito o seu cuidado com a segurança do paciente. (COUNCIL, 2015).

O uso da informática na educação e na saúde desenvolveu novas formas de ensinar e aprender, que são reconhecidas como fundamentais no dia a dia. Portanto, devem ser integradas como conteúdo didático pedagógico na discussão sobre segurança do paciente, conforme experiência internacional e as sugestões de docentes e internos nesse estudo.

O *General Medical Council* (GMC), realizou uma pesquisa eletrônica realizada durante uma conferência do GMC, na Inglaterra, em que foram abordados temas da segurança do paciente. Os participantes educadores tiveram dificuldade, inicialmente, na implantação da disciplina e destacaram como causas a falta de cultura de segurança e de capacitação de ensino. Uma das orientações do GMC para as escolas foi incluir o tema nas suas provas de seleção para a graduação médica (COUNCIL, 2015).

Em outro trabalho realizado na Coréia do Sul por Lee *et al.* em 2018, as percepções dos estudantes de medicina sobre a segurança do paciente apontaram que 82% dos alunos tiveram dificuldades em falar sobre erros médicos por não terem sido treinados na comunicação de eventos adversos ou erros, resultado similar ao presente estudo, onde 80,6% dos internos de Curitiba informaram não terem recebido treinamento sobre este tipo de comunicação com os pacientes. No mesmo caminho, 40,2 % dos estudantes coreanos relataram facilidades para solucionar dúvidas e, com resultado semelhante, apenas 32,9% dos internos das escolas médicas de Curitiba concordaram que foram incentivados a relatar quaisquer preocupações que pudessem ter sobre segurança do paciente. (LEE; HAHM; LEE, 2018).

Ainda no estudo coreano, apenas 44,8% dos estudantes de medicina coreanos sabiam onde buscar respostas a problemas relacionados à segurança do paciente, enquanto que nesse estudo em Curitiba/PR, apenas 17,8% dos internos relataram conhecer o núcleo de segurança do paciente de seu local de ensino. Sobre observação de excelentes práticas de segurança do paciente, 68% dos estudantes coreanos responderam favoravelmente, contra 36,1% dos internos deste estudo, ou seja, praticamente a metade. Sobre o estudante sentir-se seguro em ser tratado como paciente nos próprios locais de estágio, 49,5% dos coreanos responderam que sim, e um resultado similar de 51,2% encontrado no presente estudo curitibano (LEE; HAHM; LEE, 2018).

É preciso destacar que a maioria das universidades ainda não dispõe de professores capacitados em segurança do paciente. Apenas 49,5% dos docentes/preceptores, desse presente estudo, informaram conhecer o Núcleo de Segurança do Paciente de sua unidade de saúde. O corpo docente precisa se preparar para que o tema seja incorporado ao currículo. Professores e profissionais de saúde, cuja prática está diretamente relacionada ao trato com pacientes, têm debatido, tanto no Brasil como no contexto internacional, sobre a formação desses futuros profissionais e seu preparo para atuação segura no cotidiano da assistência ao paciente (SANTOS *et al.*, 2020; COUNCIL, 2015).

Em um estudo de revisão bibliométrico brasileiro observou-se que a produção científica brasileira sobre segurança do paciente é escassa, embora novos interesses em inovação curricular estejam crescendo. E ainda, são necessários mais estudos que envolvam trabalho em equipe, entender e aprender com os erros, envolvimento

do paciente em sua própria assistência e manejo de riscos. (GONÇALVES; SIQUEIRA; CALIRI, 2017).

O desenvolvimento docente é necessário para que os docentes possam ensinar e orientar estudantes. Van Schaik *et al.* detectaram a escassez de professores que poderiam ensinar Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (MQSP) na Escola de Medicina da Universidade da Califórnia, São Francisco (UCSF), e elaboraram um programa para participar do programa Te4Q, utilizando uma abordagem baseada em equipe, com foco em um pequeno número de projetos educacionais que visavam principalmente o desenvolvimento do corpo docente. Nesse estudo curitibano, apesar de não terem recebido treinamento específicos sobre o tema segurança do paciente em programas de desenvolvimento docente, 60% dos docentes/preceptores responderam que realizam atividades para melhorar a segurança do paciente em suas unidades de trabalho (VAN SCHAİK, 2019).

Para atender à necessidade urgente de melhorar o treinamento MQSP para alunos, bem como resultados e experiências para pacientes e suas famílias, o “*Royal College of Physicians e Surgeons of Canada*” (RCPSC), em 2016, organizou uma conferência chamada Construindo a Ponte para a Qualidade (“*Building the Bridge to Quality*”). O objetivo foi reunir líderes, educadores, médicos, alunos e pacientes para criar uma lista de estratégias viáveis que indivíduos e organizações pudessem usar para MQSP (WONG *et al.*, 2020).

Os professores e preceptores dos cursos da área da saúde e, em especial os responsáveis por cenários de prática assistenciais, necessitam ser capacitados para promover o desenvolvimento destas novas habilidades nos estudantes. Várias iniciativas mundiais, como o Guia de Curricular Ensino Multiprofissional da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde (MS) auxiliam as escolas e fornecem subsídios na criação de novos currículos. (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Um sistema de ensino aprendizagem preocupado com qualidade e segurança na assistência à saúde deve ser aquele em que a ciência, novas tecnologias, novos tratamentos e intervenções devem ser incorporados no atendimento, quando a medicina baseada em evidências demonstrar sua eficácia.

Uma limitação do estudo trata do fato de que internos, docentes e preceptores vivenciaram a pandemia Covid-19, no período da coleta de dados, em que a abordagens

de segurança do paciente foi marcante, evidenciada pela divulgação e exigência de higienização das mãos e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

7. CONCLUSÃO

O estudo destaca alguns pontos que poderão auxiliar em intervenções para organização de programas eficientes na Segurança do Paciente tanto nas escolas médicas, como nos processos de integração ensino-serviço, com maior aproximação entre os responsáveis pelo currículo médico e os núcleos de qualidade e/ou de Segurança do Paciente nos serviços:

- Há insegurança, por parte dos internos, em abordar o tema com os profissionais de saúde, assim como se sentem despreparados para comunicar eventos adversos e erros a pacientes e familiares.

- Os internos não se sentem seguros, em serem atendidos nos próprios ambientes em que realizam o estágio. Da mesma forma, metade dos docentes/preceptores apontaram que os procedimentos e sistemas de prevenção de erros nos seus ambientes de trabalho não são adequados.

- Há grande desconhecimento, tanto de internos, como de docentes/preceptores sobre os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos ambientes de trabalho, sugerindo que os núcleos estão distantes dos grupos de estudantes e professores/preceptores.

Sobre o conhecimento dos professores/preceptores e internos sobre o tema, constatou-se ser pouco e superficial, porém reconhecem a importância do tema, a necessidade do aprendizado na formação médica e sugeriram formas de inclusão desta temática:

- ter processos de ensino-aprendizagem e de avaliação sobre temas específicos em Segurança do Paciente ao longo do curso médico; e

- organizar estratégias de ensino-aprendizagem que respondam às necessidades apontadas pelos internos: momentos teóricos para clareza dos objetivos e do que se quer alcançar, no início de cada estágio e, discussão com exemplos, durante o cotidiano dos estágios do internato;

Como recomendações, os resultados desse estudo podem estimular instituições de ensino superior a incorporar a segurança do paciente em seus currículos, e formar médicos mais preparados para uma assistência segura e de qualidade, em consonância com a tendência global. Ao avaliar a percepção dos docentes e discentes do internato das escolas médicas curitibanas sobre a segurança

do paciente, buscou-se auxiliar na organização de programas de ensino adequados a nossa realidade nesta área, com as seguintes recomendações:

- No internato, destacar temas de segurança do paciente, por área e apresentá-los em conteúdo teórico no início de cada estágio e desenvolver habilidades e atitudes relacionadas à segurança do paciente, ao longo do estágio;

- Capacitação Docente no tema Segurança do Paciente e interprofissionalidade, incluindo estes temas nos Programas de Desenvolvimento Docente.

- Maior aproximação entre os núcleos de segurança do paciente, estudantes e profissionais de saúde, estimulando-os a interagir, para juntos desenvolverem planos e metas de práticas seguras e prevenção contra eventos adversos.

REFERÊNCIAS:

ALVES, L. L.G. *et al.* Perception of the Multiprofessional Team on Patient Safety in Mental Health Care Service. **International Journal of Development Research**, v.10, n. 8, p. 39295-39301, August, 2020.

ALVES, M; MELO, C. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-9, 2019.

ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161–172, 2018.

BOHOMOL, E.; CUNHA, I. C. Ensino sobre segurança do paciente no curso de medicina da Universidade Federal de São Paulo. **Einstein (São Paulo)**, v. 13 n. 1: p. 7-13, 2015.

BOHOMOL, E; FREITAS, M. A. de O; CUNHA, I. C. K. O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 727-741, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, 2017a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Saúde**. Brasília, 2017b.

BUENO, A.; FASSARELLA, C. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. v. 6, n. 1, p. 1–9, 2012.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI) . The Safety Competencies: The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. 2nd Edition. Edmonton, Alberta; 2020. Disponível em: https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/CPSI-SafetyCompetencies_EN_Digital.pdf
Acesso em: 18 jan. 2021.

CATALANO K. JCAHO'S National Patient Safety Goals 2006. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v. 21, n. 1, p :6-11, 2006.

CAUDURO, G. M. R. *et al.* Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. e64818, 6 jul. 2017.

COHEN, M. *et al.* A handoff is not a telegram: an understanding of the patient is co-constructed. **Critical Care**, v. 16, n. 1, p. 1-6, 2012.

COUNCIL, G. M. First, do no harm Enhancing patient safety teaching in undergraduate medical education. 2015. Disponível em: https://www.gmcuk.org//media/documents/First_do_no_harm_patient_safety_in_undergrad_education_FINAL.pdf_62483215.pdf. Acesso em: 18 jan. 2021.

COUTO *et al.* **2º Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil**. 2018. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar/IESS e Instituto de Pesquisa Feluma/FCM-MG. Disponível em: https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=947&id_tipo=22. Acesso em 15 fev. 2021.

CRICO Strategies. Malpractice Risks in Communication Failures 2015: Annual Benchmarking Report. Boston: **Crico Strategies**, p. 24, 2016. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/malpractice-risks-communication-failures-2015-annual-benchmarking-report> Acesso 15 jan. 2021.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115–1118, 1990.

FERMO, V. C. *et al.* Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p. e55716, 1 mar. 2016.

GALLOTTI, R. M. D. Adverse events -- or is it normal? **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 50, n. 2, p. 114, 2004.

GASPARINO, R. C. *et al.* Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. **Revista gaúcha de enfermagem**., v. 38, n. 3, p. e68240, 1 jan. 2017.

GONÇALVES, N.; SIQUEIRA, L. D. C.; CALIRI, M.H. L. Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação: um estudo bibliométrico. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 15460, 2017.

HAIG, K. M.; SUTTON, S.; WHITTINGTON, J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *The joint commission journal on quality and patient safety*, v. 32, n. 3, p. 167-175, 2006.

HALLIGAN M.; ZECEVIC A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**, v. 20, p. 338-43, 2011.

HAYNES, A. B. *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **New England Journal of medicine**, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). DIVISION OF HEALTH CARE SERVICES. **Medicare: a strategy for quality assurance, volume ii: sources and methods**. National Academy Press, 1990.

KELLER, C. *et al.* Patient safety ward round checklist via an electronic app: implications for harm prevention. **Irish Journal of Medical Science**, v. 187, n. 3, p. 553-559, 2017.

KIESEWETTER, I. *et al.* Undergraduate medical students' behavioural intentions towards medical errors and how to handle them: A qualitative vignette study. **BMJ Open**, v. 8, n. 3, 1 mar. 2018.

KOHN, Linda T. *et al.* Institute of Medicine. **To err is human: building a safer health system**. 2000.

LEE, H. Y.; HAHM, M. IL; LEE, S. G. Undergraduate medical students' perceptions and intentions regarding patient safety during clinical clerkship. **BMC Medical Education**, v. 18, n. 1, p. 1–7, 4 abr. 2018.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. suppl 1, p. i85-i90, 2004.

LI, L. *et al.* Knowledge, skills, and attitudes of medical students to patient safety: a cross-sectional pilot investigation in China. **Journal of evidence-based medicine**, v. 5, n. 3, p. 124-133, 2012.

MAEDA, S.; KAMISHIRAKI, E.; STARKEY, J. Patient safety education at Japanese medical schools: Results of a nationwide survey. **BMC Research Notes**. v. 5, n. 226, may. 2012.

MAIA, C. S. *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, p. e2017320, 11 maio 2018.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Internationa Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279–284, 2009.

MERTEN, H. *et al.* Safe handover. **British Medical Journal**, v. 359, p. j4328, oct. 2017.

MÜLLER, M. *et al.* Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **British Medical Journal open**, v. 8, n.8, p. 22202, 2018.

NABILOU, B.; FEIZI, A.; SEYEDIN, H. Patient safety in medical education: Students' perceptions, knowledge and attitudes. **Plos One**, v. 10, n. 8, p. e0135610, ago. 2015.

NASCIMENTO, J.; DRAGANOV, P. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem revista eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015.

OLIVEIRA, R. *et al.* Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

PROQUALIS. Taxonomia - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP). Rio de Janeiro: **Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict / Fiocruz)**, 2010. 35 slides, color. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>. Acesso em: 18 fev. 2021.

PROQUALIS. **Centro Colaborador para a Qualidade e Segurança do Paciente**. 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sobre-o-proqualis>. Acesso em: 16 nov. 2020.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: Etapa inicial. **Caderno Saúde Pública**, v.28, n.11, p. 2199-2210, nov. 2012.

ROMERO, M. P. *et al.* A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 333-342, 2018.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: Key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18–26, 2009.

SANTOS, V. H. *et al.* Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. **Interface (Botucatu)**, v. 24, p. e190572, 2020.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 268–277, 2013.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index10/?numero=23&edicao=5058>. Acesso 15 jan. 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2 ed. Editora: Fiocruz, 2019. 268p.

SOUZA, M. M. *et al.* Communication between pre-hospital and intra-hospital emergency medical services: literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 6, p. e20190817, 2020.

THOMASSEN *et al.* The effects of safety checklists in medicine: A systematic review. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 58, n.1, p. 5-18, jan. 2014.

TRUOG, R. D. *et al.* Talking with patients and families about medical error: a guide for education and practice. [s.l.] **The Johns Hopkins Univeristy Press**, 2011.

VAN SCHAIK, S. M. *et al.* Jump-starting faculty development in quality improvement and patient safety education: a team-based approach. **Academic Medicine**, v. 94, n. 11, p. 1728-1732, 2019.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Amgh, 2010.

WALTON, M. *et al.* The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 542–546, 1 dez. 2010.

WONG, B. M. *et al.* Building the Bridge to Quality: An Urgent Call to Integrate Quality Improvement and Patient Safety Education With Clinical Care. **Academic Medicine**, v. 95, n. 1, p. 59–68, 1 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety Solutions Preamble**. 2007. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/topics/solutions/en/>. Acesso 18 fev. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report**. 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1 Acesso 15 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. 2016. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/ Acesso 10 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guia de Implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros**. WHO, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199177/5/9789248549458-por.pdf>. Acesso 18 jan. 2021

APÊNDICES

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Título da pesquisa: PERCEPÇÃO DE DISCENTES E DOCENTES DO INTERNATO MÉDICO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO MÉDICA

Pesquisadores: Carlos Alberto Anjos Mansur e Rosana Alves

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado PERCEPÇÃO DE DISCENTES E DOCENTES DO INTERNATO MÉDICO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO MÉDICA, cujos objetivos e justificativas são: Analisar o entendimento de docentes e discentes sobre o ensino de segurança do paciente durante internato médico, pois este é um desafio a ser perseguido pelas instituições de ensino superior, envolvendo gestores, docentes e discentes, bem como articular com gestores e profissionais dos serviços de saúde.

Sua participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário online, com marcação de “x”, escolha de números e respostas curtas.

A pesquisa realizada apresenta alguns benefícios, tais como: fornecer informações para ajudar os gestores de instituição de ensino superior na melhoria do ensino médico, assim como melhorias no atendimento e segurança da população.

A pesquisa poderá apresentar risco mínimo, com algum desconforto pela duração de preenchimento do questionário, estimado em 10 minutos.

Sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo.

Poderá recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa não sofrerá qualquer prejuízo à formação ou na atuação como docente.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Carlos Alberto Anjos Mansur e Rosana Alves e com os quais poderá manter contato pelo telefone (41 99919-1111 ou e-mail carlosmansur1@hotmail).

Além disso, se necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (CEP/FPP) através do telefone

3310-1504 ou e-mail comite-etica@fpp.edu.br. O CEP/FPP está localizado na Av. Iguçu, 333 - Bloco 3. Trata-se de uma comissão constituída por membros de várias áreas do conhecimento e duas representantes dos usuários, que tem por finalidade a avaliação da pesquisa com seres humanos em nossa Instituição, em conformidade com a legislação brasileira regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifeste seu consentimento em participar. Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Caso haja algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado nas formas da lei.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer n°: 4.429.293, cujo contato poderá ser realizado pelo telefone 3310-1504.

Sim, li e foi me esclarecido todos os termos acima. Além disso, estou recebendo uma via deste termo assinado pelo pesquisador.

Nome: _____ RG: _____

Curitiba, de 2020.

(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa, representante legal ou assistente legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de acordo resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

(Carlos Alberto Anjos Mansur)

Apêndice 2**QUESTIONÁRIO PARA DOCENTES****1. Qual o seu sexo?**

() Masculino () Feminino () prefiro não declarar

2. Qual a faixa etária que você está?

() 25 - 34 anos

() 35 - 44 anos

() 45 -54 anos

() 55 - 64 anos

() 65 e mais anos

3. Em qual local de trabalho você atua como docente no internato?

(Pode selecionar mais de uma resposta)

() Unidade Básica de Saúde

() Hospital geral

() Hospital escola

() Unidade de Pronto Atendimento

() Unidade de Terapia Intensiva

() Maternidade

() Laboratório de simulação

() Outros (especificar): _____

4. Qual é a sua principal área de ensino no internato? Selecione UMA resposta.

() Clínica Médica

() Cirurgia

() Ginecologia e Obstetrícia

() Pediatria

() Setor de Emergência

() Medicina de Família e Comunidade

() Saúde Mental

5. No seu local de docência/estágio há um núcleo de segurança do paciente responsável pela unidade/hospital?

() sim , qual? _____

() não

() desconheço

6. Qual importância você dá ao tema segurança do paciente na sua docência?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sem importância nenhuma	Pouco importante	Neutro (indiferente)	Importante	Muito importante

7. Você acha que a segurança do paciente deveria ser uma disciplina/módulo no curso de medicina?

() sim () não

Por que?

Pense na sua área/unidade de estágio

8. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

9. A minha área/unidade realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

10. Nós somos informados sobre os eventos adversos/erros que acontecem nesta unidade.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

11. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

12. Discutimos entre os profissionais e os discentes meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

13 - Por favor, avalie sua percepção, em relação a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-----	-----	-----	-----	-----

Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----------	---------	------	------------

14. Há alguma atividade relacionada a segurança do paciente em seu módulo /disciplina de ensino na sua instituição de ensino superior?

- () sim
- () não
- () desconheço

15. Qual atividade poderia sugerir para incluir no seu módulo/disciplina para abordar segurança do paciente com os estudantes?

16. Você já abordou algum tema sobre segurança do paciente diretamente com os internos ?

- () sim - qual? _____
- () não
- () não é minha área de ensino
- () deveria ter um docente responsável pelo tema na disciplina/módulo

Apêndice 3

QUESTIONÁRIO PARA INTERNOS

1. É estudante do internato de curso de medicina da cidade de Curitiba?

SIM NÃO

2. Qual o seu sexo?

Masculino Feminino prefiro não declarar

3. Qual a faixa etária que você está?

18 - 25 anos

26 - 34 anos

35 - 45 anos

45- 54 anos

4. Qual o seu ano do internato?

5º ano

6º ano

5. Qual importância você dá ao tema segurança do paciente na sua formação?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sem importância nenhuma	Pouco importante	Neutro (indiferente)	Importante	Muito importante

6. Na sua faculdade são abordados questões referentes a segurança do paciente?

Sim Não

7. Você acha que a segurança do paciente deveria ser uma disciplina/módulo no curso de medicina?

Sim Não

Por que?

Sobre o seu curso e/ou internato...

8. Recebi informações ou treinamento sobre medidas preventivas sobre segurança do paciente, no início ou durante os meus estágios de internato.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

9. Observei excelentes práticas de segurança do paciente durante meu curso.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

10. Eventos adversos e erros são abordados e discutidos durante o meu curso.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

11. Fui orientado e incentivado pelos docentes a relatar quaisquer preocupações com a segurança do paciente que eu possa ter.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

12. Recebi educação ou treinamento sobre como divulgar erros médicos aos pacientes.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

13. Eu me sentiria seguro sendo tratado nos ambientes que realizei meus estágios.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

14. Você já teve contato com o núcleo de segurança do paciente em alguma instituição (hospital ou outra unidade de saúde) durante seu aprendizado no curso/internato?

- () sim
 () não
 () desconheço

15. Em contato com colegas de outras faculdades, você percebe uma cultura de preocupação com a segurança do paciente?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente