



**ROCHELE MARIA ZUGNO**

**COMPETÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA PARA A  
SEGURANÇA DO PACIENTE**

**RIO GRANDE  
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COMPETÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA PARA A  
SEGURANÇA DO PACIENTE**

**ROCHELE MARIA ZUGNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Jamila Geri  
Tomaschewski-Barlem

**RIO GRANDE  
2019**

## Ficha Catalográfica

Z944c Zugno, Rochele Maria.  
Competências de estudantes de enfermagem e medicina para a  
segurança do paciente / Rochele Maria Zugno. – 2019.  
97 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –  
FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio  
Grande/RS, 2019.

Orientadora: Dra. Jamila Geri Tomaschewski-Barlem.

1. Segurança do Paciente 2. Educação Baseada em  
Competências 3. Estudantes de Enfermagem 4. Estudantes de  
Medicina I. Tomaschewski-Barlem, Jamila Geri II. Título.

CDU 616-083

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

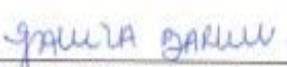
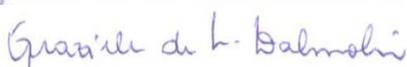
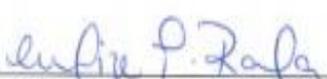
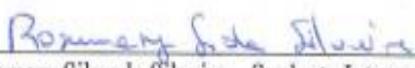
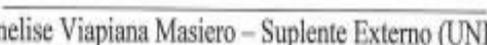
Folha de Aprovação  
ROCHELE MARIA ZUGNO

COMPETÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA  
PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 19 de dezembro de 2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dra. Jamila Geri Tomaszewski-Barlem – Presidente (FURG)
 Dra. Grazielle de Lima Dalmolin – Membro Externo (UFSM)
 Dra. Laurelize Pereira Rocha – Membro Interno (FURG)
 Dra. Rosemary Silva da Silveira – Suplente Interno (FURG)
 Dra. Anelise Viapiana Masiero – Suplente Externo (UNIPLAC)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter sempre iluminado meu caminho e me dado tantas oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

Agradeço meus pais, Rogério e Roseli, por todo o apoio que me deram, em todos os momentos. Nenhuma palavra no mundo seria suficiente para agradecê-los. Obrigada por sempre me mostrarem o melhor caminho, quero sempre poder orgulhar vocês.

Agradeço minha nonna, Iride, por toda a preocupação com a minha alimentação, pelas guloseimas e por todo o amor dedicado a mim desde criança.

Agradeço minhas irmãs, Emely e Evelyn, que vieram ao mundo para provar que o amor de irmão vai muito além de ter o mesmo pai e a mesma mãe, que o amor brota no coração e transborda. Gratidão por serem minha fonte de inspiração diária.

Agradeço ao meu noivo, Roger, por dividir comigo sonhos, e por sempre se esforçar para estar ao meu lado. Obrigada por ser meu ponto de equilíbrio, aguentar meu mau humor e compreender minha ausência.

Agradeço minha orientadora Jamila, por toda a ajuda, apoio e dedicação. Sem você nada disso teria sido possível, obrigada por tudo.

Agradeço minha banca Rose, Laurelize, Grazielle e Anelise, por todas as contribuições. Obrigada por terem participado desse momento tão especial.

Agradeço minhas amigas Suelen e Prisciane por partilharem as angústias e conquistas, mesmo à distância. A caminhada foi mais leve com vocês, levarei vocês sempre comigo.

Agradeço minha amiga Aline, pela amizade de longa data, e pelo apoio em todo o meu processo de formação, e por estar comigo em todos os momentos.

Agradeço à Bruna, Gabriela, Júlia e Núbia por toda a ajuda com a coleta dos dados. O auxílio de vocês foi fundamental para eu chegar até aqui. Minha gratidão eterna.

Por fim, agradeço aos meus colegas e amigos, às pessoas que torcem por mim e a todos os professores da Universidade Federal do Rio Grande, que foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

## RESUMO

ZUGNO, Rochele Maria. **Competências de estudantes de enfermagem e medicina para a segurança do paciente**. 2019. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O ensino da segurança do paciente deve ser visto como uma prioridade nos cursos de graduação em medicina e enfermagem, a fim de garantir ações e práticas seguras no decorrer de toda a formação, sustentando a posterior atuação profissional nos diferentes ambientes de saúde. Esta dissertação tem como objetivos: analisar a confiança no aprendizado das competências em segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem e medicina; e compreender o desenvolvimento das competências de segurança do paciente entre estudantes de graduação em enfermagem e medicina. A metodologia foi desenvolvida em duas etapas: estudo quantitativo e estudo qualitativo, realizados com estudantes dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina de uma Universidade Pública do Sul do Brasil. Para a coleta de dados da etapa quantitativa foi aplicado o *Health Professional Education in Patient Safety Survey*, adaptado e traduzido para o contexto brasileiro, aplicado em 134 estudantes de medicina e 101 estudantes de enfermagem. A coleta de dados da etapa qualitativa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 12 estudantes de enfermagem e 12 estudantes de medicina. A análise dos dados quantitativa foi realizada pela estatística descritiva e inferencial, por meio dos testes T pareado e para variáveis independentes, e a análise qualitativa por meio da análise textual discursiva. Foram garantidos todos os preceitos estabelecidos na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. Os resultados foram apresentados na forma de dois artigos. O primeiro aborda a etapa quantitativa do estudo, intitulado “Confiança no aprendizado da segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem e medicina”, evidenciou maior confiança no aprendizado na sala de aula em detrimento ao ambiente de prática; e os estudantes de enfermagem sentem-se mais confiantes tanto nos domínios relacionados às áreas específicas como trabalho em equipe, comunicação e gerenciamento de riscos, quanto nos de maior abrangência para a segurança do paciente, como habilidades e conhecimentos adquiridos. O segundo abrange a parte qualitativa deste estudo, intitulado “Competências de segurança do paciente desenvolvidas por estudantes de graduação em enfermagem e medicina”, sendo possível verificar que os estudantes de enfermagem e medicina desenvolveram competências relacionadas ao estabelecimento de uma cultura de segurança; trabalho em equipe; comunicação efetiva; gerenciamento de riscos; otimização de fatores ambientais e humanos; e conduta frente a eventos adversos, no entanto, observam-se fragilidades no desenvolvimento de tais competências, principalmente relacionadas à atuação interdisciplinar. Conclui-se que a segurança do paciente na formação dos profissionais de enfermagem e medicina ainda se demonstra incipiente e fragmentada nos dois cursos, evidenciando a necessidade de maior articulação teórico-prática e de aprofundamento na abordagem da temática no ensino.

**Descritores:** Segurança do Paciente. Educação Baseada em Competências. Estudantes de Enfermagem. Estudantes de Medicina.

## ABSTRACT

ZUGNO, Rochele Maria. Competencies of nursing and medical students for patient safety. 2019. 97f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The teaching of patient safety should be seen as a priority in undergraduate courses in medicine and nursing, in order to guarantee safe actions and practices throughout the entire training, supporting the subsequent professional performance in different health environments. This dissertation aims to: analyze the confidence in learning patient safety skills from undergraduate students in nursing and medicine; and understand the development of patient safety skills among undergraduate nursing and medical students. The methodology was developed in two stages: quantitative study and qualitative study, carried out with students of the Undergraduate Courses in Nursing and Medicine of a Public University in the South of Brazil. To collect data from the quantitative stage, the Health Professional Education in Patient Safety Survey was applied, adapted and translated to the Brazilian context, applied to 134 medical students and 101 nursing students. The data collection of the qualitative stage was carried out through semi-structured interviews with 12 nursing students and 12 medical students. Quantitative data analysis was performed using descriptive and inferential statistics, using paired T tests and independent variables, and qualitative analysis using discursive textual analysis. All precepts established in Resolution 466 of December 12, 2012 of the National Health Council were guaranteed, with regard to the ethical aspects that involve research with human beings. The results were presented in the form of two articles. The first addresses the quantitative stage of the study, entitled “Confidence in learning patient safety from undergraduate students in nursing and medicine”, evidenced greater confidence in learning in the classroom to the detriment of the practice environment; and nursing students feel more confident both in the domains related to specific areas such as teamwork, communication and risk management, and in those of greater scope for patient safety, such as skills and knowledge acquired. The second covers the qualitative part of this study, entitled “Patient safety skills developed by undergraduate students in nursing and medicine”, and it is possible to verify that nursing and medical students have developed skills related to the establishment of a safety culture; team work; effective communication; Risk management; optimization of environmental and human factors; and conduct in the face of adverse events, however, there are weaknesses in the development of such skills, mainly related to interdisciplinary action. It is concluded that patient safety in the training of nursing and medical professionals still proves to be incipient and fragmented in the two courses, evidencing the need for greater theoretical-practical articulation and deepening the approach to the theme in teaching.

**Descriptors:** Patient Safety. Competency-Based Education. Nursing students. Medical students.

## RESUMEN

ZUGNO, Rochele Maria. Competencias de los estudiantes de enfermería y medicina para la seguridad del paciente. 2019. 97f. Disertación (Máster en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

La enseñanza de la seguridad del paciente debe verse como una prioridad en los cursos de pregrado en medicina y enfermería, a fin de garantizar acciones y prácticas seguras a lo largo de toda la capacitación, apoyando el posterior desempeño profesional en diferentes entornos de salud. Esta tesis tiene como objetivo: analizar la confianza en el aprendizaje de las habilidades de seguridad del paciente de los estudiantes de pregrado en enfermería y medicina; y comprender el desarrollo de las habilidades de seguridad del paciente entre los estudiantes de pregrado de enfermería y medicina. La metodología se desarrolló en dos etapas: estudio cuantitativo y estudio cualitativo, realizado con estudiantes de los cursos de pregrado en enfermería y medicina de una universidad pública en el sur de Brasil. Para recopilar datos de la etapa cuantitativa, se aplicó, adaptó y tradujo al contexto brasileño la Encuesta de Educación para Profesionales de la Salud en Seguridad del Paciente, aplicada a 134 estudiantes de medicina y 101 estudiantes de enfermería. La recolección de datos de la etapa cualitativa se realizó a través de entrevistas semiestructuradas con 12 estudiantes de enfermería y 12 estudiantes de medicina. El análisis de datos cuantitativos se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando pruebas T pareadas y variables independientes, y análisis cualitativo mediante análisis textual discursivo. Todos los preceptos establecidos en la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud estaban garantizados con respecto a los aspectos éticos que implican la investigación con seres humanos. Los resultados se presentaron en forma de dos artículos. El primero aborda la etapa cuantitativa del estudio, titulada "Confianza en el aprendizaje de la seguridad del paciente de los estudiantes de pregrado en enfermería y medicina", demostró una mayor confianza en el aprendizaje en el aula en detrimento del entorno de práctica; y los estudiantes de enfermería se sienten más seguros tanto en los dominios relacionados con áreas específicas como el trabajo en equipo, la comunicación y la gestión de riesgos, como en los de mayor alcance para la seguridad del paciente, como las habilidades y los conocimientos adquiridos. El segundo cubre la parte cualitativa de este estudio, titulada "Habilidades de seguridad del paciente desarrolladas por estudiantes de pregrado en enfermería y medicina", y es posible verificar que los estudiantes de medicina y enfermería hayan desarrollado habilidades relacionadas con el establecimiento de una cultura de seguridad; trabajo en equipo; comunicación efectiva gestión de riesgos; optimización de factores ambientales y humanos; y conducta frente a eventos adversos, sin embargo, existen debilidades en el desarrollo de tales habilidades, principalmente relacionadas con la acción interdisciplinaria. Se concluye que la seguridad del paciente en la formación de profesionales de enfermería y médicos sigue demostrando ser incipiente y fragmentada en los dos cursos, evidenciando la necesidad de una mayor articulación teórico-práctica y profundizando el enfoque del tema en la enseñanza.

**Descriptor:** Seguridad del paciente. Educación basada en competencias. Estudiantes de enfermería. Estudiantes de medicina.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS ACERCA DAS COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO.....</b>	<b>11</b>
3.1	A NOÇÃO DE COMPETÊNCIA.....	11
3.2	COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS: bases para a segurança do paciente.....	14
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
4.1	SEGURANÇA DO PACIENTE: aspectos fundamentais.....	18
4.2	A SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE MEDICINA E ENFERMAGEM.....	24
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
5.1	ETAPA QUANTITATIVA.....	33
5.1.1	Tipo de estudo.....	33
5.1.2	Local do estudo.....	33
5.1.3	Participantes do estudo.....	34
5.1.4	Coleta de dados.....	35
5.1.5	Análise de dados.....	36
5.2	ETAPA QUALITATIVA.....	36
5.2.1	Tipo de estudo.....	36
5.2.2	Local do estudo e participantes do estudo.....	37
5.2.3	Coleta dos dados.....	37
5.2.4	Análise dos dados.....	37
5.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>40</b>
6.1	ARTIGO I - Confiança no aprendizado para segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem e medicina.....	41
6.2	ARTIGO II - Competências de segurança do paciente desenvolvidas por estudantes de graduação em enfermagem e medicina.....	60
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>80</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>

<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO IV.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO V.....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é considerada uma importante questão de saúde pública e vem ganhando destaque no mundo todo, uma vez que impacta os mais distintos âmbitos relacionados à assistência à saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018), estima-se que os danos<sup>1</sup> aos pacientes sejam a 14<sup>a</sup> causa de morbimortalidade em todo mundo. No Brasil, os óbitos hospitalares relacionados a eventos adversos<sup>2</sup> (EA) graves encontram-se entre as cinco principais causas de mortalidade (COUTO et al., 2018).

Para tanto, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no país, por meio da portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo principal de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde (BRASIL, 2013a). Entre seus eixos norteadores, destaca-se a inclusão do tema segurança do paciente no ensino, devendo esse estar presente na grade curricular dos cursos da área da saúde (BRASIL, 2014). Destarte, ressalta-se o estímulo à prática segura entre os estudantes de graduação de enfermagem e medicina como necessária, visto que constituem futuros profissionais que atuam na linha de frente do cuidado em saúde.

Cabe destacar a necessidade dos estudantes da área da saúde em compreender que a possibilidade de ocorrência de erros é inerente ao cuidado, mas que o aprendizado diante deles é essencial para garantir a segurança do paciente. Assim, torna-se importante e, ao mesmo tempo, desafiador às instituições formadoras, a discussão acerca da prática do cuidado seguro no ambiente acadêmico, de modo a mitigar a ocorrência de incidentes<sup>3</sup> e estimular boas práticas. Os cursos dessa área possuem importante papel frente a essa problemática, uma vez que associam a teoria com a prática, possibilitando a identificação e análise dos riscos ao longo do processo de formação, com posterior desenvolvimento de ações de melhoria na qualidade da assistência (CAUDURO et al., 2017).

No entanto, evidencia-se que muitos estudantes da área possuem dificuldade em lidar com os erros em saúde, não reconhecendo sua ocorrência e o fato de que os mesmos podem ser evitados, o que sugere uma incompreensão acerca da natureza e do padrão dos erros humanos nesse ambiente (NABILOU; FEIZI; SEYEDIN, 2015). Considerando-se que, em

---

<sup>1</sup> Comprometimento de função ou estrutura do corpo e/ou qualquer efeito dele advindo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade, disfunção ou morte, podendo ser físico, psicológico ou social (BRASIL, 2013a).

<sup>2</sup> Incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013a).

<sup>3</sup> Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2013a).

breve, farão parte da equipe de saúde como profissionais, as competências relacionadas à segurança do paciente necessitam ser estimuladas desde o processo formativo.

Nesse contexto, as competências compreendem conhecimentos, habilidades e atitudes, os quais necessitam ser mobilizados em situações reais, levando-se em consideração os diferentes contextos em que o estudante encontra-se inserido, a fim de que possa agir de maneira adequada e com resolutividade diante de determinada situação (PERRENOUD, 1999; ZABALA; ARNAU, 2014).

Essas competências não se restringem aos conhecimentos teóricos adquiridos, sendo necessário a mobilização de recursos cognitivos, o que exige criatividade e reflexão por parte do estudante diante de diferentes situações. Assim, para que ocorra a mobilização de habilidades e conhecimentos no ambiente acadêmico, é preciso que as competências sejam trabalhadas nesse contexto, o que exige comprometimento tanto do aluno quanto do docente (PERRENOUD, 1999).

Especificamente no ensino da segurança do paciente, o *Canadian Patient Safety Institute* preconiza seis competências necessárias no processo de formação dos profissionais da saúde. A primeira relaciona-se ao compromisso com a segurança do paciente e valorização da aprendizagem organizacional. A segunda associa o trabalho em equipe como forma de otimizar a segurança do paciente. A terceira estabelece a comunicação efetiva atuando positivamente na mitigação dos erros. A quarta retrata a importância de antecipar, reconhecer e gerenciar situações que colocam os pacientes em risco. A quinta versa acerca da necessidade de compreensão dos diferentes fatores que moldam a tomada de decisão. E por fim, a sexta descreve a importância da identificação, resposta e divulgação dos EA a fim de identificar razões subjacentes e implementar medidas apropriadas de prevenção (CPSI, 2009).

Destaca-se que essas competências deram origem, em 2009, à publicação do *Curriculum Guide for Medical Schools*, pela OMS, voltado principalmente para a educação médica, a qual foi reescrita em 2011, sendo intitulada *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*, abrangendo as demais profissões da área da saúde. Esses documentos têm o intuito de auxiliar na abordagem das questões relacionadas à temática segurança do paciente durante a formação, bem como na organização dos currículos dos cursos de graduação da área da saúde (OMS, 2009; OMS, 2011).

O aumento da ocorrência de erros entre estudantes, bem como os episódios de EA presenciados e vivenciados pelos alunos, sugerem uma necessidade de reformulação dos currículos (STEVEN et al., 2014; TELLA et al., 2014). Nesse sentido, ainda se destaca que a

lacuna entre os programas educacionais oferecidos e a competência exigida no ambiente clínico tem aumentado progressivamente (STEVANIN et al., 2015).

Sendo assim, é preciso atentar para os conhecimentos e competências dos estudantes acerca da segurança do paciente, possibilitando que esses estejam preparados para ofertar um atendimento com segurança nas diferentes circunstâncias que precisarão enfrentar (STEVANIN et al., 2015). Ainda, o processo de ensino aprendizagem deve ser estimulado e desenvolvido a fim de garantir ações e práticas seguras no decorrer da formação dos profissionais da saúde, sustentando a posterior atuação dos mesmos (URBANETTO et al., 2013).

Embora se perceba um aumento no interesse em inovação curricular voltada para a segurança do paciente no currículo dos cursos de graduação da área da saúde, o Brasil ainda carece de estudos relacionados ao ensino e formação desses profissionais em relação à temática, visto que o maior número de publicações acerca do ensino da segurança do paciente concentra-se nos Estados Unidos da América e no Reino Unido (GONÇALVES; SIQUEIRA; CALIRI, 2017). Ainda, percebe-se que as diretrizes curriculares do curso de medicina e enfermagem apresentam-se fragmentadas e não alinhadas quanto às questões que envolvem a temática no ensino (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2014b).

Para que de fato as competências necessárias possam ser desenvolvidas pelas instituições de ensino, é preciso que se faça um levantamento das situações que os alunos realmente enfrentam ou virão a enfrentar, de modo a identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes que constituem os elementos primordiais para a sua operacionalização. Dessa forma, é com base nas situações práticas do dia-a-dia que serão identificados esses elementos, bem como, deduzidas as competências necessárias a serem adquiridas (PERRENOUD, 2013).

Destaca-se que há uma escassez de estudos discorrem acerca das competências de segurança do paciente necessárias aos estudantes de enfermagem e medicina no processo de ensino e aprendizagem. Além disso, percebe-se que não há, de forma suficientemente clara, a descrição acerca dos ambientes teóricos e práticos de aprendizagem que facilitam o desenvolvimento de competências relacionadas à segurança do paciente. Nesse sentido, torna-se necessário a identificação de características específicas que envolvem os ambientes de aprendizagem teórico-práticos e que estimulam o desenvolvimento das competências de segurança do paciente na formação dos profissionais da área da saúde (BOGARIN et al., 2014).

Diversos instrumentos têm sido utilizados com o intuito de abordar o a segurança do paciente no ensino dos cursos da área da saúde (SCHNALL et al., 2008; CHENOT; DANIEL, 2010; MIRA et al., 2015; LEE; JANG; PARK, 2016, CAUDURO et al., 2017). Contudo, ainda existe a necessidade de que sejam realizados estudos que avaliem aspectos que permeiam especificamente as competências de segurança do paciente dos estudantes de enfermagem e medicina, visto que ainda são escassas pesquisas que abordem essa temática.

Nesse contexto, destaca-se o *Health Professional Education in Patient Safety Survey* (H-PEPSS), instrumento proposto originalmente por Ginsburg et al (2012) com o objetivo de avaliar a competência em segurança do paciente na educação de profissionais de saúde recém-formados, e adaptado e traduzido para língua portuguesa para utilização no Brasil em estudantes de enfermagem e medicina por Branco (2018).

O instrumento já foi utilizado em diversos estudos internacionais como no Canadá (DUHN et al., 2012; DOYLE et al., 2015; LUKEWICH et al., 2015; RAYMOND, 2017; RAYMOND; MEDVES; GODFREY, 2017), Itália (BRESSAN et al., 2015; STEVANIN et al., 2015), Arábia Saudita (COLET et al., 2015), Coréia do Sul (HWANG et al., 2016), e Austrália (USHER et al., 2017; STOMSKI et al., 2018). Na maioria dessas pesquisas evidenciou-se que as dimensões que apresentaram maiores fragilidades quanto às competências para segurança do paciente nos estudantes de graduação foram as que envolviam aspectos socioculturais em detrimento a aspectos clínicos, destacando-se os fatores humanos e ambientais, trabalho em equipe, bem como dificuldade em questionar decisões ou ações de autoridades e a comunicação de EA (DOYLE et al., 2015; LUKEWICH et al., 2015; RAYMOND, 2017; RAYMOND; MEDVES; GODFREY, 2017; BRESSAN et al., 2015; STEVANIN et al., 2015)

Destaca-se que grande número de estudos evidencia a fragilidade da dimensão trabalho em equipe entre os estudantes da área da saúde, a qual é considerada importante para que o cuidado em saúde seja prestado de maneira integral e com segurança (LUKEWICH et al., 2015; BRESSAN et al., 2015; RAYMOND, 2017; BRANCO, 2018). Isso demonstra que é necessário conhecer as competências que vem sendo desenvolvidas pelos estudantes a fim de implementar estratégias que envolvam todos os profissionais que prestam assistência ao paciente, de modo que a atuação segura seja conjunta, desde os ambientes acadêmicos.

Assim, tem-se como questões de pesquisa: Qual a confiança no aprendizado das competências de segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem e medicina? Como ocorre o desenvolvimento de competências de segurança do paciente por estudantes de graduação em enfermagem e medicina?

Tais questões surgem do fato de que entre os estudos citados, a maior parte deles foi realizado com estudantes de enfermagem, evidenciando a necessidade de pesquisas que contemplem a interdisciplinaridade, envolvendo os alunos de graduação em enfermagem e medicina. Além disso, cabe destacar que há uma escassez de estudos de abordagem quantitativa e qualitativa realizados com esses estudantes concomitantemente, o que limita a compreensão acerca da confiança e das competências de segurança do paciente entre os estudantes, o que **justifica** a realização desse estudo.

## **2 OBJETIVOS**

- Analisar a confiança no aprendizado das competências em segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem e medicina.
- Compreender o desenvolvimento das competências de segurança do paciente entre estudantes de graduação em enfermagem e medicina

### **3 CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS ACERCA DAS COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO**

As concepções teórico-metodológicas deste estudo dividem-se em dois capítulos que versam acerca da noção de competência e das competências na formação de médicos e enfermeiros: bases para a segurança do paciente.

#### **3.1 A NOÇÃO DE COMPETÊNCIA**

O termo competência teve sua origem no âmbito empresarial como modo de caracterizar um indivíduo e sua capacidade de realização de tarefas de forma eficiente. Posteriormente, a ideia de competência começou a ter sua utilização e ganhar destaque no sistema de ensino, abarcando principalmente sua identificação e formas de avaliação, com impacto no aumento de pesquisas acerca da temática e reestruturação de currículos com base nas competências que deveriam ser adquiridas pelos estudantes (ZABALA; ARNAU, 2014).

Ao se pensar em competências, é necessário levar em consideração, de modo global, as evoluções da sociedade, as quais exigem que essas se desenvolvam, cada vez mais, de maneiras diversificadas, e que se ampliem e se fortaleçam em função das tecnologias, do mundo do trabalho e do modo de vida das pessoas (PERRENOUD, 2013). O foco da competência no ensino surge a partir da necessidade de se romperem as barreiras e limitações do ensino tradicional, o qual, na maioria das vezes, limita-se a uma aprendizagem que tem como base principal a memorização de conhecimentos (ZABALA; ARNAU, 2014).

Na educação, a noção de competência é introduzida na reforma educacional por volta dos anos 90, a partir da Lei n. 9.394/96, a qual estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional, e que incide tanto na educação básica quanto na educação profissional (BRASIL, 1996). Ancora-se no fato de que para haver a mobilização de habilidades e conhecimentos, é necessário que sejam trabalhadas, assim exige além de disponibilidade de tempo, didáticas e situações apropriadas de aprendizado. Além disso, as instituições de ensino não trabalham suficientemente essas questões de mobilização de conhecimento, uma vez que ainda predomina o simples acúmulo de saberes, dificultando que os alunos os apliquem em situações reais (PERRENOUD, 1999).

A noção de competência pode ser compreendida e utilizada em diferentes ambientes, com enfoques e conotações diversificadas. Para Perrenoud (1999) é a capacidade de agir de modo eficaz frente a uma situação, fundamentada em conhecimentos, mas sem limitar-se a

eles. Dessa forma, as competências são reconhecidas quando utilizam, integram e mobilizam conhecimentos na possibilidade de relacionar, interpretar, interpolar, inferir, criar, intuir e identificar, pertinentemente os conhecimentos prévios e os problemas (PERRENOUD, 1999).

Perrenoud (1999) considera habilidade como a ação em si, que é determinada de forma concreta pelas competências, representando uma sequência de elementos utilizados que se tornam esquemas mentais de alto nível e que são inseridos no processo de tomada de decisão. O autor ainda se aprofunda na questão da competência definindo-a como a

aptidão para enfrentar, de modo eficaz, uma família de situações análogas, mobilizando a consciência, de maneira cada vez mais rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos, saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio. (PERRENOUD, 2011, p.19).

Nesse sentido, a tomada de decisão e conseqüentemente o saber agir, por meio da mobilização de diferentes recursos, são as principais características que cercam a noção de competência, permitindo a atuação nas diferentes situações da vida. Para tanto, se faz necessária a adequada compreensão e avaliação de determinada situação, para que conseqüentemente a atuação seja eficaz (PERRENOUD, 2011).

Ainda, um indivíduo é considerado competente quando tem a capacidade de saber, saber fazer e saber ser (PERRENOUD, 1999). Aproximando-se dessa abordagem, outra maneira de se pensar a constituição de competências é a partir dos quatro pilares da educação descritos por Delors et al. (1996), que são eles o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. Nesse sentido o primeiro pode ser relacionado ao conhecimento, o segundo às habilidades, e os dois últimos às atitudes.

Esses conhecimentos são construídos a partir das experiências e representações da realidade do indivíduo, bem como no seu processo de formação educacional (PERRENOUD, 1999). Destaca-se que as competências apresentam, de maneira implícita, o elemento contextual em que são aplicadas. Assim, só é possível verificar se um indivíduo possui certa competência quando o mesmo aplicar seus conhecimentos, habilidades e atitudes em determinada situação, resolvendo-a de maneira adequada (ZABALA; ARANAU, 2014).

Dessa forma, a construção de competência é estritamente associada com a criação de esquemas que mobilizam, com discernimento, conhecimentos, em tempo real e de maneira eficaz. Destarte, esses esquemas diante de uma condição complexa, que exige determinadas ações, só podem ser desenvolvidos e estabilizados por meio de situações práticas, e que estejam associadas a uma postura reflexiva (PERRENOUD, 1999).

As competências combinam a utilização de um conjunto de esquemas, os quais sustentam questões que envolvem uma diversidade de pensamentos, percepções, avaliações e

ações, que comportam o uso de elementos preditivos, bem como o estabelecimento de um diagnóstico com base em dados, informações e formulações de determinadas decisões (PERRENOUD, 1999).

Destaca-se que, de acordo com o momento ou situação, toda competência pode mobilizar recursos cognitivos internos ou funcionar como recurso para competências mais amplas. Dessa forma, a competência une-se a esses recursos mobilizáveis, assumindo uma posição de sinergia, de maneira a agir de modo eficaz diante de uma situação complexa, o que permite que a mesma seja utilizada em diferentes contextos (PERRENOUD, 1999). Ainda, da mesma forma que se utiliza de experiências e conhecimentos adquiridos, busca criar novas formas de enfrentar as mesmas situações, de maneira mais criativa e singular (PERRENOUD, 1999).

Na formação, as competências são pouco desenvolvidas e apresentam fragilidades desde o nível básico de ensino. Primeiro, devido ao seu amplo conceito, em que cada um o utiliza de sua maneira, permitindo inúmeras interpretações; segundo, pela ordem empírica que cerca a sua definição e, terceiro pelo fato de ainda haver fragilidades em relação à verdadeira missão das instituições de ensino no que diz respeito ao seu desenvolvimento (PERRENOUD, 2013).

Nesse contexto, a formação prepara o aluno para compreensão do mundo e das ações de ordem coletivas e não apenas para ações de cunho individual. No ensino por competências a ênfase é dada na preparação para a vida do aluno, nos seus mais diversos âmbitos, inclusive no seu desenvolvimento como futuro profissional (PERRENOUD, 2013).

Nesse sentido, é importante a relação entre o processo de ensino-aprendizagem e a capacidade de aplicabilidade do conhecimento nos diferentes contextos. Assim, a simples memorização dos conteúdos não é suficiente para a sua compreensão, sendo que a aplicação do conhecimento adquirido nas situações que o exigem só será possível por meio da utilização de estratégias de aprendizagem que os mobilize (ZABALA; ARNAU, 2014).

O desenvolvimento de competências exige esforço por parte dos educadores, de modo que os mesmos mobilizem o conhecimento dos seus alunos, o que exige flexibilidade na maneira em que se dá o ensino. Nesse sentido, a formação deve fornecer as bases de múltiplos saberes, de modo que o indivíduo tenha condições de aprender o necessário para enfrentar as inúmeras situações com que o mesmo se depara ao longo da sua vida, inclusive no âmbito profissional (PERRENOUD, 2013).

Assim, é indispensável distinguir as variadas competências, de acordo com o tipo de obstáculo a ser superado e do tipo de raciocínio que é necessário (PERRENOUD, 2013). No

entanto, com a aprendizagem centrada somente no conteúdo do ensino, ou seja, no conhecimento em si, excluem-se as habilidades, atitudes, valores e estratégias como objetos da educação (ZABALA; ARNAU, 2014).

Dessa forma, tem sido observada uma ascensão da preocupação com o desenvolvimento das competências no ensino, tanto pela necessidade de reestruturação de conteúdos das instituições de ensino superior, quanto pelos questionamentos quanto à funcionalidade das aprendizagens, uma vez que se tem percebido fragilidades quanto a utilização de conhecimentos apreendidos no processo de formação diante de situações reais que surgem no cotidiano profissional (ZABALA; ARNAU, 2014).

Nesse contexto, é proposto que o processo de ensino-aprendizagem ocorra de maneira que os estudantes saibam utilizar os conhecimentos das disciplinas em variados contextos, fornecendo um caráter funcional aos mesmos. Sendo assim, o essencial, nesse processo, é a aplicabilidade dos conhecimentos na resolução de problemas ou situações reais (ZABALA; ARNAU, 2014), uma vez que em determinados momentos os conhecimentos acumulados tornam-se insuficientes, não possibilitando que uma nova situação seja dominada somente pela aplicação desses (PERRENOUD, 1999).

No âmbito profissional, as competências são construídas em uma velocidade maior que no âmbito pessoal, pois se reproduzem em intervalos menores, constituindo, muitas vezes, uma rotina. Assim, as competências desenvolvem-se em detrimento das situações que o indivíduo vivencia de maneira mais frequente, sendo que o mesmo utiliza um conjunto de competências específicas para cada situação que vivencia. Assim, o reconhecimento de uma competência se dá na possibilidade de relacionar, de maneira pertinente, conhecimentos prévios a problemas existentes (PERRENOUD, 1999).

Ao considerar a noção de competência no ensino dos estudantes da área da saúde, principalmente dos cursos de medicina e enfermagem, destaca-se a importância do desenvolvimento das mesmas ao longo da formação desses estudantes. Isso se dá pelo fato de que na resolução de questões relacionadas à saúde não basta memorizar conteúdos, há a exigência de relacioná-los, interpretá-los, interpolá-los, bem como inferir e criar maneiras de resolução adequadas, o que exige operações mentais de alto nível que só podem ser realizadas diante de situações reais, levando em consideração tanto conhecimentos e habilidades quanto a visão da situação (PERRENOUD, 1999).

### 3.2 COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS: bases para a segurança do paciente

A formação profissional pretende preparar o estudante, respeitando a singularidade de cada um, confrontando as práticas com situações vivenciadas no mercado de trabalho, as quais podem incluir as competências específicas a cada condição de saúde. As competências profissionais desenvolvidas baseiam-se em uma amplitude de conhecimentos, tanto disciplinares e interdisciplinares, quanto profissionais (PERRENOUD, 1999).

Para o desenvolvimento de competências na formação de médicos e enfermeiros podem ser levadas em consideração as evoluções constantes que envolvem o processo de saúde e doença, reconhecendo a necessidade de busca permanente de novos conhecimentos, de modo a ampliar o conjunto de competências adquiridas (NUNES, 2015).

Destaca-se que o estímulo à construção de conhecimentos de cunho científico e o reconhecimento das competências durante o processo de formação desses profissionais, associados à ativa participação do docente no sentido de estimular o raciocínio crítico do estudante, pode se constituir um grande diferencial no desenvolvimento desse como futuro profissional, impactando na qualidade e segurança em saúde (NUNES et al. 2016).

As diretrizes curriculares nacionais (DCN) dos cursos de graduação em enfermagem e medicina preconizam inúmeras questões que possuem como base o desenvolvimento de competências na formação dos estudantes ao longo de todo o processo de ensino-aprendizagem, inclusive na avaliação do ensino prestado, instituindo sua inserção na estruturação dos currículos das instituições de ensino superior (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2014b).

Nas DCNs do curso de medicina, competência é definida como a capacidade de mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes, por meio da utilização de recursos disponíveis, no desempenho de iniciativas e ações a fim de solucionar e superar, de maneira pertinente e eficiente, desafios que surjam durante a prática profissional, nos diferentes contextos de atuação em saúde (BRASIL, 2014b).

No documento, as competências são agrupadas em três áreas: atenção à saúde, que contempla as necessidades individuais e coletivas; gestão em saúde, que abrange a organização, acompanhamento e avaliação do trabalho; e a educação em saúde, que abarca a identificação de necessidades de aprendizagem, a promoção da construção, socialização e produção de novos conhecimentos, bem como do pensamento científico e crítico (BRASIL, 2014b).

As DCNs do curso de graduação em enfermagem preconizam que a formação do enfermeiro objetiva a aquisição de conhecimentos necessários para o exercício de

competências e habilidades gerais que envolvam questões relacionadas à atenção à saúde, à tomada de decisões, à comunicação, à liderança, à administração e gerenciamento, e à educação permanente (BRASIL, 2001a). Além das competências descritas pelas DCNs, são reconhecidas como importantes as que envolvem a humanização, a ética, o relacionamento interpessoal, e o estímulo do raciocínio crítico (NUNES, 2015).

Destaca-se que as competências adquiridas devem capacitar o aluno para o desenvolvimento cognitivo e profissional, para que as mesmas sejam desempenhadas de maneira autônoma e permanente (BRASIL, 2001a). Nesse sentido, é essencial a articulação entre conhecimentos e competências, levando em consideração que os primeiros tornam-se indispensáveis para a reflexão acerca das situações identificadas e para a construção de hipóteses. No entanto a mobilização dos conhecimentos não ocorre de maneira espontânea, sendo necessário esforço para desenvolvimento do raciocínio crítico (PERRENOUD, 1999).

A OMS recomenda que a educação das profissões da área da saúde seja baseada nas competências tanto no sentido de formar profissionais competentes, os quais executem tarefas de modo a atender às necessidades de saúde das pessoas, quanto no sentido de formação de lideranças eficazes, que possam transformar positivamente a assistência à saúde (OMS, 2013).

Cabe destacar que não é suficiente a adaptação dos currículos a fim de formar profissionais da área da saúde com capacidade de identificação e ajuste a novos contextos, em um processo contínuo de aprendizagem e adaptação de suas competências. É necessário que esses profissionais sejam capazes de se adaptar às variações e valores culturais, assim como tomar decisões efetivas frente aos diferentes problemas de saúde da população (OMS, 2013).

Ao abordar a tomada de decisão na prática dos profissionais de saúde, deve-se considerá-la como um processo complexo, dinâmico e estritamente associado à sua formação, uma vez que envolvem diversas áreas e são influenciadas por inúmeros fatores. Além disso, a tomada de decisão em saúde abarca inúmeras situações que exigem competência para sua resolução adequada e problemas com os quais os profissionais se deparam diariamente (JOHANSEN; O'BRIEN, 2015).

Ao abordar as competências na formação dos profissionais da saúde, destacam-se aquelas relacionadas às questões de segurança do paciente, uma vez que estão diretamente ligadas às práticas seguras e à assistência de qualidade. Nesse sentido, o *Canadian Patient Safety Institute* preconiza a elaboração dos currículos dos cursos das profissões da saúde com base nas competências de segurança, com foco na identificação dos conhecimentos, habilidades e comportamentos indispensáveis aos profissionais que atuam na área da saúde (CPSI, 2009).

Dessa forma, as competências foram agrupadas em seis domínios relacionados à segurança do paciente: 1 - favorecer o estabelecimento de uma cultura de segurança; 2 - trabalhar em equipe; 3 - comunicar-se de maneira eficiente; 4 - gerenciar os riscos; 5 - otimizar fatores ambientais e humanos; e 6 - identificar, responder e divulgar EA (CPSI, 2009).

Nesse contexto, Marra (2015), ao elaborar um modelo pedagógico para um curso de graduação em medicina voltado ao tema Segurança do Paciente, relacionou os domínios do documento às competências requeridas na formação profissional, identificando cinco dessas: competência técnica, que está associada ao primeiro domínio; competência colaboradora, ao segundo domínio; competência comunicadora, ao terceiro domínio; competência gestora, aos domínios quatro e cinco; e competência ética, ao domínio seis.

Levett-Jones et al (2017), com base na pirâmide das competências de Miller (1990), a qual traz o “saber” em sua base, o “saber como” no segundo nível, o “mostrar como” no terceiro nível e o “fazer” em seu ápice, descreve que para a prática da segurança do paciente, primeiramente, os estudantes de enfermagem devem possuir um nível satisfatório de conhecimentos, sabendo posteriormente como aplicá-los utilizando-se de habilidades cognitivas a fim de analisar, interpretar e avaliar determinadas situações. Em seguida, no terceiro nível leva-se em consideração a demonstração das habilidades e comportamentos, e por fim, o ápice relaciona-se com o que o estudante faz com seus conhecimentos e habilidades diante de uma situação real no ambiente clínico, o que corresponde às atitudes necessárias.

Contudo, observa-se que, frequentemente, os estudantes de medicina e enfermagem não compreendem adequadamente as competências necessárias para estabelecimento de associação entre o conhecimento e a prática profissional, restringindo-se ao conhecimento técnico da profissão. Muitas vezes, somente ao se inserirem no mercado de trabalho, conseguem analisar de forma crítica o ensino recebido, percebendo a importância das competências desenvolvidas ao longo do processo de formação para a sua prática profissional (NUNES et al., 2016).

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura divide-se em dois capítulos, os quais compreendem os aspectos fundamentais da segurança do paciente e a segurança do paciente na formação dos profissionais de medicina e enfermagem.

### 4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: aspectos fundamentais

A segurança do paciente é conceituada como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013a). As primeiras noções de ocorrência de erros relacionados à assistência em saúde datam da era antes de cristo, na qual Hipócrates dispunha ser necessário “antes de tudo, não causar dano”. Entretanto esses erros, até o final do século passado, eram considerados inevitáveis frente à medicina moderna, sendo relacionados somente a maus profissionais que prestavam assistência (WACHTER, 2013). Florence Nightingale, nascida no século XIX, também exerceu influência sobre alguns aspectos relacionados à segurança do paciente, principalmente no que diz respeito às boas práticas de controle de infecção associada ao cuidado (NEUHAUSER, 2003).

No entanto, o tema segurança do paciente passou a ganhar maior relevância somente no ano 2000, a partir da publicação do relatório “*To err is Human: building a safer health system*”, do *Institute of Medicine*, dos Estados Unidos, no qual é descrito que a ocorrência de sequelas e mortes decorrentes da assistência é frequente nas instituições de saúde. Nesse relatório estimou-se que em torno de 44 a 98 mil americanos, morriam anualmente em decorrência de erros associados ao cuidado em saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Assim, em 2004, a OMS criou o projeto “*World Alliance for Patient Safety*”, com o objetivo de fornecer subsídios para a melhoria da segurança do paciente na assistência e apoiar o desenvolvimento de políticas públicas e de práticas seguras em todo o mundo (OMS, 2005).

No Brasil, a temática começou a ser discutida no ano de 2002, com a criação, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da rede brasileira de hospitais sentinela, a qual possui participação voluntária e tem como finalidade notificar EA e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância. Esse projeto possui como componente fundamental, a obtenção de informação/notificação de eventos relacionados a

produtos de saúde, bem como, a melhoria da qualidade de serviços de saúde oferecidos à população (BRASIL, 2010).

No ano de 2013, a segurança do paciente ganhou maior ênfase a partir da criação do PNSP, instituído por meio da portaria nº 529, de 1º de abril, com o objetivo principal de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde. Como objetivos específicos, o PNSP visa a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente nas diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde; o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança; a ampliação do acesso da sociedade às informações relativas à segurança; a produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre a temática; além da inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

Nesse contexto, os erros em saúde podem ser caracterizados como atos de negligência ou imprudência, inerentes ao ser humano, cuja mensuração é complexa e exige um planejamento específico e bem elaborado para evitar sua ocorrência. Quando esses erros culminam em dano ao paciente, são conceituados como EA (OMS, 2009; WARCHTER, 2013). Esses constituem um grande problema nos serviços de saúde, com graves consequências, tornando-se um desafio para a saúde pública. Dessa forma, o princípio da organização quanto à ocorrência de EA deve basear-se no fato de que essa não necessariamente está relacionada a maus profissionais, mas sim, a sistemas de saúde mal elaborados e defeituosos (LEAPE, 2009).

Embora os principais objetivos dos serviços de saúde estejam voltados para a recuperação da saúde dos pacientes, não são raras as ocorrências de erros que implicam em danos à saúde dos mesmos. Esses, além de prejuízos físicos e emocionais, geram significativo impacto econômico, principalmente pelo prolongamento do tempo de internação desses pacientes (OMS, 2018). De acordo com estudo realizado, um em cada dez pacientes internados sofrem danos decorrentes de cuidados de saúde, no entanto, a maior parte desses incidentes poderiam ter sido evitados de alguma forma (SCHWENDIMANN et al., 2018).

Destaca-se que os EA se caracterizam como complicações resultantes da assistência à saúde, não possuindo relação com o prognóstico que é esperado pela doença que o paciente está acometido. Atualmente, sua ocorrência constitui uma considerável parte dos gastos das instituições de saúde e um dos maiores empecilhos para uma assistência de qualidade. Há estimativas de que a ocorrência de incidentes relacionados ao cuidado em saúde, em especial, os EA, afetem de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos, o que

estimulou sistemas de saúde do mundo todo a buscar melhorias na segurança do paciente (BRASIL, 2017).

Com base em pesquisas internacionais acerca de EA ocorridos em 27 países de seis continentes, identificou que uma média de 10% dos pacientes foram afetados por pelo menos um EA durante o período de internação, sendo que 51,2% foram considerados evitáveis. Quanto aos danos ocasionados aos pacientes, embora observado que 53,5% dos eventos causaram danos mínimos e temporários, com recuperação em cerca de um mês, 21,2% causaram prejuízos moderados, levando a um período de recuperação de até um ano; ainda, 7,3% dos eventos causaram dano permanente e outros 7,3% resultaram em óbito do paciente (SCHWENDIMANN et al., 2018).

Abordando a realidade de países da Europa, Portugal mostrou uma taxa de incidência de 11,1% de EA, dos quais cerca de 53,2% eram considerados evitáveis. A maioria desses foi associada a procedimentos cirúrgicos, erros na administração de medicamentos e infecções hospitalares adquiridas, sendo que 61% resultaram em deficiência ou incapacidade física e 10,8% foram associados à morte. Em 58,6% dos casos de EA, o tempo de permanência foi prolongado em média 10,7 dias. Ainda, custos diretos adicionais totalizaram 470.380,00 euros (SOUSA et al., 2014).

Nos Estados Unidos, estima-se que o erro relacionado à assistência à saúde seja a terceira causa de morte, podendo chegar a 400.00 óbitos por ano, sendo inferior somente de doenças cardiovasculares e câncer (MAKARY; DANIEL, 2016). No Brasil, vem sendo construído um panorama acerca da real magnitude da ocorrência de EA relacionadas à assistência à saúde, evidenciando que, a cada três minutos, mais de dois pacientes vão a óbito em algum hospital brasileiro, seja público ou privado, em decorrência de erros e outros EA relacionados à assistência prestada ao paciente (COUTO; PEDROSA, ROSA, 2016).

De acordo com o anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil, o qual avaliou 445.671 pacientes, a prevalência de EA foi de 7,0%, sendo os mais frequentes relacionados a infecções como pneumonia, septicemia, infecção do trato urinário e infecção de sítio cirúrgico. Já os com maior ocorrência, que não estão relacionados a infecções, diziam respeito a dispositivos invasivos como acessos e sondas, além de complicações cirúrgicas como hemorragias e lacerações, e lesões por pressão (COUTO et al, 2018).

Em estudo realizado no Estado de Minas Gerais, entre os anos de 2012 e 2014, houve uma incidência de 25,9 por mil internações pelo Sistema Único de Saúde somente por EA relacionados a medicamentos. Em relação aos custos, pôde-se observar uma média de R\$732,53 por internação. Também se evidenciou aumento no tempo de hospitalização em 15

dias ou mais (SILVA; LIMA, 2017). Dessa forma, nota-se que as internações decorrentes da ocorrência de EA tornam-se também onerosas ao sistema público de saúde, uma vez que aumentam tanto os índices de internações quanto o tempo de permanência do paciente no hospital.

No Brasil, a taxa de mortalidade entre os pacientes que sofreram EA de maneira geral corresponde a 14,1%, já entre os pacientes que sofreram pelo menos um EA, essa taxa sobe para 31%. Dentre esses últimos, os que apresentam maiores taxas de mortalidade são a endocardite infecciosa, o choque, a septicemia, a pneumonia, a insuficiência respiratória aguda, a insuficiência renal aguda, a aspiração pulmonar, a mediastinite, a meningite e as infecções relacionadas a dispositivos intravasculares (COUTO et al., 2018).

A fragilidade das ações voltadas a segurança do paciente nas instituições causa consequências que vão muito além da ocorrência de EA e aumento de custos, acarretando em prejuízos que envolvem tanto o paciente quanto sua família, como sofrimento psíquico, perda da dignidade e do respeito, rompimento do vínculo de confiança no sistema de saúde, no governo e nos profissionais (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017). Além disso, gera nesses últimos, sentimentos de frustração, inadequação, culpa e incapacidade profissional, além de medo de punição (RODZIEWICZ; HIPSKIND, 2018).

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade extremamente complexa. Os incidentes associados a ela, especialmente os EA, representam altos índices de morbimortalidades nos sistemas de saúde de todo o mundo. Cabe destacar que uma assistência à saúde livre de danos e com qualidade é direito de todo o indivíduo, sendo dever de todos os serviços de saúde cuidar de modo eficiente e seguro nos diferentes processos de cuidado (BRASIL, 2013b).

Assim, a abordagem tradicional frente à ocorrência de erros na assistência tem se baseado na atribuição de culpa aos profissionais da saúde que prestam cuidados diretos aos pacientes. Nesse sentido, surge uma abordagem conhecida como “pensamento sistêmico”, o qual tem o intuito de substituir a culpa e a vergonha dos profissionais diante do erro, reconhecendo que errar é humano e que a segurança do paciente depende da organização de sistemas que os antecipem, os previnam ou os captem antes que ocorram os danos (WARCHTER, 2013).

James Reason (2000) problematiza duas maneiras de visualizar o erro humano, por meio da abordagem da pessoa e pela abordagem do sistema. A primeira enfoca os erros individuais, culpando-os por desatenção, esquecimento, ou fraqueza moral. Já a segunda concentra-se nas condições sob as quais esses indivíduos trabalham, a fim de criar maneiras

para evitar erros ou mitigar os efeitos da sua ocorrência. Assim, organizações de alta confiabilidade reconhecem que a variabilidade humana é uma força a ser atrelada para a prevenção de erros, ajustando seu foco a essa e preocupando-se constantemente com a possibilidade de falha.

Nesse contexto, o modelo do queijo suíço, de James Reason, tem sido amplamente adotado como um modelo intelectual para a abordagem da segurança do paciente nas organizações de saúde de maneira sistêmica. Esse modelo defende a criação de barreiras para que o erro não atinja o paciente, podendo esse ser ativo ou latente. O primeiro constitui ato inseguro cometido por quem está em contato direto com o sistema, ou seja, os profissionais, e o segundo, ato evitável que está relacionado à gestão, estando presente no interior do sistema (REASON, 2000).

Muitas podem ser as barreiras criadas para impedir que o erro atinja o paciente, exercendo uma influência positiva para o cuidado seguro. Entre elas destaca-se a presença de profissionais capacitados e comprometidos com a prática segura, e instituições que investem em aperfeiçoamento profissional e estrutura física adequada para se exercer a assistência, possibilitando ao trabalhador da saúde o desempenho de suas habilidades de forma a garantir o cuidado seguro e a mitigação dos EA existentes (CASTRO et al., 2018).

Dessa forma, o Ministério da Saúde criou os seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, que devem ser disseminados entre todos os envolvidos no processo do cuidado, pacientes, familiares, profissionais, academia, visto que sua implantação é de baixo custo e possui grande impacto na diminuição ou mitigação de EA. São eles o de identificação do paciente; úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas (2013b; 2013c).

A implementação e utilização desses protocolos de maneira adequada pela equipe multidisciplinar contribuem significativamente para a qualidade e segurança da assistência prestada. No entanto, evidencia-se que a adesão a esses instrumentos ainda apresenta inúmeras fragilidades, demonstrando a necessidade de envolvimento tanto de gestores quanto de profissionais no sentido de garantir que as ações sejam cumpridas de forma a fornecer um cuidado seguro e livre de danos (PAIXÃO et al., 2018).

Para que as ações de segurança sejam efetivas, há a necessidade de abordagem e promoção da cultura de segurança do paciente, visto que a mesma é essencial para o alcance dos objetivos do PNSP, uma vez que deve ocorrer de maneira que enfatize “o aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção

de incidentes”, tendo como base sistemas seguros, e evitando-se que haja responsabilização individual. Destarte, a cultura de segurança é caracterizada por envolver tanto profissionais quanto gestores, devendo os mesmos assumirem a responsabilidade pela sua segurança, de seus colegas, pacientes e familiares (BRASIL, 2014a).

Essa cultura não pode ser externa ao indivíduo, como algo que ele necessita adaptar-se, mas como um elemento construído por ele em seu cotidiano de trabalho, juntamente com dispositivos administrativos, nos diferentes níveis da organização. Ela representa a transição de uma cultura de punição e de silêncio, que foca o indivíduo e suas falhas, para uma cultura de mudanças com o objetivo de tornar o sistema mais seguro (SCHWONKE et al, 2016). O desenvolvimento de práticas seguras que primam pela segurança do paciente constitui um desafio para os profissionais e instituições de saúde, sendo necessário a implementação de ações que promovam essa cultura de segurança, que surge como um dos princípios essenciais para garantir uma assistência de qualidade no cuidado à saúde (WARCHTER, 2013).

No ambiente hospitalar, são necessárias algumas alterações para dar início a formulação de uma cultura de segurança, tais como: mudança do olhar diante dos erros, percebendo que esses são causados por falhas no sistema e não apenas falhas individuais; alteração da prática de uma cultura punitiva para uma cultura justa; mudança do sigilo para a transparência; ter o paciente como centro do cuidado; mudança de modelos de cuidado baseados no desempenho individual e independente para modelos de cuidado que envolvam a equipe multiprofissional interdependente e colaborativa; e por fim, a responsabilidade universal e recíproca, e não do topo para a base (LEAPE, 2009; BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, a segurança do paciente não é estabelecida por si só, em seu aspecto conceitual. O ato seguro tem sua origem no comportamento do indivíduo, devendo esse saber reconhecer onde o risco faz-se presente (COSTA-JUNIOR, 2015). Assim, além da promoção de uma cultura de segurança positiva, a identificação de riscos torna-se essencial na prevenção de EA nos serviços de saúde, constituindo uma importante prática para a qualificação da assistência prestada, além de impedir que o indivíduo sofra algum dano decorrente do cuidado prestado (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018).

A comunicação entre os diferentes profissionais da saúde também é abordada para que haja uma maior compreensão e envolvimento na segurança do paciente. Quando há a ocorrência de EA, frequentemente são evidenciadas diversas falhas de comunicação entre os profissionais da equipe multidisciplinar, envolvendo diferentes tipos de comunicação, tanto verbal quanto escrita. No que se refere à comunicação oral destacam-se as falhas entre profissionais, bem como, com o paciente e com a família; e na escrita, a ausência de registros.

As falhas de comunicação são consideradas fatores determinantes na ocorrência dos EA. Essas não se encontram somente no início do mecanismo de erro, como também, permitem o seu desenvolvimento (CASTILHO; PARREIRA; MARTINS, 2016).

Estudo realizado na cidade de São Paulo evidenciou que a maioria dos EA envolvia mais de um profissional, principalmente equipe médica e de enfermagem. Ao analisar o fator comunicação, foi evidenciado que em 71% ocorreram por falha de comunicação. No erro de medicação e na ocorrência de lesão por pressão, houve uma prevalência de 53,5% e 52,4%, respectivamente, com falhas na comunicação verbal e escrita; nas quedas, 36,7% apresentaram falhas na comunicação verbal; nas flebites falha na comunicação escrita em 37,1% dos eventos. Dentre esses, 82,3% foram considerados evitáveis (PENA, 2015).

Nesse contexto, percebe-se que a responsabilidade pela segurança do paciente envolve os mais diferentes âmbitos da assistência à saúde, desde o próprio paciente que deve se co-responsabilizar pelo seu cuidado e instituições de saúde, até os profissionais que prestam esse cuidado e que correspondem a uma equipe multidisciplinar. Assim, o processo de implementação de estratégias de segurança do paciente deve abarcar todos os profissionais que se encontram, direta ou indiretamente, envolvidos na assistência à saúde. Destaca-se a necessidade de que a temática seja abordada com esses profissionais desde a sua formação, no desenvolvimento das mais diversas atividades teórico-práticas, o que conseqüentemente, poderá desencadear um maior comprometimento com o cuidado seguro.

#### 4.2 A SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE MEDICINA E ENFERMAGEM

As discussões acerca da abordagem da segurança do paciente no ensino se tornaram mais efetivas a partir do ano de 2009, com a publicação, pela OMS, do *Curriculum Guide for Medical Schools*, que objetivava proporcionar a aprendizagem essencial sobre segurança do paciente aos estudantes de medicina, estimulando a prática segura em todas as suas atividades clínicas. Esse guia preconizava a implementação nas escolas médicas, de todo o mundo, da educação em segurança do paciente, compreendendo um guia para professores e tópicos mais abrangentes e conceituais acerca da temática (OMS, 2009).

Posteriormente, diante da necessidade de ser mais abrangente e contemplar outras profissões da área da saúde, o guia destinado somente a estudantes de medicina foi reescrito e a OMS lançou, em 2011, o *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*, como forma de auxiliar na organização da formação e dos currículos voltados ao ensino da

segurança do paciente, nos cursos de graduação de medicina, enfermagem, odontologia e farmácia. Do mesmo modo, o guia possui uma parte destinada aos professores e outra, mais ampla, destinada tanto a esses quanto aos estudantes (OMS, 2011).

O guia instituiu 11 itens, os quais podem ser implementados na grade curricular de acordo com as necessidades, requisitos e recursos da instituição. São eles: 1 – conceito de segurança do paciente; 2 - emprego de fatores humanos como importante para a segurança do paciente; 3 - compreensão dos sistemas e o efeito da complexidade no cuidado ao paciente; 4 - ser membro de equipe de modo eficaz; 5 - aprender com os erros a fim de evitar danos; 6 - compreender e gerenciar risco clínico, 7 - utilizar métodos de melhoria da qualidade para melhora do cuidado; 8 - envolver pacientes e cuidadores; 9 - prevenção e controle de infecções, 10 - segurança do paciente em procedimentos invasivos; e 11 - melhorar a segurança no uso de medicamentos (OMS, 2011). A elaboração do guia da OMS utilizou como base os seis domínios e competências relacionadas à segurança do *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI, 2009).

No Brasil, a portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, preconiza a inclusão, na grade curricular dos cursos da área da saúde tanto a nível técnico, quanto superior e de pós-graduação, da temática segurança do paciente. Essa deve articular esforços do Conselho Nacional de Educação juntamente com o Ministério da Educação, tendo como foco a formação e o ensino da equipe de saúde e não do aluno de maneira isolada (BRASIL, 2013a).

Em outra perspectiva, é notório que desde a sua criação, os cursos de graduação na área da saúde trabalham sob uma perspectiva de assertividade, excluindo a possibilidade de erro. De certa forma, essa abordagem, prejudica a criação de uma cultura de segurança nesse contexto (CAUDURO et al., 2017). Tradicionalmente, a grade curricular dos estudantes da área da saúde, principalmente medicina e enfermagem, têm se concentrado especificamente no desenvolvimento de habilidades clínicas como diagnóstico e tratamento de doença, bem como cuidados e acompanhamento relacionados a essas. Dessa forma, muitas vezes, acaba-se por negligenciar a gestão de riscos e a qualidade da assistência prestada no processo de formação desses estudantes (OMS, 2011; MARRA; SETTE, 2016).

Posto isso, o conhecimento acerca da temática segurança do paciente é considerado diferenciado, uma vez que se aplica em todas as áreas de prática, sendo necessária a compreensão de como os sistemas impactam na qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Sendo assim, a segurança do paciente é uma temática transversal e possui integração em todas as áreas de conhecimento relacionadas à saúde (OMS, 2011; MARRA; SETTE, 2016).

Estudo realizado por Stevanin et al (2015) evidenciou que cerca de um quarto dos estudantes de enfermagem relataram ter presenciado pelo menos um EA durante o estágio clínico. Os EA relatados com maior frequência foram relacionados à administração de medicamentos, quedas acidentais e à coleta de amostras de sangue (STEVANIN et al., 2015). Dessa forma, percebe-se a importância de que as práticas seguras e a cultura de segurança sejam estimuladas no ambiente de formação acadêmica.

Os estudantes da área da saúde precisam desenvolver confiança e competências para aprender a gerenciar os desafios relacionados à segurança do paciente. Sendo assim, torna-se necessário que a construção de conhecimento acerca da temática ocorra ao longo do processo de formação. Diante disso, a aquisição de habilidades e atitudes relacionadas a segurança do paciente precisam ter início assim que o aluno ingressar no curso de graduação. Ao realizar a abordagem do paciente de forma individual e utilizando adequadamente seus conhecimentos e habilidades, os próprios estudantes podem servir de exemplo aos demais profissionais do sistema de saúde em que se encontram inseridos, tanto em atividades técnicas quanto em atividades práticas e estágios curriculares (OMS, 2011; MARRA; SETTE, 2016).

A importância de um olhar voltado às questões de segurança do paciente no ensino decorre da necessidade de aptidão teórico-prática subsidiada pelo desenvolvimento de conhecimentos e habilidades desde a formação do profissional de saúde, as quais serão aperfeiçoadas no cotidiano de maneira interdisciplinar. Nesse contexto, considerando-se que o PNSP é recente, percebe-se que ainda são inúmeras as fragilidades presentes nos cenários de ensino-aprendizagem relacionados à segurança do paciente (CAUDURO et al., 2017).

O curso de graduação em medicina possui como exigência para sua conclusão uma carga horária mínima de 7.200 horas, sendo o prazo mínimo para tal seis anos. De acordo com as diretrizes curriculares nacionais do curso, durante sua formação, os estudantes devem desenvolver habilidades e competências nas áreas de atenção, gestão e educação em saúde. Na estruturação do curso, preconiza-se a interação ativa do aluno com os diferentes atores envolvidos na assistência desde o início da formação, fazendo com que o mesmo aprenda a lidar com problemas reais e assuma responsabilidades crescentes referentes ao cuidado e atenção à saúde (BRASIL, 2014b).

As diretrizes do curso de medicina foram modificadas pela Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, contemplando de forma mais específica questões relacionadas à segurança do paciente do que anteriormente preconizadas pelas diretrizes da resolução de CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001 (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2014b). Dentre um de seus dispostos, em seu Art. 5º, parágrafo IV dispõe acerca da segurança na execução de procedimentos e

processos evitando riscos, EA e danos aos pacientes, a si próprios e aos profissionais de saúde do sistema, tendo como base o conhecimento clínico-epidemiológico, dos riscos e das vulnerabilidades (BRASIL, 2014b).

O curso de graduação em enfermagem é concluído com uma carga horária mínima de 4.000 horas, com duração mínima de quatro e máxima de seis anos, além do trabalho de conclusão do curso (BRASIL, 2001a). Conforme as DCN do curso, durante sua formação, os estudantes necessitam desenvolver habilidades e competências gerais relacionadas à promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde; capacidade para tomada de decisões e para comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente (BRASIL, 2001a).

Dessa forma, pode-se perceber que há diferenças entre o preconizado nas DCN nos cursos da área da saúde, especificamente, medicina e enfermagem, sendo que o primeiro abrange mais aspectos relacionados à segurança do paciente. Isso pode se dar pelo fato do mesmo ter sido reformulado após a criação do PNSP, o qual preconiza a inclusão da temática no ensino dos cursos de graduação da área da saúde.

A implantação e tentativa de unificação dos conteúdos relacionados à segurança do paciente ainda são uma proposta incipiente nas instituições do Brasil, não se consistindo como parte dos objetivos dessas. Estudo documental que analisou os Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia da Universidade Federal de São Paulo, a fim de verificar o ensino da segurança do paciente, constatou que o ensino sobre a temática ainda é fragmentado, sem integração entre os cursos, possuindo pouco aprofundamento, estando em dissonância do que é preconizado pelo guia da OMS (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

Essa fragmentação também foi evidenciada em outros estudos que analisaram a grade curricular de cursos de graduação na área da saúde no Brasil e utilizaram como referência o guia da OMS (BOHOMOL; CUNHA, 2015; MELLEIRO et al., 2017). Na Inglaterra, foram avaliados os currículos de 13 cursos de graduação em enfermagem, evidenciando resultado semelhante, sendo que apenas em dois dos cursos pesquisados, o ensino da segurança do paciente era incluído na grade curricular de maneira multidisciplinar (ROBSON et al., 2013).

Sendo assim, é necessária a articulação entre os estudantes de graduação de medicina e enfermagem a fim de que desenvolvam competências para garantir a segurança do paciente. Essas competências devem ser construídas e estimuladas tanto no ambiente pedagógico quanto no ambiente clínico. O envolvimento do estudante nesses processos estimula o

raciocínio crítico, comunicação, habilidades na tomada de decisão, com aumento de competências e *feedback* adequados (BIANCHI et al., 2016).

Neste contexto, recomenda-se a utilização de ferramentas confiáveis para medir as percepções dos alunos sobre sua própria preparação nas questões relacionadas à segurança do paciente para: a) continuar a revisar o currículo, b) credenciar os posicionamentos clínicos com base nos padrões de segurança do paciente percebidos na prática c) avaliar os efeitos das estratégias educacionais adotadas e d) melhorar as metas de aprendizagem do programa de segurança alcançadas pelos alunos (LEAPE, 2010).

Atualmente existem instrumentos que são utilizados no contexto do ensino de segurança do paciente na área da saúde, tais como o *Patient Safety Attitudes, Skills and Knowledge Scale* (PS-ASK), utilizado para avaliar atitudes, habilidades e conhecimentos de estudantes (SCHNALL et al., 2008); o *Health Care Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey* (HPPSACS), que foi desenvolvido nos Estados Unidos da América para avaliar percepção, atitudes e habilidades dos alunos de graduação acerca da educação para a segurança do paciente (CHENOT; DANIEL, 2010); o *Latino Student Patient Safety Questionnaire*, que avalia atitudes e conhecimentos dos estudantes (MIRA et al., 2015); e o *Quality and Safety Education for Nurses* (QSEN), que consiste em um instrumento de auto avaliação de competências de segurança do paciente (LEE; JANG; PARK, 2016).

Entre os instrumentos existentes, destaca-se o *Health Professional Education in Patient Safety Survey* (H-PEPSS), o qual foi desenvolvido no Canadá, e tem como objetivo avaliar a competência em segurança do paciente, por meio dos níveis de confiança na aprendizagem, na educação de profissionais de saúde em sua entrada para a prática profissional. O H-PEPSS enfoca principalmente aspectos socioculturais da segurança do paciente, incluindo cultura, trabalho em equipe, comunicação, gerenciamento de risco e compreensão dos fatores humanos relacionados à temática (GINSBURG et al., 2012).

O instrumento foi aplicado em 4.496 profissionais recém-formados nos cursos de graduação em medicina, enfermagem e farmácia, evidenciando que há menores níveis de confiança na aprendizagem de segurança do paciente em dimensões de gestão de riscos de segurança e de compreensão humana; que os enfermeiros obtiveram escores mais elevados nas dimensões de aprendizagem em sala de aula e no ambiente clínico; e ainda, que há uma maior confiança na aprendizagem de segurança do paciente no ambiente clínico comparada com a aprendizagem em sala de aula (GINSBURG; TREGUNNO; NORTON, 2013).

Esse instrumento vem sendo adaptado para a utilização em estudantes de cursos de graduação na área da saúde a fim de medir competências em segurança do paciente durante a

formação acadêmica. O mesmo foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa, sendo aplicado em estudantes de medicina e enfermagem do Sul do Brasil, evidenciando que os mesmos não possuem total confiança nas competências de segurança do paciente adquiridas durante a sua formação (BRANCO, 2018).

Nesse sentido, cabe destacar que os estudantes apresentaram menor confiança nas questões relacionadas à segurança clínica e maior confiança na aprendizagem acerca da comunicação efetiva entre profissionais e com o paciente, bem como na aprendizagem em sala de aula em detrimento da prática. Ainda, nesse estudo, os estudantes de medicina, quando comparados com os estudantes de enfermagem, obtiveram menores escores nas dimensões relacionadas à segurança do paciente (BRANCO, 2018).

No Canadá, o instrumento foi aplicado com 238 estudantes de enfermagem, evidenciando níveis maiores de confiança no aprendizado de questões relacionadas à segurança clínica, como higiene das mãos, controle de infecção, práticas seguras de medicação e prática clínica segura em geral, tanto na sala de aula quanto no ambiente clínico. Ainda, relataram confiança na aprendizagem relacionada à comunicação efetiva com pacientes e outros profissionais, bem como na comunicação para prevenir eventos. Os alunos relataram menos confiança no aprendizado sobre o trabalho em equipe e no que aprenderam sobre reconhecer, responder e divulgar EA (DUHN et al., 2012).

No mesmo país, estudo realizado com 396 estudantes do curso de graduação em medicina e estagiários da pós-graduação em medicina, evidenciou que os mesmos sentem-se mais confiantes na aprendizagem no ambiente clínico e menos confiantes nos aspectos socioculturais, principalmente relacionados a fatores humanos como trabalho em equipe, gerenciamento de riscos e cultura de segurança. Não houve diferença significativa entre a aprendizagem na sala de aula e na clínica; os estudantes da graduação no processo final da formação sentem maior confiança; e ainda, a maioria relatou dificuldade em questionar a tomada de decisão de autoridades e temem as consequências caso cometam algum erro grave (DOYLE et al., 2015).

No Canadá, foram pesquisados 716 estudantes de enfermagem, ao longo de três anos, de forma semelhante ao estudo anterior, mesmo sendo com estudantes de cursos diferentes, evidenciando que os mesmos se sentem mais confiantes nas dimensões clínicas e menos nos aspectos socioculturais relacionados à segurança do paciente. A maioria não se sentia à vontade para falar sobre segurança do paciente; a confiança na aprendizagem da segurança no ambiente clínico diminuiu conforme os mesmos avançavam no curso; e ainda, o tópico com a menor confiança relaciona-se a ocorrência de EA (LUKEWICH et al., 2015).

Outro estudo no mesmo país, com 664 estudantes de graduação em enfermagem e estudantes do curso técnico de enfermagem teve como objetivo analisar as diferenças entre os estudantes de nível superior e técnico em relação à segurança do paciente. De maneira geral, os estudantes expressaram níveis semelhantes de confiança nas dimensões de segurança do paciente. Estudantes do curso técnico sentem que os erros são vistos de forma individualizada e temem repercussões frente à ocorrência desses, mais do que os de graduação. Enquanto os alunos da graduação sentem menor confiança em relação aos tópicos de fatores humanos e ambientais, os do curso técnico sentem menos confiança nas questões relacionadas à cultura de segurança e EA (RAYMOND, 2017).

Estudo realizado pelo mesmo autor e colaboradores, com 458 estudantes de enfermagem de duas universidades do Canadá, corroborando com outros estudos, evidenciou que há uma maior confiança na aprendizagem em sala de aula em detrimento do ambiente clínico e menor confiança nas dimensões relacionada a fatores ambientais e culturais. Ainda, a maioria dos estudantes teme falar sobre questões que possam afetar a segurança de seus pacientes e de reportar a ocorrência de EA (RAYMOND; MEDVES; GODFREY, 2017).

No contexto italiano, o instrumento foi utilizado em 574 estudantes do curso de graduação em enfermagem com o objetivo de validá-lo para a língua italiana, e evidenciou que não há diferenças significativas entre a aprendizagem em sala de aula e no ambiente clínico. O trabalho em equipe com os demais profissionais da área da saúde na garantia da segurança do paciente foi a competência que demonstrou a menor pontuação (BRESSAN et al., 2016).

Ainda na Itália, Stevanin et al (2015) utilizaram o instrumento em 621 estudantes de graduação em enfermagem do primeiro, segundo e terceiro ano acadêmico. De maneira geral, os estudantes percebem-se com confiança elevada tanto nos conteúdos teóricos quanto na prática clínica, demonstrando maior nível de confiança nas dimensões relacionadas à comunicação efetiva, cultura de segurança e entendimento humano e ambiental. Já o menor nível de confiança foi observado no gerenciando de conflitos interprofissionais e no apoio aos membros da equipe após um EA.

Na Arábia Saudita o instrumento foi utilizado em 191 estudantes de enfermagem e evidenciou que as competências para as dimensões “trabalho em equipe”, “reconhecer e responder para remoção imediata de riscos” e “cultura de segurança” é significativamente maior na sala de aula do que no ambiente clínico. Quanto ao sexo, os estudantes do sexo feminino relataram maior competência tanto em sala de aula quanto em ambiente clínico para as dimensões: “trabalho em equipe” e “comunicação eficaz”, enquanto os do sexo masculino

relataram maior competência nas dimensões "gestão de riscos de segurança" e "compreensão humana e fatores ambientais" (COLET et al., 2015).

Na Coréia do Sul o instrumento foi aplicado em 233 estudantes de enfermagem e medicina com o objetivo de avaliar as competências de segurança dos pacientes dos estudantes do último ano da graduação e o efeito de um programa de educação acerca da segurança do paciente sobre essas competências. De maneira geral, os estudantes de enfermagem obtiveram uma maior pontuação nas dimensões que os de medicina. A dimensão com menor nível de confiança foi o trabalho em equipe com outros profissionais da área da saúde e o com maior confiança foi o relacionado à comunicação. Cabe destacar que o programa educacional desenvolvido acerca da segurança do paciente melhorou o resultado da avaliação pelo H-PEPSS (HWANG et al., 2016).

O instrumento foi utilizado em 1.319 estudantes de enfermagem do primeiro, segundo e terceiro ano, evidenciando que há maior confiança no aprendizado de habilidades de segurança clínica e menos confiança no aprendizado de dimensões socioculturais como o trabalho em equipe, gerenciamento de riscos e de fatores humanos e ambientais. Ainda, a maioria dos estudantes relatou dificuldade no questionamento de decisões ou ações de autoridades e temiam medidas disciplinares diante da ocorrência de um erro grave (USHER et al., 2017).

Ainda nesse contexto, Stomski et al. (2018) utilizaram o instrumento em 96 estudantes do curso de graduação em enfermagem do último ano. Como resultados, não houve diferenças significativas na confiança acerca das competências de segurança do paciente adquiridas na sala de aula e o ambiente clínico. No entanto, a confiança nas competências de segurança diminuiu significativamente entre os ambientes, sendo que os estudantes apresentaram menor confiança após os estágios clínicos.

Diante dos resultados observados pode-se inferir que, de maneira geral, há uma maior confiança nas competências em sala de aula em detrimento do ambiente clínico e menor confiança nas dimensões relacionada a fatores ambientais e culturais, os quais são considerados importantes para o desenvolvimento de um cuidado seguro e eficiente. Nesse sentido, nota-se a necessidade de preparo dos alunos no processo de gestão de EA de maneira multiprofissional, uma vez que esses fatores demonstram-se incipientes nos estudos realizados. No entanto, para uma maior evidência, são necessários estudos que envolvam não somente os estudantes de enfermagem, mas esses conjuntamente com os da medicina, visto que são profissionais que desenvolvem a maior parte do cuidado ao paciente.

## **5 METODOLOGIA**

A metodologia do estudo foi desenvolvida em duas etapas: quantitativa e qualitativa.

### **5.1 ETAPA QUANTITATIVA**

#### **5.1.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo analítica. A abordagem quantitativa configura-se um método de teste de teorias objetivas, fazendo a relação entre as variáveis, que podem ser mensuradas por meio de instrumentos, para que assim seja realizada a análise de dados numéricos por meio de procedimentos estatísticos (CRESWELL, 2010).

Já a pesquisa analítica constitui-se num método de desdobramento de um todo em seus elementos constituintes, ou desmembramento de determinado fenômeno com o intuito de fazer uma relação entre causa e efeito (MIRANDA-NETO, 2005). O delineamento da pesquisa caracteriza-se como transversal, visto que os dados foram coletados em um único momento do tempo da pesquisa (CRESWELL, 2010).

#### **5.1.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido junto aos cursos de graduação em enfermagem e medicina da Universidade Federal do Rio Grande, no período de setembro a outubro de 2019.

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) teve sua criação autorizada no ano 1975, com a denominação de Curso de Enfermagem e Obstetrícia. Iniciou suas atividades no primeiro semestre do ano de 1976 e teve seu reconhecimento em 1979, por meio do Decreto 1.223/79. Visa um perfil profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; com qualificação para o exercício da profissão pautada no rigor científico e intelectual e em princípios éticos. Tendo esse, capacidade para identificação e intervenção frente problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, ou seja, no ecossistema costeiro, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes, bem como de atuação com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania atuando como promotor da saúde integral do ser humano (FURG, 2012).

De acordo com o atual Projeto Pedagógico do Curso, o mesmo é desenvolvido em regime de disciplinas, com carga horária total de 4.140 horas, cursadas ao longo de dez semestres. Da carga horária total, 3030 horas contemplam as disciplinas teóricas e teórico-práticas obrigatórias, o projeto e o trabalho de conclusão de curso; e 960 horas correspondem aos estágios supervisionados. Ainda, são preconizadas 150 horas de atividades complementares (FURG, 2012). Atualmente, o ingresso no curso ocorre por meio do Sistema de Seleção Unificado (SISU/ENEM), o qual oferta 60 vagas anuais, com duplo ingresso, 30 estudantes no primeiro semestre e 30 estudantes no segundo.

O Curso de Graduação em Medicina da FURG teve sua criação autorizada no ano de 1966, sendo implantado no mesmo ano pelo Decreto nº 68.306, de 2 de março de 1971 (BRASIL, 1971). Visa uma formação que contemple o sistema de saúde vigente no país, formando um profissional com iniciativa na busca do conhecimento; espírito crítico e consciência da transitoriedade de teorias e técnicas, assumindo a necessidade de educação continuada ao longo de toda a vida profissional; domínio do conhecimento; que saiba trabalhar em equipe; com ética e sensibilidade humana, dentre outros (FURG, 2015).

De acordo com o atual Projeto Pedagógico do Curso, o mesmo é desenvolvido em regime seriado, com carga horária total de 8.105 horas, cursadas ao longo de seis anos, em turno integral. Da carga horária total, 7.905 horas correspondem às disciplinas obrigatórias; e dentro dessas 3.840 horas ao estágio curricular, além de 200 horas de atividades complementares (FURG, 2015). Atualmente, o ingresso no curso também ocorre por meio do SISU/ENEM, o qual oferta 74 vagas anuais.

### **5.1.3 Participantes do estudo**

Foram convidados a participar do estudo os estudantes de graduação em enfermagem e medicina, que consentiram sua participação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I). Para esta etapa foram convidados os estudantes de medicina do quarto e quinto ano, e de enfermagem do quinto ao décimo semestres. A abrangência se justifica pelo fato desses estudantes já possuírem vivência nas atividades práticas, podendo relacioná-las com aquelas experimentadas em sala de aula.

Foram utilizados como critérios de inclusão para seleção dos participantes: ser estudante de um dos cursos de graduação e estar devidamente matriculado. Os critérios de exclusão limitaram-se à ausência do estudante no local e momento da coleta de dados, devido

a trancamento total, mobilidade acadêmica e regime de exercícios domiciliares, ou estágio curricular em outra instituição.

Para seleção dos participantes foi utilizada a amostragem não probabilística por conveniência, em que a seleção dos elementos da amostra é feita de forma não-aleatória, considerando as características do grupo de participantes do estudo (CRESWELL, 2010). Assim, os participantes foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e momento da coleta de dados.

Para seleção do tamanho amostral, utilizou-se o software *StatCalc Epi Info 7*, considerando 95% de significância e margem de erro 5%. O objetivo dessa regra é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a realização de determinados procedimentos estatísticos, uma vez que é necessário um número de participantes específico. Conhecendo previamente o total dos semestres estudados, composta por 165 estudantes de enfermagem e 204 de medicina, chegou-se ao número mínimo amostral de 95 estudantes de enfermagem e 126 estudantes de medicina.

#### **5.1.4 Coleta de dados**

Para a coleta de dados, o procedimento de distribuição dos instrumentos foi realizado em visita às salas de aula e aos campos de estágio. Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os mesmos foram entregues diretamente aos participantes em um envelope de papel pardo, sem identificação. A partir da distribuição dos instrumentos e assinatura dos TCLE, foi realizada a aplicação e recolhimento desses.

A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento H-PEPSS proposto originalmente por Ginsburg et al (2012) e traduzido e adaptado para a língua portuguesa brasileira por Branco (2018) para ser utilizado em estudantes de medicina e enfermagem (ANEXO III). A utilização do instrumento foi autorizada pela autora (ANEXO IV).

O instrumento original foi desenvolvido com profissionais recém-formados em medicina, enfermagem e farmácia, no Canadá, como intuito de medir a competência de segurança do paciente auto referida pelos profissionais. Ao ser adaptado por Branco (2018), objetivou avaliar competências sobre segurança do paciente por meio de dimensões relatadas pelos estudantes de enfermagem e medicina.

Apresenta 38 questões fechadas composta por três etapas independentes, no entanto, neste estudo, optou-se por utilizar somente as primeiras duas, uma vez que a terceira etapa

abrange questões relacionadas ao início da atividade profissional. A primeira seção apresenta 27 questões com sete constructos (segurança clínica, trabalho em equipe, comunicação efetiva, gerenciamento de riscos de segurança, fatores humanos e ambientais, EA e cultura de segurança) operacionalizadas em uma escala dupla de concordância tipo *Likert*, contendo cinco intervalos de repostas, variando de discordo totalmente a concordo totalmente, e opção “não sei”.

No constructo de segurança clínica apresenta quatro questões relacionadas à higiene das mãos, controle de infecções, segurança no uso de medicamentos, práticas clínicas seguras em geral. No segundo, trabalho em equipe, são seis questões que abordam dinâmica de equipe, gestão de conflitos, envolvimento do paciente, autoridade e liderança, e encorajamento dos membros da equipe. No terceiro constructo, comunicação efetiva, são sete assertivas que abarcam situações de comunicação com os pacientes, comunicação com os profissionais, habilidades de comunicação.

No quarto constructo, gerenciamento de riscos de segurança, são três questões que abordam o reconhecimento de situações de risco, identificação e implementação de soluções, e gerenciamento de riscos. No compreendendo fatores humanos e ambientais, as quatro assertivas abarcam o papel dos fatores humanos, aplicação de tecnologia, e o papel dos fatores ambientais. Ainda, o sexto, reconhecer, responder e revelar EA, possui quatro questionamentos quanto ao reconhecimento de EA, redução de danos, revelação, e análise. Por fim, as quatro assertivas do constructo cultura de segurança aborda, a complexidade do cuidado, atitudes questionadoras, ambiente de apoio, e natureza dos sistemas.

A segunda etapa é composta por sete questões mais amplas sobre segurança do paciente na educação dos alunos. As questões versam sobre habilidades práticas, abordagem da segurança do paciente no ensino, oportunidade de interação interdisciplinar, entendimento acerca da notificação de EA, a segurança do paciente no curso, aspectos clínicos, e aspectos sistêmicos. Foi utilizada a mesma escala *Likert* composta por cinco intervalos acima, exceto a opção "não sei". A escala dupla permite avaliar os estudantes em dois momentos distintos, na sala de aula e no ambiente clínico.

### **5.1.5 Análise de dados**

Os dados foram analisados com auxílio do software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0.2. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e estatística inferencial. A estatística descritiva constitui-se de um conjunto de

técnicas que objetiva descrever, resumir, totalizar e apresentar dados de pesquisa por meio de técnicas de distribuição de frequência, medidas de tendência central, medidas de dispersão e correlações (GAYA, 2008).

A estatística inferencial foi realizada mediante diferentes testes estatísticos para comparar médias entre grupos. Para verificação da normalidade dos dados, foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov, obtendo-se distribuição paramétrica. Os testes realizados foram o Teste T pareado e Teste T para medidas independentes.

O primeiro foi utilizado para a variável referente aos domínios e comparativo entre os ambientes de aprendizagem. Já o segundo foi utilizado para as seguintes: comparativo entre os cursos em relação ao ambiente de aprendizagem; comparativo entre os períodos do curso de enfermagem no ambiente de sala de aula e no ambiente de situações práticas; comparativo entre os períodos do curso de medicina no ambiente de sala de aula e no ambiente de situações práticas; e comparativo entre os cursos de enfermagem e medicina acerca dos aspectos mais amplos sobre segurança do paciente.

## 5.2 ETAPA QUALITATIVA

### 5.2.1 Tipo de estudo

Foi utilizado o método de pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. A pesquisa qualitativa busca profundidade na compreensão dos fenômenos a serem investigados por meio de rigor e critério em sua análise (MORAES; GALIAZZI, 2013). Ainda, a mesma permite entender o universo das relações humanas estabelecidas no contexto da pesquisa, por meio da observação e interação do pesquisador com o participante do estudo (APOLINARIO, 2011).

O caráter exploratório considera os inúmeros aspectos relativos ao fenômeno, proporcionando maior familiaridade com o problema uma vez que faz com que o mesmo se expresse de maneira mais explícita ou possam ser construídas hipóteses. Enquanto o caráter descritivo almeja a descrição das características presentes em determinada população, proporcionando um maior detalhamento acerca das informações sobre o fenômeno estudado (GIL, 2017).

### 5.2.2 Local do estudo e participantes do estudo

O estudo foi desenvolvido junto aos Cursos de Graduação em enfermagem e medicina de uma Universidade pública federal, localizada em um município do Sul do Brasil, os quais estão descritos na etapa quantitativa, no período de setembro a novembro de 2019.

Foram convidados a participar do estudo os estudantes de graduação em enfermagem do oitavo, nono e décimo semestre; e do quarto, quinto e sexto anos da medicina, tendo em vista que esses estudantes já haviam concluído grande parte das disciplinas obrigatórias teóricas e práticas. Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos participantes foram: ser estudantes de um dos cursos de graduação e estar devidamente matriculado no nono e décimo semestres da enfermagem ou no quinto ano da medicina. Os critérios de exclusão limitaram-se à ausência do estudante no local e momento da coleta de dados, devido a trancamento total, mobilidade acadêmica, regime de exercícios domiciliares, ou estágio curricular em outra instituição.

### **5.2.3 Coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada após a assinatura do TCLE (ANEXO II), por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada realizada com os participantes do estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente, após prévio agendamento, em local conveniente para os informantes, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas. As mesmas eram compostas por questões fechadas para caracterização dos participantes e questões abertas, enfocando a segurança do paciente na formação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina (APÊNDICE A). A coleta foi realizada por meio da visita dos pesquisadores ao campo de estágio até a saturação dos dados.

### **5.2.4 Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada a partir da análise textual discursiva, a qual consiste em uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem intuito de produzir novas compreensões acerca de fenômenos e discursos. Esse tipo de análise configura-se um processo auto-organizado de construção de compreensão sobre determinado fenômeno e ocorre em três fases sequenciais: a desmontagem dos textos, a unitarização; o estabelecimento de relações, a categorização; e a comunicação (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Na primeira etapa, de unitarização, as entrevistas foram lidas de maneira minuciosa, sendo desmontadas ou desintegradas, possibilitando seu detalhamento, até que atingiram

unidades de sentido. Essas últimas surgem da desconstrução do texto, delimitando os diferentes sentidos em seus pormenores, no entanto, nunca atingindo um limite final ou absoluto (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Na segunda etapa, de categorização, foram construídas relações entre as unidades, reunindo elementos semelhantes, de modo a fazer combinações e classificações em suas determinadas categorias. As categorias foram definidas *a priori*, com base nos domínios das competências necessárias para a segurança do paciente do *Canadian Patient Safety Institute*: 1 - favorecer o estabelecimento de uma cultura de segurança; 2 - trabalhar em equipe; 3 - comunicar-se de maneira eficiente; 4 - gerenciar os riscos; 5 - otimizar fatores ambientais e humanos; e 6 - identificar, responder e divulgar EA (CPSI, 2009).

Por fim, na comunicação, ocorreram a descrição e validação das novas compreensões, tendo essas se consolidado com base nos elementos das etapas anteriores. Nesse momento se fez presente a interlocução teórica e empírica com os autores presentes nas concepções teóricas do estudo, a fim de compreender melhor os fenômenos investigados (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra E (estudantes de enfermagem) e M (estudantes de medicina), acompanhadas pelo número arábico correspondente à ordem das mesmas.

### 5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Foram garantidos todos os preceitos estabelecidos na resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) sob n. 254/2018 (CAAE: 02183318.9.0000.5324), como parte do macroprojeto intitulado “Cultura, competências e confiança no aprendizado da segurança do paciente na formação de estudantes de enfermagem e medicina” (ANEXO V), o qual foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ComPesq/EEenf). Também foi solicitada autorização das Coordenações do Curso de Graduação em Enfermagem (APÊNDICE B) e do Curso de Graduação em Medicina (APÊNDICE C).

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados deste estudo serão apresentados no formato de dois artigos, formatados de acordo com as normas de periódicos científicos da área QUALIS A, para os quais serão posteriormente enviados. O primeiro artigo, intitulado: “Confiança no aprendizado da segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem e medicina”, aborda a confiança no aprendizado de competências de segurança do paciente no ensino. O segundo artigo, intitulado “Competências de segurança do paciente desenvolvidas por estudantes de graduação em enfermagem e medicina” apresenta os resultados referentes às competências desenvolvidas pelos estudantes de enfermagem e medicina durante o seu processo de formação.

## 6.1 ARTIGO I

### CONFIANÇA NO APRENDIZADO DA SEGURANÇA DO PACIENTE DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar a confiança no aprendizado das competências em segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem e medicina. **Métodos:** pesquisa quantitativa, realizada com 134 estudantes de medicina e 101 estudantes de enfermagem de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, a partir da aplicação do *Health Professional Education in Patient Safety Survey*, adaptado e traduzido. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e inferencial, através do Teste T pareado e para variáveis independentes.

**Resultados:** a confiança no aprendizado é maior na sala de aula em detrimento ao ambiente de prática; os estudantes de enfermagem sentem-se mais confiantes tanto nos domínios relacionados às áreas específicas de segurança do paciente como trabalho em equipe, comunicação e gerenciamento de riscos, quanto nos de maior abrangência para a segurança do paciente, como habilidades e conhecimentos adquiridos. **Conclusão:** foi constatado que existem fragilidades e diferenças na confiança no aprendizado entre os estudantes de enfermagem e medicina, evidenciando a necessidade de aprofundamento da temática no ensino e articulação teórico-prática e curricular.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Educação Baseada em Competências. Estudantes de Enfermagem. Estudantes de Medicina.

#### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the confidence in learning patient safety competences of undergraduate nursing and medical students. **Methods:** quantitative research with 134 medical students and 101 nursing students from a Public University of Southern Brazil, conducted from the application of the adapted and translated *Health Professional Education in Patient Safety*

Survey. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics, using the paired t-test and for independent variables. **Results:** confidence in learning is greater in the classroom over the practice environment; Nursing students feel more confident in both domain-specific and broader areas of patient safety. **Conclusion:** there are weaknesses and differences in confidence in learning among nursing and medical students, highlighting the need to deepen the theme in teaching and theoretical-practical and curricular articulation.

**Keywords:** Patient safety. Competency based-education. Nursing students. Medical students.

**Title:** Trust in learning patient safety of nursing and medicine students

## **RESUMEN**

**Objetivo:** analizar la confianza en el aprendizaje de las competencias de seguridad del paciente de los estudiantes universitarios de enfermería y medicina. **Métodos:** investigación cuantitativa con 134 estudiantes de medicina y 101 estudiantes de enfermería de una Universidad Pública del Sur de Brasil, realizada a partir de la aplicación de la Encuesta adaptada y traducida de Educación de profesionales de la salud en seguridad del paciente. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando la prueba t pareada y para variables independientes. **Resultados:** la confianza en el aprendizaje es mayor en el aula que en el entorno de práctica; Los estudiantes de enfermería se sienten más seguros tanto en áreas específicas de dominio como en áreas más amplias de seguridad del paciente. **Conclusión:** existen debilidades y diferencias en la confianza en el aprendizaje entre estudiantes de enfermería y medicina, destacando la necesidad de profundizar el tema en la enseñanza y articulación teórico-práctica y curricular.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Educación basada en competencias. Estudiantes de enfermería. Estudiantes de medicina.

**Título:** Confianza en el aprendizaje de la seguridad del paciente de estudiantes de enfermería y medicina.

## INTRODUÇÃO

A temática segurança do paciente vem ganhando destaque no mundo todo, visto que impacta nos mais distintos âmbitos relacionados à assistência à saúde. Estima-se que o dano ao paciente seja a 14<sup>a</sup> causa de morbimortalidade em todo mundo<sup>1</sup>. No Brasil, os óbitos hospitalares relacionados a eventos adversos (EA) graves encontram-se entre as cinco principais causas de mortalidade<sup>2</sup>.

Assim, com o objetivo principal de qualificar o cuidado em saúde e contribuir com a implementação de práticas seguras, no ano de 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente, tendo como um de seus eixos norteadores, a inclusão do tema segurança do paciente no ensino, devendo estar presente na grade curricular dos cursos da área da saúde<sup>3</sup>. Nesse cenário, destacam-se os estudantes de graduação em enfermagem e medicina, uma vez que constituem futuros profissionais que atuam na linha de frente do cuidado em saúde, expondo a necessidade de estímulo à prática segura desses profissionais desde a sua formação.

A importância de um olhar voltado às questões de segurança do paciente no ensino decorre da necessidade de aptidão teórico-prática subsidiada pelo desenvolvimento de conhecimentos e habilidades desde a formação do profissional, as quais poderão ser aperfeiçoadas no cotidiano de maneira interdisciplinar. No entanto, percebe-se que ainda são inúmeras as fragilidades presentes nos cenários de ensino-aprendizagem relacionados à segurança do paciente<sup>4</sup>, inclusive no que concerne ao desenvolvimento de competências.

Nesse sentido, o *Canadian Patient Safety Institute* preconiza seis competências necessárias no processo de formação dos profissionais da saúde, são elas: favorecer o estabelecimento de uma cultura de segurança; trabalhar em equipe; comunicar-se de maneira eficiente; gerenciar os riscos; otimizar fatores ambientais e humanos; e identificar, responder e divulgar EA<sup>5</sup>.

Entre os instrumentos utilizados para avaliar as questões de segurança do paciente, evidencia-se o Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS), proposto originalmente com o objetivo de avaliar a competência em segurança do paciente na educação de profissionais de saúde recém-formados<sup>6</sup>, e adaptado e traduzido para língua portuguesa para utilização no Brasil com estudantes de enfermagem e medicina<sup>7</sup>.

Destaca-se a escassez de estudos que avaliem a confiança no aprendizado de competências para segurança do paciente entre os estudantes de graduação em enfermagem e medicina de maneira concomitante, uma vez que a maior parte das pesquisas que utilizaram o instrumento H-PEPSS foi realizada somente com estudantes de um dos cursos. Tal fato evidencia a necessidade de pesquisas que contemplem a interdisciplinaridade, a fim de obter conhecimentos que subsidiem a formação dos profissionais da saúde quanto à temática segurança do paciente.

Logo, é importante evidenciar que se tratam de áreas com importante atuação nas organizações de saúde, que ao trabalharem de forma articulada desde a formação, poderiam trazer benefícios ao cuidado prestado ao paciente, uma vez que a aquisição de competências em segurança do paciente pelos estudantes da área da saúde tende a contribuir para a qualificação da assistência prestada, o que justifica a realização desse estudo.

Tem-se como questão norteadora do estudo: qual a confiança no aprendizado das competências de segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem e medicina? O mesmo tem como objetivo analisar a confiança no aprendizado das competências em segurança do paciente de estudantes de graduação em enfermagem e medicina.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo analítica, desenvolvido com 134 estudantes de graduação em medicina e 101 estudantes de graduação em enfermagem de uma universidade pública do extremo Sul do Brasil, matriculados no terceiro, quarto ou quinto anos dos cursos.

Constituíram critérios de inclusão: ser estudante de um dos cursos de graduação e estar devidamente matriculado no terceiro, quarto ou quinto ano. Foram excluídos os estudantes que não estavam presentes no local e momento da coleta de dados, devido a trancamento total, mobilidade acadêmica e regime de exercícios domiciliares, ou estágio curricular em outra instituição.

Para seleção dos participantes foi utilizada a amostragem não probabilística por conveniência, sendo os participantes selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento da coleta de dados. O mínimo amostral foi definido através do programa *StatCalc Epi Info 7*, indicando-se população total de 165 estudantes de enfermagem e 204 estudantes de medicina, grau de confiança 95% e margem de erro 5%, resultando em uma amostra de 126 estudantes de medicina e 95 estudantes de enfermagem.

A coleta dos dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2019 em sala de aula ou campo de estágio, por meio da aplicação do instrumento H-PEPSS<sup>6</sup>, traduzido e adaptado para a língua portuguesa brasileira<sup>7</sup> para ser utilizado em estudantes de medicina e enfermagem, sendo autorizada sua utilização nesse estudo.

O instrumento apresenta 38 questões fechadas no total, compostas por três seções independentes, no entanto, neste estudo, optou-se por utilizar as duas, uma vez que a terceira etapa abrange questões mais relacionadas ao início da atividade profissional, o que poderia apresentar-se como um viés no estudo. A primeira seção apresenta 27 questões com sete constructos (segurança clínica, trabalho em equipe, comunicação efetiva, gerenciamento de riscos de segurança, fatores humanos e ambientais, EA e cultura de segurança).

Já a segunda etapa possui sete questões que abordam aspectos mais amplos da segurança do paciente. Ambas são operacionalizados em uma escala dupla de concordância tipo Likert, contendo cinco intervalos de repostas, variando de discordo totalmente a concordo totalmente, e opção “não sei”, exceto na segunda seção. A escala dupla permite avaliar os estudantes em dois momentos distintos, na sala de aula e no ambiente clínico<sup>7</sup>.

Os dados foram analisados com auxílio do software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0.2. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva e estatística inferencial. Para verificação da normalidade dos dados, foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov, obtendo-se distribuição paramétrica. A estatística inferencial foi realizada mediante Teste T-pareado e Teste T-independente a fim de comparar médias entre grupos.

Foram respeitados todos os preceitos estabelecidos na resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. O projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande sob n. 254/2018 (CAAE: 02183318.9.0000.5324), como parte do macroprojeto intitulado “Cultura, competências e confiança no aprendizado da segurança do paciente na formação de estudantes de enfermagem e medicina”.

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 235 estudantes, sendo 134 do curso de medicina e 101 do curso de enfermagem. Em relação às características dos estudantes de enfermagem, a idade média foi 26,34 anos; a maioria dos estudantes era do sexo feminino (95%); estando 32,7% no terceiro ano, 34,7% no quarto ano e 32,7% no quinto ano do curso. Quanto às características dos estudantes de medicina, a idade média foi 24,18 anos; em relação ao sexo, 59% eram do sexo

feminino e 41% do sexo masculino; estando 44% no terceiro ano, 51% no quarto ano e 39% no quinto ano do curso.

A tabela 1 demonstra que a confiança no aprendizado das competências da segurança do paciente dos estudantes de enfermagem e medicina no ambiente de sala de aula foram maiores que no ambiente de prática. Evidenciam-se maiores médias nos domínios “segurança clínica” (M=3,95; M=3,80); seguida por “comunicação efetiva” (M=3,70; M=3,56), “compreendendo fatores humanos e ambientais” (M=3,58; M= 3,42) e “cultura de segurança” (M=3,56; M=3,32). Os domínios “gerenciando riscos de segurança” (M=3,21; M=3,03) e “trabalhando em equipe com outros profissionais” obtiveram as menores médias (M=3,23; M=3,07). Assim, há diferença estatística significativa entre os ambientes de aprendizagem na sala de aula e no ambiente de prática em todos os domínios sobre segurança do paciente ( $p < 0,05$ ).

Tabela 1 - Média geral referente aos domínios e comparativo entre os ambientes de aprendizagem, Rio Grande, 2019.

Domínios sobre segurança do paciente	Ambiente de aprendizagem	N	Média	Desvio padrão	N (%) concordam ou concordam totalmente)	Teste T pareado*
Segurança clínica	Aula	233	3,95	0,85	148 (63,5)	0,000
	Prática	233	3,80	0,86	126 (54,1)	
Trabalhando em equipe com outros profissionais	Aula	235	3,23	0,96	67 (28,5)	0,002
	Prática	235	3,07	0,96	50 (21,3)	
Comunicação efetiva	Aula	234	3,78	1,14	138 (58,1)	0,001
	Prática	234	3,56	1,10	115 (49,1)	
Gerenciando riscos de segurança	Aula	235	3,21	1,17	88 (37,4)	0,005
	Prática	235	3,03	1,11	62 (26,4)	
Compreendendo fatores humanos e ambientais	Aula	235	3,58	1,09	115 (48,9)	0,005
	Prática	235	3,42	1,08	101 (42,9)	
Reconhecer, responder e revelar eventos adversos e situações de risco	Aula	235	3,35	1,05	87 (37,0)	0,000
	Prática	235	3,15	0,99	65 (27,6)	
Cultura de segurança	Aula	235	3,56	1,14	113 (48,1)	0,000
	Prática	235	3,32	1,09	81 (34,4)	

\*Valor de p ( $< 0,05$ )

Na tabela 2, em relação à confiança no aprendizado e os ambientes de aprendizagem de acordo com os cursos pesquisados, o teste T independente demonstrou que, em média, os

estudantes de enfermagem possuem maior confiança no aprendizado das competências de segurança do paciente do que os estudantes de medicina, tanto na sala de aula quanto no ambiente de prática em todos os domínios de segurança do paciente ( $p < 0,05$ ). Ambos os estudantes demonstram maior confiança do domínio “segurança clínica” na sala de aula, enquanto menor confiança foi observada no domínio “trabalhando em equipe com outros profissionais” no ambiente de prática.

Tabela 2 - Comparativo entre os cursos em relação ao ambiente de aprendizagem, Rio Grande, 2019.

Domínios H-PEPSS	Ambiente de aprendizagem	N	Enfermagem Média (DP)	N	Medicina Média (DP)	Teste T independente*
Segurança clínica	Aula	101	4,19 (0,91)	133	3,73 (0,81)	0,000
	Prática	100	4,15 (0,78)	134	3,53 (0,82)	0,000
Trabalhando em equipe com outros profissionais	Aula	101	3,66 (0,94)	134	2,91 (0,84)	0,000
	Prática	101	3,44 (0,90)	134	2,19 (0,92)	0,000
Comunicação efetiva	Aula	101	4,04 (1,14)	133	3,58 (1,09)	0,002
	Prática	101	3,98 (0,94)	133	3,23 (1,11)	0,002
Gerenciando riscos de segurança	Aula	101	3,76 (1,02)	134	2,79 (1,11)	0,000
	Prática	101	3,52 (0,96)	134	2,67 (1,08)	0,000
Compreendendo fatores humanos e ambientais	Aula	101	3,87 (1,07)	134	3,36 (1,05)	0,000
	Prática	101	3,76 (0,95)	134	3,16 (1,10)	0,000
Reconhecer, responder e revelar eventos adversos e situações de risco	Aula	101	3,76 (0,98)	134	3,03 (1,00)	0,000
	Prática	101	3,56 (0,91)	134	2,84 (0,95)	0,000
Cultura de segurança	Aula	101	3,95 (1,00)	134	3,26 (1,15)	0,000
	Prática	101	3,73 (0,97)	134	3,01 (1,09)	0,000

\*Valor de  $p$  ( $< 0,05$ )

Na tabela 3, ao realizar o comparativo entre os diferentes períodos do curso de enfermagem, evidencia-se que os estudantes que estão na metade do curso, no terceiro e quarto ano, possuem maior confiança no aprendizado das competências para a segurança do paciente que os que se encontram no período final, 5º ano, nos domínios de “segurança clínica” tanto no ambiente de aula quanto de prática; e “trabalhando em equipe com outros profissionais” no ambiente de aula ( $p < 0,05$ ).

Tabela 3 - Comparativo entre os períodos do curso de enfermagem no ambiente de sala de aula e no ambiente de situações práticas, Rio Grande, 2019.

Domínios H-PEPSS	Ambiente de aprendizagem	N	Período (3º e 4º anos)	N	Período Final (5º ano)	Teste T independente*
Segurança clínica	Aula	68	4,36	33	3,83	0,022
	Prática	68	4,28	32	3,87	0,026
Trabalhando em equipe com outros profissionais	Aula	68	3,83	33	3,31	0,009
	Prática	68	3,44	33	3,44	0,981
Comunicação efetiva	Aula	68	4,16	33	3,81	0,203
	Prática	68	3,97	33	4,02	0,805
Gerenciando riscos de segurança	Aula	68	3,84	33	3,60	0,269
	Prática	68	3,45	33	3,65	0,331
Compreendendo fatores humanos e ambientais	Aula	68	3,92	33	3,76	0,482
	Prática	68	3,74	33	3,81	0,745
Reconhecer, responder e revelar eventos adversos e situações de risco	Aula	68	3,86	33	3,56	0,212
	Prática	68	3,55	33	3,56	0,957
Cultura de segurança	Aula	68	4,01	33	3,82	0,371
	Prática	68	3,67	33	3,87	0,314

\*Valor de p (<0,05)

Na tabela 4, em relação aos distintos períodos do curso em que se encontram com estudantes de medicina, evidencia-se que não há diferença estatística significativa entre a confiança no aprendizado das competências de segurança do paciente dos estudantes da metade e do final do curso ( $p > 0,005$ ).

Tabela 4 - Comparativo entre os períodos do curso de medicina no ambiente de sala de aula e no ambiente de situações práticas, Rio Grande, 2019.

Domínios H-PEPSS	Ambiente de aprendizagem	N	Período (3º e 4º anos)	N	Período Final (5º ano)	Teste T independente*
Segurança clínica	Aula	94	3,72	39	3,77	0,735
	Prática	95	3,56	39	3,48	0,642
Trabalhando em equipe com outros profissionais	Aula	95	2,94	39	2,85	0,581
	Prática	95	2,85	39	2,63	0,202
Comunicação efetiva	Aula	94	3,63	39	3,43	0,410
	Prática	94	3,28	39	3,12	0,468
Gerenciando riscos de segurança	Aula	95	2,77	39	2,83	0,758
	Prática	95	2,67	39	2,69	0,915
Compreendendo fatores humanos e	Aula	95	3,44	39	3,16	0,164
	Prática	95	3,22	39	3,00	0,217

ambientais						
Reconhecer, responder e revelar eventos adversos e situações de risco	Aula	95	3,08	39	2,92	0,430
	Prática	95	2,86	39	2,80	0,734
Cultura de segurança	Aula	95	2,23	39	3,31	0,718
	Prática	95	3,00	39	3,05	0,784

\*Valor de p (<0,05)

Na tabela 5, quando comparados os cursos de enfermagem e medicina acerca dos aspectos mais amplos sobre segurança do paciente abordados na formação do profissional de saúde, evidencia-se que os estudantes de enfermagem possuem maior confiança no aprendizado em todos os domínios da seção ( $p < 0,05$ ), os quais abrangem habilidades práticas; abordagem das questões de segurança nas situações práticas; oportunidades de interações interdisciplinares; relato de EA e situações de risco; integração da temática segurança do paciente no curso; aspectos clínicos e aspectos sistêmicos da segurança do paciente.

Tabela 5 – Comparativo entre os cursos de enfermagem e medicina acerca dos aspectos mais amplos sobre segurança do paciente abordados na formação do profissional de saúde (seção 2 do H-PEPSS), Rio Grande, 2019.

Domínios H-PEPSS	Enfermagem Média (DP)	N (% concordam ou concordam totalmente)	Medicina Média (DP)	N (% concordam ou concordam totalmente)	Teste T independe nte*
Como estudante, minha habilidade prática ficou muito clara para mim	3,95 (3,89)	75 (74,2)	3,08 (1,16)	54 (55,9)	0,000
Há consistência em como as questões de segurança dos pacientes foram abordadas por diferentes professores nas situações práticas	3,84 (1,12)	75 (74,2)	2,72 (1,16)	43 (32,1)	0,000
Eu tive oportunidade suficiente para aprender e interagir com os membros de equipes interdisciplinares	3,05 (1,19)	36 (35,6)	2,48 (1,13)	29 (21,6)	0,000
Eu adquiri um	3,61 (1,29)	63 (62,3)	2,63 (1,21)	38 (28,3)	0,000

---

sólido entendimento de que relatar eventos adversos e situações de risco pode levar a mudanças e pode reduzir a recorrência de eventos					
A segurança do paciente foi bem integrada no programa geral	3,67 (1,07)	61 (60,3)	2,70 (1,07)	33 (24,6)	0,000
Aspectos clínicos da segurança do paciente (exemplo, higiene das mãos, transferência de pacientes, medicação segura) estavam bem contemplados em nosso programa	4,17 (0,85)	85 (84,1)	2,99 (1,15)	48 (35,8)	0,000
Aspectos sistêmicos de segurança do paciente estavam bem contemplados no nosso programa (exemplo, aspectos da organização, gestão ou o ambiente de trabalho, incluindo políticas, recursos, comunicação e outros processos)	3,75 (0,99)	70 (69,3)	2,49 (1,06)	22 (14,4)	0,000

---

\*Valor de p (<0,05)

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados evidenciam que os estudantes de enfermagem e medicina possuem maior confiança no aprendizado das competências em segurança do paciente em sala de aula, o que vai ao encontro de outros estudos realizados nos contextos brasileiro<sup>7</sup>, canadense<sup>8</sup> e oriental<sup>9</sup>. Tais resultados demonstram que é preciso repensar o modo como é abordada a temática no ambiente de prática, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias que

possibilitem aos estudantes sentirem-se mais confiantes no aprendizado das competências inerentes à prática segura do cuidado nesse contexto.

Cabe destacar que é preciso que seja oportunizado associações teórico-práticas, por meio de simulações realísticas, a fim de que os futuros profissionais de saúde sejam preparados para reconhecerem situações que possam oferecer riscos, possibilitando que ajam na interrupção da cadeia de ocorrência de erros<sup>10</sup>. Nesse cenário, os ambientes de prática se constituem como corresponsáveis na formação do estudante em relação à segurança do paciente, uma vez que consolida o conhecimento adquirido no ambiente de sala de aula. Assim, não basta aprender boas práticas na teoria e, na prática, se deparar com a realidade de um sistema de saúde pouco flexível, em que não são utilizados ou são subutilizados os protocolos assistenciais<sup>4</sup>.

No entanto, os achados do presente estudo divergem de outros estudos realizados nos contextos canadense<sup>11</sup>, italiano<sup>12</sup> e australiano<sup>13</sup>, em que não se observaram diferenças significativas na confiança do aprendizado das competências entre os ambientes de aprendizagem. Tais estudos reforçam a necessidade de pensar na articulação entre teoria e prática de modo hegemônico, para que ambos os ambientes possam comunicar-se, favorecendo e estimulando a prática segura.

De modo geral, os estudantes demonstraram maior confiança no aprendizado no domínio de “segurança clínica”, tanto na teoria quanto na prática, o qual diz respeito às questões relacionadas à higiene das mãos, controle de infecções, práticas seguras no uso de medicamentos e, práticas clínicas seguras em geral. Esses dados convergem com outros estudos realizados<sup>8,11,14</sup>. Contudo, difere do encontrado em outras pesquisas, em que a “comunicação efetiva”, que diz respeito à comunicação clara com o paciente, comunicação entre os profissionais de saúde e, a comunicação verbal e não verbal na prevenção de erros, obteve a maior média<sup>7,15</sup>.

A maior confiança dos estudantes no aprendizado do domínio de segurança clínica pode estar atrelada ao fato de que está intimamente ligada aos protocolos de segurança do paciente preconizados pelo Ministério da Saúde e que vêm, cada vez mais, sendo difundidos nas organizações de saúde, causando impacto positivo na assistência à saúde. Tais protocolos abrangem a higienização das mãos; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de lesões por pressão; cirurgia segura; identificação do paciente; e prevenção de quedas<sup>16</sup>.

A dimensão “trabalhando em equipe com outros profissionais” obteve a menor média entre os estudantes de enfermagem e medicina, o que corrobora com estudos realizados com estudantes de enfermagem na Arábia Saudita<sup>17</sup> e na Itália<sup>12</sup>, e com estudantes de medicina do Canadá<sup>11</sup>, e com alunos de enfermagem e medicina da Coréia do Sul<sup>15</sup>.

O trabalho em equipe, principalmente na equipe multidisciplinar, possui grande impacto nas questões relacionadas à segurança do paciente, minimizando significativamente a ocorrência de EA, porém ainda são observadas importantes fragilidades em grande parte das instituições de saúde nesse sentido<sup>18</sup>. O estímulo ao trabalho em equipe deve ocorrer desde a formação dos profissionais de saúde, tal prática é possível por meio da integração curricular e do desenvolvimento de discussões compartilhadas entre os alunos e professores dos diferentes cursos de graduação, de modo a favorecer a prática segura.

No que concerne às áreas mais específicas da segurança do paciente, de maneira geral, os estudantes de enfermagem obtiveram maiores médias em relação à confiança no aprendizado das competências de segurança do paciente que os estudantes de medicina, tanto no ambiente de prática quanto em sala de aula, corroborando com achados de outras investigações<sup>7,15</sup>.

Em relação aos aspectos mais amplos sobre segurança do paciente, os estudantes de enfermagem também apresentaram maior confiança no aprendizado das competências que os estudantes de medicina, em todos os questionamentos realizados, o que difere de outro estudo

realizado no contexto brasileiro, em que não houve diferença significativa na maior parte das respostas<sup>7</sup>.

Tais dados evidenciam que há lacunas e divergências no processo de formação entre os estudantes de medicina e enfermagem, principalmente no que concerne à articulação de conhecimentos e saberes entre os dois cursos para o aprendizado da segurança do paciente. Nesse sentido, pode-se inferir que a temática não é trabalhada de modo transversal nos cursos da área da saúde, evidenciado por diferenças na confiança no aprendizado entre os estudantes, o que pode prejudicar a atuação interdisciplinar na mitigação de erros.

Destaca-se que o processo de formação dos profissionais da área da saúde ainda ocorre de modo fragmentado, sem um processo de construção conjunto. Destarte, cada curso de graduação realiza um tipo de abordagem quanto à segurança do paciente, restrita às suas atividades, muitas vezes, sem perceber a necessidade de uma construção conjunta, com formação voltada para uma cultura de segurança positiva e com currículos unificados entre os diferentes cursos<sup>19</sup>. Entretanto, há evidências de que o treinamento ofertado de maneira interdisciplinar é eficaz em termos de aumento da conscientização e conhecimento quanto à segurança do paciente<sup>20</sup>.

Quanto aos períodos do curso, os estudantes de enfermagem do último ano sentem-se menos confiantes no aprendizado que os que estão na metade do curso nos domínios de “segurança clínica” tanto na teoria quanto de prática; e “trabalhando em equipe com outros profissionais” no ambiente de aula. Tais dados convergem com os encontrados em outros estudos, em que a confiança no aprendizado das competências de segurança do paciente diminuíram significativamente ao longo da formação, sendo que os estudantes apresentaram menor confiança após os estágios clínicos<sup>9,13</sup>.

Cabe destacar que nos anos finais, o aluno permanece um tempo maior no ambiente de prática. Nesse contexto, pode visualizar situações em que não sente confiança na

aplicabilidade das competências que adquiriu em sala de aula, ou ainda, que a abordagem teórica é incipiente. Assim, esse dado vem ao encontro de que os alunos sentem maior confiança no aprendizado na aula em detrimento da prática.

Já entre os estudantes de medicina não foi evidenciado diferença estatística significativa na confiança dos alunos da metade e do final do curso, tanto na sala de aula quanto no ambiente de prática, o que vai de encontro a outros estudos em que os estudantes de medicina no processo final da formação possuíam maior confiança<sup>11</sup>.

A confiança no aprendizado das competências de segurança do paciente perpassa por questões que envolvem os diferentes atores e ambientes da formação do profissional da saúde. Tais fatores precisam ser reconhecidos e trabalhados pelas instituições formadoras, a fim de que as dimensões relacionadas à segurança do paciente sejam fortalecidas tanto para minimizar a ocorrência de erros em saúde tanto no processo formativo quanto na atuação como futuros profissionais.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo evidenciou que os estudantes possuem maior confiança no aprendizado das competências de segurança do paciente na sala de aula do que no ambiente de prática. Além disso, revelou que os estudantes de enfermagem possuem maior confiança no aprendizado que os estudantes de medicina tanto nas áreas específicas quanto nas áreas mais amplas relacionadas à segurança do paciente.

Evidenciaram-se fragilidades quanto à formação dos estudantes de enfermagem e medicina, possibilitando identificar dimensões que necessitam ser potencializadas no processo formativo dos mesmos e demonstrando a necessidade de uma abordagem transversal da segurança do paciente nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde. O desenvolvimento de

competências nesse sentido deve ser estimulado com o intuito de prestar, de maneira precoce, uma assistência livre de danos decorrentes da assistência à saúde.

O estudo tem como limitações a utilização da técnica de amostragem por conveniência, a qual limita a generalização dos resultados e o fato de ser realizado somente em uma instituição de ensino, o que dificulta a comparação com outras realidades brasileiras.

Como implicações para novas pesquisas, expõe-se a necessidade de estudar os currículos dos cursos de graduação a fim de analisar a abordagem e a transversalidade da temática segurança do paciente. Além disso, pesquisas de abordagem qualitativa tanto com alunos quanto com professores podem fornecer maiores subsídios na identificação de fragilidades no processo de formação dos profissionais de medicina e enfermagem.

## **REFERÊNCIAS**

1. Organização Mundial da Saúde. 10 facts on patient safety. [internet] Updated Geneva: 2018 [cited 2019 Nov 20]. Available from: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/).
2. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. II anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: propondo as prioridades Nacionais. Belo Horizonte: IESS; 2018.
3. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. 2013.
4. Cauduro GMR, Magnago TSBS, Andolhe R, Lanes TC, Dal Ongaro J. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e64818. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818>

5. Canadian Patient Safety Institute. The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions. Ontario: CPSI; 2009.
6. Ginsburg L, Castel E, Tregunno D. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. *BMJ Qual Saf.* [internet]. 2012[cited 2019 Oct 20];21:676–84. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000601
7. Branco VPS. Competências para a segurança do paciente: dimensões relatadas por estudantes de enfermagem e medicina [dissertação]. Lages (SC): Universidade do Planalto Catarinense, Santa Catarina; 2018.
8. Raymond J, Medves JM, Godfrey CM. Baccalaureate nursing students' confidence on patient safety. *Journal Nurs Educ Pract.* [internet]. 2017 [cited 2019 Nov 23]; 7(6): 56-64. doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n6p56>.
9. Suliman M. Measuring patient safety competence among nursing students in the classroom and clinical settings. *Nurs Educ Perspect.* [internet] 2019 [cited 2019 Oct 25]; 40:e3-7. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000460
10. Reis ES, Rached CDA. Segurança do paciente: a falta de abordagem no ensino da área da saúde. *Revista Saúde Foco.* [internet] 2019 [citado em 21 set 2019]; (11): 366:72. Disponível em: [http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/029\\_Elaine-Revista-Sau\\_de-em-Foco.pdf](http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/029_Elaine-Revista-Sau_de-em-Foco.pdf)
11. Doyle P, VanDenKerkhof EG, Edge DS, Ginsburg L, Goldstein DH. Self-reported patient safety competence among Canadian medical students and postgraduate trainees: a cross-sectional survey. *BMJ quality & safety.* [internet]. 2015 [cited 2019 Oct 23]; 24(2):135–41. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003142.
12. Bressan V, Stevanin S, Bulfone G, Zanini A, Dante A, Palese A. Measuring patient safety knowledge and competences as perceived by nursing students: an Italian validation study.

Nurse Educ Pract [internet]. 2016 [cited Out 23]; 16(1):209-16. doi:

10.1016/j.nepr.2015.08.006.

13. Stomski N, Gluyas H, Andrus P, Williams A, Hopkins M, Walters J et al. The influence of situation awareness training on nurses' confidence about patient safety skills: a prospective cohort stud. Nurse Educ Today. [internet]. 2018 [cited 2019 Aug 21]; 63: 24–28. doi:

10.1016/j.nedt.2018.01.019.

14. Usher K, Woods C, Parmenter G, Hutchinson M, Mannix J, Power T et al. Self-reported confidence in patient safety knowledge among Australian undergraduate nursing students: A multi-site cross-sectional survey study. Int J Nurs Stud. [internet] 2017[cited 2019 Out 03];

71:89-96. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.03.006.

15. Hwang JI, Yoon TY, Jin HJ, Park Y, Park JY, Lee BJ. Patient Safety competence for final-year health professional students: Perceptions of effectiveness of an interprofessional education course. J Interprof Care. [internet]. 2016 [cited 2019 Aug 20]; 30(6):732-38. doi:

10.1080/13561820.2016.1218446

16. Ministério da Saúde (Br). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

17. Alquwez N, Cruz JP, Alshammari F, Felemban EM, Almazan, JU, Tumala RB et al. A multi-university assessment of patient safety competence during clinical training among baccalaureate nursing students: A cross-sectional study. J Clin Nurs [internet]. 2019 [cited 2019 Sep 21];28:1771–1781. doi :<https://doi.org/10.1111/jocn.14790>.

18. Richter JP, McAlearney AS, Pennell ML. The influence of organizational factors on patient safety examining successful handoffs in health care. Health Care Manage. [internet]. 2016 [cited 2019 Out 20]; 41(1):32-41. doi: 10.1097/HMR.0000000000000033.

19. Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO. Enseñanza sobre seguridad del paciente en el pregrado en salud: reflexiones sobre saberes y prácticas. *Interface (Botucatu)*. [Internet] 2016 [citado 12 Out 2019]; 20(58). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0699>.
20. Gill AC, Cowart JB, Hatfield CL, Stritto RAD, Landrum P, Ismail N, Nelson EA, Teal CR. Patient Safety Interprofessional Training for Medical, Nursing, and Pharmacy Students. *MedEdPORTAL*. [internet]. 2017 [cited 2019 Nov 01]; 13:10595. doi: [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.10595](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10595).

## 6.2 ARTIGO II

### COMPETÊNCIAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA

*Patient safety competences by nursing and medicine graduate students*

*Competencias de seguridad del paciente de estudiantes universitarios en enfermería y medicina*

#### RESUMO

**Objetivo:** compreender o desenvolvimento das competências de segurança do paciente entre estudantes de graduação em enfermagem e medicina. **Métodos:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com 24 estudantes de graduação em medicina e enfermagem, de uma universidade pública do Rio Grande do Sul, de setembro a novembro de 2019. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e analisados pela análise textual discursiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** as competências desenvolvidas relacionaram-se à cultura de segurança; trabalho em equipe; comunicação efetiva; gerenciamento de riscos; otimização de fatores ambientais e humanos; e conduta diante de eventos adversos. **Considerações finais:** os estudantes desenvolveram competências de segurança do paciente na sua formação, no entanto, demonstram fragilidades quanto ao conhecimento e aplicação das mesmas na prática, principalmente na ação diante da ocorrência de erros.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Educação baseada em competências. Estudantes de enfermagem. Estudantes de medicina. Educação interprofissional.

#### ABSTRACT

**Objective:** to understand the development of patient safety skills among undergraduate students in nursing and medicine. **Methods:** qualitative, exploratory-descriptive study, carried out with 24 undergraduate students in medicine and nursing, from a public university in Rio Grande do Sul, from September to November 2019. Data were collected through a semi-structured interview script and analyzed by discursive textual analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** the skills developed were related to the safety culture; team work; effective communication; Risk management; optimization of environmental and human factors; and conduct in the face of adverse events. Final

considerations: the students developed patient safety skills in their training, however, they demonstrate weaknesses regarding their knowledge and application in practice, especially in the action when errors occur.

**Keywords:** Patient safety. Competency-based education. Nursing students. Medical students. Interprofessional education.

### *RESUMEN*

**Objetivo:** comprender el desarrollo de habilidades de seguridad del paciente entre estudiantes de pregrado en enfermería y medicina. **Métodos:** estudio cualitativo, exploratorio descriptivo, realizado con 24 estudiantes universitarios de medicina y enfermería, de una universidad pública en Rio Grande do Sul, de septiembre a noviembre de 2019. Los datos se recopilaron a través de un guión de entrevista semiestructurada y analizado por análisis textual discursivo. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación. **Resultados:** las habilidades desarrolladas se relacionaron con la cultura de seguridad; trabajo en equipo; comunicación efectiva gestión de riesgos; optimización de factores ambientales y humanos; y conducta ante eventos adversos. **Consideraciones finales:** los estudiantes desarrollaron habilidades de seguridad del paciente en su capacitación, sin embargo, demuestran debilidades con respecto a su conocimiento y aplicación en la práctica, especialmente en la acción cuando ocurren errores.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Educación basada en competências. Estudiantes de enfermería. Estudiantes de medicina. Educación interprofesional.

### **INTRODUÇÃO**

A segurança do paciente no ensino vem ganhando destaque mundialmente, uma vez que trabalhar a temática desde a formação dos profissionais de saúde tem se mostrado eficiente na mitigação de erros em saúde. Assim, a importância de um olhar voltado às questões de segurança do paciente nesse contexto, decorre da necessidade de aptidão teórico-prática subsidiada pelo desenvolvimento de conhecimentos e habilidades nesse cenário, as quais necessitam ser aperfeiçoadas no cotidiano de maneira interdisciplinar<sup>1</sup>.

No contexto brasileiro, considerando-se que o Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual preconiza a implementação da temática segurança do paciente nos cursos de graduação da área da saúde<sup>2</sup>, é recente, ainda são percebidas fragilidades no processo de ensino-aprendizagem nos estudantes<sup>3</sup>. Cabe destacar o desenvolvimento de competências para

a segurança do paciente, nesse cenário, como forma de potencializar a construção de futuros profissionais críticos e reflexivos, com atitudes de segurança.

As concepções teóricas deste estudo se estruturam sob a noção de competência de Perrenoud, que se baseia no fato de que para que ocorra a mobilização de habilidades e conhecimentos, é necessário que esses sejam trabalhados, exigindo além de disponibilidade de tempo, didáticas e situações apropriadas de aprendizado. Assim, competência é a capacidade de agir de modo eficaz frente a uma situação, fundamentada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. Dessa forma, as competências são reconhecidas quando utilizam, integram e mobilizam conhecimentos na possibilidade de relacionar, interpretar, interpolar, inferir, criar, intuir e identificar, pertinentemente os conhecimentos prévios e os problemas<sup>4-6</sup>.

Especificamente no ensino da segurança do paciente, o *Canadian Patient Safety Institute* preconiza seis competências no processo de formação dos profissionais da saúde, sendo essas relacionadas à cultura de segurança; trabalho em equipe; comunicação efetiva; gerenciamento de riscos; fatores ambientais e humanos; e ainda, identificação, resposta e divulgação dos eventos adversos (EA)<sup>7</sup>. Tais competências também são preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, no *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*, visando a organização da formação e a integração curricular dos cursos da área da saúde<sup>8</sup>.

É importante destacar que os profissionais de enfermagem e medicina exercem um papel de destaque como ordenadores dos cuidados prestados aos pacientes, sendo importante o conhecimento de como se dá a abordagem da temática desde o seu processo de formação. Pesquisas evidenciam lacunas quanto ao desenvolvimento de competências para a segurança do paciente entre os estudantes de enfermagem e medicina, uma vez que, muitas vezes, a formação desses alunos apresenta-se fragmentada<sup>3,9</sup>, sendo necessário o aprofundamento das questões relacionadas à temática no ensino, possibilitando assim, o desenvolvimento de estratégias para o favorecimento da prática segura em saúde.

Embora a percepção de que tais competências possam servir de alicerce no processo de formação dos profissionais de saúde, também se torna necessário conhecer a aplicabilidade de tais dimensões entre os estudantes, bem como as potencialidades e as fragilidades presentes no processo de ensino-aprendizagem quanto às competências para a segurança do paciente. Nesse sentido, a questão norteadora do estudo é: Como se desenvolvem as competências de segurança do paciente nos estudantes de enfermagem e medicina? Nesse sentido, o objetivo foi compreender o desenvolvimento das competências de segurança do paciente entre os estudantes de graduação em enfermagem e medicina.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, realizado na Faculdade de Medicina e na Escola de Enfermagem de uma universidade pública localizada no Sul do país, juntos aos cursos de graduação em medicina e enfermagem, no período de setembro a outubro de 2019.

Participaram do estudo 24 estudantes, sendo 12 do curso de graduação em enfermagem e 12 do curso de graduação em medicina, com idades entre 22 e 41 anos, predominantemente do sexo feminino.

Foram convidados a participar do estudo os estudantes de graduação em enfermagem e medicina dos últimos semestres/anos de seus respectivos cursos, tendo em vista que esses estudantes já haviam concluído as disciplinas obrigatórias teóricas e práticas. Para seleção dos participantes foi utilizada a amostragem não probabilística por conveniência, de acordo com a presença dos estudantes no momento e no local de coleta de dados, o qual se deu por meio de visitas aos campos de estágio dos estudantes.

Os critérios de inclusão para seleção dos participantes foram: ser estudantes de um dos cursos de graduação e estar devidamente matriculado no nono ou décimo semestres da enfermagem ou no quinto ano da medicina. Os critérios de exclusão limitaram-se à ausência do estudante no local e momento da coleta de dados, devido a trancamento total, mobilidade acadêmica, regime de exercícios domiciliares ou estágio curricular em outra instituição. O encerramento das entrevistas se deu por meio da saturação dos dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de roteiro de entrevista semiestruturada, contendo questões fechadas, para a caracterização dos participantes; e questões abertas, que abordaram aspectos relacionados às competências de segurança do paciente na formação dos estudantes. As entrevistas foram realizadas por meio de agendamento com os estudantes e, sala privativa, gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

A análise dos dados foi realizada a partir da análise textual discursiva, a qual tem intuito de produzir novas compreensões acerca de fenômenos e discursos, por meio de um processo auto-organizado de construção de compreensão sobre determinado fenômeno em três fases sequenciais: a unitarização; a categorização; e a comunicação<sup>10</sup>.

Na etapa de unitarização, as entrevistas foram lidas de maneira minuciosa, detalhando-as até se atingirem unidades de sentido. Essas últimas surgiram da desconstrução do texto, delimitando os diferentes sentidos em seus pormenores, no entanto, nunca atingindo um limite final ou absoluto. Na segunda etapa, de categorização, foram construídas relações entre as

unidades, reunindo-se elementos semelhantes, de modo a fazer combinações e classificações em determinadas categorias<sup>10</sup>.

Tais categorias foram definidas *a priori*, com base nos domínios das competências necessárias para a segurança do paciente do *Canadian Patient Safety Institute*: 1 - favorecer o estabelecimento de uma cultura de segurança; 2 - trabalhar em equipe; 3 - comunicar-se de maneira eficiente; 4 - gerenciar os riscos; 5 - otimizar fatores ambientais e humanos; e 6 - identificar, responder e divulgar EA<sup>7</sup>.

Por fim, na comunicação, descreveram-se e validaram-se novas compreensões, tendo essas se consolidado com base nos elementos das etapas anteriores. Nesse momento se fez presente a interlocução teórica e empírica com os autores presentes nas concepções teóricas do estudo, a fim de compreender melhor os fenômenos investigados<sup>10</sup>.

Foram respeitados os preceitos estabelecidos na resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. O projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde local sob n. 254/2018 (CAAE: 02183318.9.0000.5324).

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi entregue em duas vias, juntamente com o instrumento de pesquisa. A fim de manter o anonimato dos informantes, os depoimentos foram identificados pela letra M quando dos estudantes de medicina e E quando dos estudantes de enfermagem, acompanhadas pelo número arábico correspondente a ordem das entrevistas.

## **RESULTADOS**

A análise dos dados foi realizada a partir das seis categorias definidas *a priori*, apresentadas a seguir (Figura 1): 1) Favorecer o estabelecimento de uma cultura de segurança; 2) Trabalhar em equipe; 3) Comunicar-se de maneira eficiente; 4) Gerenciar os riscos; 5) Otimizar fatores ambientais e humanos; e 6) Identificar, responder e divulgar EA<sup>7</sup>.

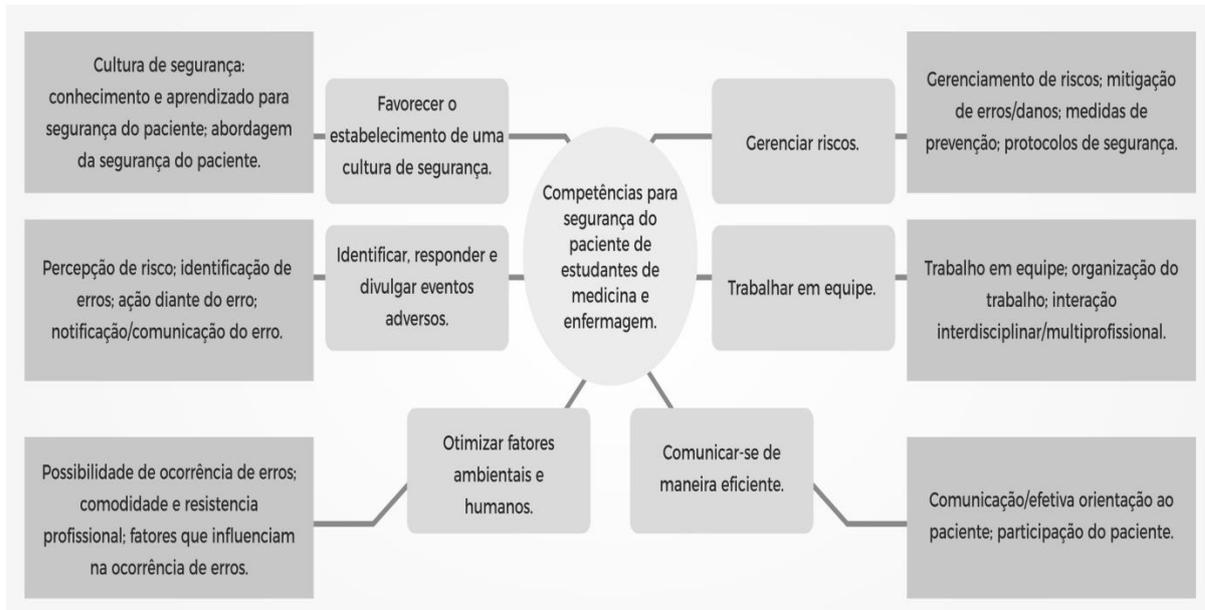


Figura 1 - Modelo esquemático das competências para a segurança do paciente de estudantes de enfermagem e medicina. Rio Grande, RS, Brasil, 2019.

### **Favorecer o estabelecimento de uma cultura de segurança.**

Nesta categoria foi possível evidenciar que os estudantes reconhecem a importância do aprendizado da segurança do paciente e as suas atribuições na promoção da mesma, relatando a necessidade de sua abordagem desde o início da graduação. Nesse sentido, destacam o professor desempenhando um importante papel na reflexão acerca da temática, favorecendo para que ocorram mudanças na prática, tanto acadêmica quanto profissional. Os métodos de ensino ao longo do processo de aprendizagem são citados como subsídio no desenvolvimento de competências que favoreçam o estabelecimento de uma cultura de segurança.

*No início da graduação, no segundo semestre, já aprendemos um pouquinho sobre como evitar alguns erros, até em algumas disciplinas como semiologia I, semiologia II, mas só vamos ver a fundo sobre segurança do paciente mais da metade para o final da graduação. [...] Eu acho que como é bem importante, deveria ser abordada desde o início [...]. (E1)*

*Eu acredito que nós somos uma peça chave na segurança do paciente, porque nós que vamos promover isso [...] no momento em que os professores nos fazem refletir sobre a segurança do paciente, não só aprendemos, mas também tomamos pra si a questão de que é muito importante, de que isso tem papel essencial tanto como acadêmicos quanto como futuros enfermeiros. [...] Acho que a maneira como é trabalhado é importante, porque nós somos moldados ao longo da graduação para prestarmos um cuidado humanizado, mas também com competência. [...] (E5)*

Nessa mesma perspectiva, os estudantes evidenciam a importância da prática, e relatam que, muitas vezes, é observado o seu distanciamento da teoria. Entretanto, a citam

como uma forma de consolidar o conhecimento adquirido na sala de aula, principalmente por meio da observação de práticas seguras de outros profissionais. Contudo, apesar de relatarem que há discussão acerca dos erros como uma falha no processo, ainda percebem a presença de uma cultura punitiva nos ambientes de prática, o que dificulta a abordagem e discussão dos erros.

*Cada vez que vemos alguém trabalhando de maneira correta, temos a tendência a tentar melhorar também. [...] quando tu começa a ver a importância na prática e a cobrança dos outros profissionais explicando aquilo, tu consegue assimilar o que é dado na aula com a prática. [...] Nesse semestre eles desmistificaram o erro, deixaram bem claro que não deve ser punitivo, eles mostraram o erro como correção, como aprendizado. Em algum momento o processo foi falho. Então, a admissão do erro é importante para que diminua esse processo de falha. (E10)*

*[...] muitas vezes, tem uma lacuna entre o que é teoria e o que é a prática. [...] Falta um cuidado, um olhar específico para isso [...] de olhar o caso e prestar atenção em todos os pontos, de conseguirmos ter a visão geral, do paciente e de todos os seus riscos. (M9)*

Cabe destacar ainda, que foi possível evidenciar uma diferença entre o ensino da segurança do paciente dos estudantes de enfermagem e medicina. Ao compará-los, evidencia-se que os primeiros relatam uma maior abordagem das questões relacionadas à temática no seu processo de formação, enquanto os segundos referem que a temática é abordada de maneira incipiente tanto em sala de aula quanto no ambiente de prática.

*[...] Foi bem abordada [a segurança do paciente], principalmente na disciplina de administração. Realizamos avaliações, bastante debatidas. Íamos para as práticas depois da aula [teórica]. Na prática, os erros não são muito abordados, já teve mais de uma situação que aconteceram falhas graves e o assunto não foi abordado, não foi debatido porque tem aquilo de culpabilizar, de punir [...] (E6)*

*Eu acho que não é abordada tão bem a questão da segurança. Não temos aulas sobre essa temática, teve uma pincelada que outra, é mais na prática identificando como as pessoas agem. [...] (M7)*

### **Trabalhar em equipe**

Nesta categoria, é possível identificar como o trabalho em equipe é visualizado pelos estudantes. Embora reconheçam a importância da atuação interdisciplinar, relatam que a ausência de interação entre a equipe profissional e os estudantes ao longo da formação fragiliza o processo de ensino-aprendizagem, impedindo, muitas vezes, que o estudante seja proativo nesse ambiente.

*[...] muitas vezes não conseguimos nos inteirar na equipe e isso faz com que tenhamos muita dificuldade em visualizar muitas coisas [...] Muitos dos funcionários não nos dão atenção, achando que quando comentamos alguma coisa, é coisa de estagiário. [...] Eu acho que é sempre importante tentar abordar de diversas maneiras, mas sempre abordar isso com a equipe. (E4)*

Os estudantes do curso de medicina reconhecem a necessidade de um trabalho conjunto com outros profissionais, no entanto, relatam que o modelo biomédico de atenção à saúde ainda se faz presente, desde a formação profissional, dificultando que o trabalho em equipe seja estabelecido em prol da segurança do paciente. Ainda, percebem o distanciamento da classe médica como uma questão cultural, que influencia diretamente no cuidado seguro prestado ao paciente.

*Eu acho que é uma falha dentro da formação da medicina, porque vemos muito a parte de prescrição, conduta clínica, toda essa parte, mas acho que a parte do cuidado mesmo é uma coisa que falta, e aí acabamos entendendo isso como parte da enfermagem, mas acho que a segurança do paciente passa por todos da equipe. [...] Uma vez eu vi uma discussão do pessoal da enfermagem sobre a questão de identificação do paciente, e como eles revisavam isso, e como eles tinham dados sobre isso, era uma coisa que eu nem imaginava que era necessário, que era feito. [...] por ser um trabalho em equipe acho que eu tenho que entender mais o que a enfermagem está fazendo, para poder agir em conjunto. (M1)*

*O que eu percebo é que tem mais um alinhamento entre a equipe de enfermagem em relação a isso, e acabamos ficando de fora, não porque a equipe de enfermagem nos deixa de fora disso, mas porque existe uma cultura da medicina de não participar de todas as atividades que todo mundo do hospital participa, como se fosse um trabalho separado dos outros. [...] (M3)*

### **Comunicar-se de maneira eficiente**

A categoria em questão aborda como é percebida a comunicação na formação dos estudantes de enfermagem e medicina, sendo compreendida pelos mesmos como uma forma de identificação de riscos e prevenção de erros durante a assistência ao paciente. Nesse contexto, enfatizam tanto a comunicação com pacientes e familiares quanto com a equipe de saúde como forma de prestar um cuidado seguro. Ainda, destacam a importância dos registros, realizados pelos profissionais, no prontuário dos pacientes, como forma de comunicação multiprofissional.

*[...] Já passei por uma situação em que o nome do paciente não era o que estava ali, o paciente deu alta, internou outro, e através desses mecanismos de conversa com o paciente, eu consegui identificar que não era o mesmo paciente. [...] Acho que tanto a comunicação entre a equipe quanto com o próprio paciente e os familiares, podem evitar muitos erros, e pode fazer que entendamos o quadro clínico do paciente. (E5)*

*Comunicação é importante, eu acho que nos comunicando com o pessoal da enfermagem e vice-versa, auxilia na diminuição dos erros. Além dos registros, que com certeza são importantes porque tu tens monitorização do que o paciente está fazendo dentro do hospital. (M1)*

Os estudantes citam a comunicação como estímulo para a participação e corresponsabilidade do paciente no seu cuidado e, conseqüentemente, na sua segurança dentro da instituição de saúde. Ainda, quando são realizadas orientações de maneira correta, a relação entre o profissional e o paciente tende a melhorar, justamente pela compreensão desse último quanto à importância da assistência prestada. Entretanto, relatam que, na maioria das vezes, os pacientes não são ativos no seu processo de saúde e doença, principalmente por não possuírem acesso ou não compreenderem as informações que são passadas pelos profissionais de saúde.

*Eu acho muito importante que o paciente participe e entenda tudo o que está sendo realizado com ele, que ele participe e que os familiares participem. E que compreendam que cada tipo de cuidado com relação à segurança, tem um motivo, que não acontece à toa, que não é mera burocracia. [...] mas apesar disso eu percebo que não são todos os pacientes que tem acesso a essas informações, não participam dessas questões. (M3)*

### **Gerenciar os riscos**

O gerenciamento de riscos é abordado nesta categoria como forma de prevenção dos erros em saúde. Os estudantes, principalmente de enfermagem, citam os protocolos de segurança do paciente como importantes instrumentos para gerenciar os riscos nas instituições de saúde, reconhecendo que quando utilizados de forma adequada, modificam de maneira significativa a vida do paciente. Nesse sentido, os estudantes relataram que a aplicação prática dos protocolos depois da aula teórica contribui para a visualização da sua importância. No entanto, destacam que, na maioria das unidades, eles não são utilizados pelos profissionais.

*Alguns (protocolos) não ocorrem, não visualizamos nas unidades [...] Eu vejo potencialidade em relação aos protocolos [...] Eu acho que o curso contribuiu porque, por exemplo, na disciplina de administração, íamos para a aula, pegávamos aquela folha para ver como é que eram os protocolos, e íamos para o hospital aplicar. Então tu consegues visualizar o que está acontecendo. (E2)*

Destacam-se que os estudantes do curso de medicina, apesar de visualizarem algumas ações, não conhecem a maioria dos protocolos de segurança do paciente. Mesmo assim, tais estudantes também reconhecem as potencialidades da implementação e aplicação dos mesmos no gerenciamento de riscos nas organizações de saúde.

*[...] Eu vejo que os pacientes têm a identificação, tem a plaquinha na parede, mas o que é avaliado, como é avaliado, eu não faço ideia. (M1)*

*O máximo que tivemos foi lavagem das mãos na imunologia, não mais do que isso. [...] Conheço o protocolo de cirurgia segura porque já vi em outros lugares, nos congressos de cirurgias, mas aqui no hospital nunca. [...] Eu acho que implementar protocolos é uma forma de minimizar os erros. Não vai evitar todos, mas melhor bastante. (M2)*

De forma geral, os estudantes ainda citam as atividades de educação permanente como potencial para o estabelecimento da segurança do paciente, no intuito de instrumentalizar os profissionais e subsidiar práticas seguras. E, destacam ainda, as tecnologias que podem vir a ser utilizadas para auxiliar na prevenção de erros no processo de trabalho da equipe de saúde.

*[...] Às vezes, não adianta fazer um protocolo, fazer alguma coisa e deixar aquilo no papel, jogar dentro da unidade, porque sabemos que ninguém vai ler. Mas trabalhar em cima disso, trabalhar isso dentro das unidades, com os profissionais. [...] E trabalhar também com equipamentos e materiais diferentes, para evitar erros que podem vir a acontecer [...]. (E12)*

O aprendizado diante do erro é citado tanto pelos estudantes de enfermagem quanto de medicina como uma maneira de prevenir que ocorram novos erros, principalmente quando é aprofundado durante o processo de formação. A figura do professor nesse contexto, após a ocorrência de um evento adverso, por mais que, muitas vezes, seja negligenciada pelo mesmo, é destacada pelos estudantes como uma potencialidade para o conhecimento quanto às condutas adequadas a serem tomadas diante de situações de risco.

*A faculdade vem para desmitificar, primeiro para dar um estudo aprofundado do que é cada coisa, e segundo para comprovar que se há falha no processo temos que procurar essa falha e corrigir. Então, a questão de mostrar e avaliar aquele erro são uma maneira a mais de aprendizado [...]. (E10)*

*[...] Geralmente, após a ocorrência de eventos adversos relacionados à segurança do paciente, o preceptor da área acaba abordando a questão e nos orientando qual teria sido a conduta correta e como proceder, mas infelizmente nem todos os setores são assim e, muita coisa acaba passando batido quando acontece. [...] (M11)*

### **Otimizar fatores ambientais e humanos.**

Nesta categoria abarca a influência de fatores humanos e ambientais na segurança do paciente e a otimização dos mesmos como uma competência a ser desenvolvida pelos estudantes. Evidencia-se o reconhecimento do erro como inerente ao ser humano, e o fato de aprender com ele uma maneira de crescimento tanto profissional quanto pessoal.

*[...] E temos que ser humildes em admitir que também erramos, porque somos humanos. Então acho que temos que usar isso para crescer profissionalmente e pessoalmente. (M12)*

A comodidade e resistência por parte de alguns profissionais é destacada como uma fragilidade que influencia na formação para a segurança do paciente, uma vez que dissocia significativamente o que é aprendido em sala de aula do que é visualizado na prática. Também percebem a pressão e a sobrecarga de trabalho como algo que impacta no desenvolvimento de práticas seguras em saúde, sendo necessário também voltar o olhar ao dimensionamento da equipe de trabalho. Nesse contexto, as questões relacionadas à ausência de um protocolo seguido por todos os profissionais que atuam na instituição, bem como, o pouco entendimento acerca desse, até mesmo pelos professores, faz com que, muitas vezes, não seja possível a consolidação do conhecimento.

*Acredito que as aulas foram suficientes, mas na prática muda, porque nem sempre os profissionais que nós acompanhamos colocam em prática aquilo que nos é passado na teoria. Então, nós acabamos pegando alguns vícios durante a formação prática que atrapalham a nossa atuação posterior como profissional. (M11)*

*Durante as práticas, eu percebi que tem algumas situações que passam através do protocolo, mas que é mais seguido por uma questão de cada profissional [...] Eu acho que a principal fragilidade é a falta de entendimento dos profissionais, dos professores mesmo, com relação aos protocolos. De entender que isso não é só uma burocracia, e sim que tem todo um estudo [...] (M3)*

### **Identificar, responder e divulgar EA**

Na presente categoria, evidencia-se que os estudantes sentem-se preparados para identificarem e reconhecerem situações de risco, no entanto, não se sentem seguros para agir diante da ocorrência de EA. Destacam a ausência de discussão acerca dos erros, sendo esse, muitas vezes, velado pela equipe. que apesar de saber que é necessário notificar, relatam o medo, inerente à presença de uma cultura de segurança negativa, como algo que afeta na comunicação dos erros. Ainda, fica evidente que a conduta a ser tomada diante dos erros ainda é algo que precisa ser trabalhado nas instituições formadoras, principalmente pela informalidade e banalidade com que os erros são abordados na prática.

*[...] Eu acho que não somos bem preparados para agir, somos preparados mais na teoria, de como não acontecer o erro, quando acontece o erro, não reagimos bem, ficamos assustados e dependendo de quem está conosco, nos deixa pior ou não. Então, depende muito do professor. [...] (E8)*

*[...] Somos preparados para identificar os erros. Mas como responder, como agir quando ocorre o erro, não somos muito instruídos em relação a isso. Não se é muito discutido sobre o erro depois, meio que é abafado, muitas vezes, pelo que eu presencio. [...]. (M7)*

*Acho que eu ficaria com medo, normal de todo mundo, ficar com medo e tentar solucionar sem contar nada para ninguém, porque sabe que vai ser punido, sabe que nos corredores vão falar de ti. Mas eu sei que o certo não é isso, tem que comunicar, notificar, avisar toda a equipe, para que evite que isso aconteça novamente. [...] (E6)*

*[...] A abordagem dos erros é só na prática e no informal [...] conversa, conta que alguém fez alguma coisa e tudo mais, mas resolução disso não. Nenhuma atitude ética sobre isso [...] Justamente, por eu não ter um conceito tão amplo sobre isso eu acho que muita coisa eu devo deixar passar por não saber. [...] A maioria dos erros que eu vi não foi comunicado e foi relevado assim, tipo “acontece” [...]. (M4)*

## **DISCUSSÃO**

O desenvolvimento das competências para segurança do paciente entre os estudantes de enfermagem e medicina foi evidenciado neste estudo, uma vez que os mesmos reconhecem a importância de tais competências, mesmo que, muitas vezes, não as visualizem nos ambientes teórico-práticos. Nesse sentido, se faz necessária a promoção de conhecimentos desde o início da formação, a atuação do professor, o uso de metodologias de ensino adequadas e a associação entre teoria e prática<sup>6</sup>, como forma de favorecer o desenvolvimento de uma cultura de segurança

O desenvolvimento de competências perpassa por inúmeras questões relacionadas ao processo de ensino e aprendizagem, ancorando-se no fato de que para haver a mobilização de conhecimentos e habilidades neste contexto, é necessário que a aquisição de competências seja trabalhada ao longo de toda a formação, por meio de metodologias adequadas. No entanto, destacam-se fragilidades nesse tipo de formação nas instituições de ensino, uma vez que ainda predomina o ensino tradicional, baseado no simples acúmulo de saberes, o que dificulta que os alunos apliquem seus conhecimentos em situações reais<sup>4-6</sup>. Tais afirmações são validadas pelo fato de que ainda são evidenciadas diversas lacunas entre a teoria e a prática no aprendizado da segurança do paciente no ensino das profissões da área da saúde, principalmente no que diz respeito à aplicabilidade de conhecimentos em diferentes contextos<sup>11</sup>.

O professor tem uma atribuição importante nesse processo, uma vez que permite a reflexão sistemática sobre diferentes experiências, em distintas situações de aprendizagem. Tal pensamento potencializa o conhecimento profissional e a capacidade de resolver

problemas, fortalecendo o desenvolvimento de habilidades, o que subsidia a prática dos alunos e a sua atuação como futuros profissionais<sup>12</sup>. No entanto, o desenvolvimento de competências exige flexibilidade no ensino, bem como, esforços por parte dos educadores para que mobilizem o conhecimento dos seus alunos<sup>6</sup>.

A cultura punitiva dificulta a discussão acerca dos erros na formação. Nesse cenário, a cultura de segurança é caracterizada por enfatizar “o aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes”, tendo como base sistemas seguros, e evitando-se a responsabilização individual<sup>2</sup>. Apesar dos esforços que vêm sendo realizados pelas instituições de saúde para desmitificar o erro, a presença de uma cultura punitiva ainda é observada entre os profissionais de saúde, sendo necessária a abordagem dos erros como forma de aprendizado desde a formação profissional<sup>13</sup>.

Ainda, a abordagem não uniforme e dissociada da segurança do paciente entre os cursos de enfermagem e medicina, evidencia possíveis fragilidades quanto à atuação conjunta na prevenção de erros em saúde. Nesse sentido, cabe destacar que a unificação dos currículos entre os cursos das graduações da área da saúde em relação à temática não se constitui como um objetivo das instituições formadoras, o que fragmenta e fragiliza a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de práticas seguras entre os estudantes dos diferentes cursos<sup>3</sup>. Ainda, cabe ressaltar as diferentes abordagens da temática pelos docentes de um mesmo curso, visto que, muitas vezes, evidencia-se a ausência de um pensamento interdisciplinar acerca da segurança do paciente<sup>14</sup>.

Tal incipiente integração curricular vem ao encontro da falta de interação com a equipe profissional e entre os acadêmicos de enfermagem e medicina como forma de fragmentação do cuidado prestado ao paciente. Destaca-se que o trabalho em equipe é indispensável para o atendimento de qualidade, demonstrando impactos positivos na segurança do paciente. A educação interdisciplinar, nesse contexto, potencializa essas questões, estimulando tal atuação desde a formação profissional, possibilitando o desenvolvimento e a promoção do pensamento e da atuação conjunta; conhecimentos compartilhados; promoção de informações benéficas; e promoção do entendimento mútuo. A ausência de harmonização entre os currículos das duas profissões é reconhecida como a principal barreira para a tomada de decisões compartilhadas em prol da saúde do paciente<sup>15</sup>.

Nesse contexto, o desenvolvimento de competências é inerente à interação de saberes, envolvendo uma diversidade de pensamentos, percepções, avaliações e ações, que comportam o uso de elementos preditivos, bem como o estabelecimento de um diagnóstico com base em

dados, informações e formulações de determinadas decisões<sup>4-6</sup>. Assim, o trabalho em equipe pode potencializar a aquisição de competências entre os alunos, uma vez que permite que os diferentes conhecimentos se articulem diante de uma situação de risco, favorecendo a tomada de decisão.

Nesse cenário, a educação interdisciplinar deve ter como base a aceitação e o respeito mútuo entre as diferentes profissões na assistência ao paciente, sendo possível, com isso, reduzir hierarquias que, muitas vezes, ainda se fazem presente. Para que esse tipo de formação aconteça em longo prazo, citam-se três habilidades que necessitam ser abordadas: comunicação entre as profissões; atribuições e procedimentos específicos de cada profissão; e colocar-se na perspectiva da outra profissão. Dessa forma, pode-se almejar a otimização do atendimento prestado, orientado às necessidades e centrado no paciente, realizado por meio de práticas colaborativas<sup>15</sup>.

Nessa perspectiva, comunicar-se de maneira eficiente tanto com os demais membros da equipe quanto com os pacientes e familiares, é percebida como essencial para a compreensão e envolvimento na segurança do paciente<sup>16</sup>. Assim, é possível que, diante da ocorrência de um evento adverso, sejam evidenciadas diversas falhas de comunicação entre a equipe de saúde. No que tange a comunicação verbal, destacam-se as falhas na comunicação entre os profissionais, bem como, com o paciente e com a família; e na escrita, a ausência de registros. Nesse âmbito, as falhas de comunicação são consideradas fatores determinantes na ocorrência dos eventos adversos em saúde<sup>17</sup>.

A comunicação efetiva dos profissionais de saúde pode influenciar positivamente no envolvimento do paciente em seu próprio cuidado, garantindo que recebam e entendam as informações fornecidas. Para tanto, é necessário que sejam passadas de forma clara e objetiva, sem uso de termos técnicos que sejam desconhecidos pelo paciente. As habilidades desses para assimilar informações variam consideravelmente, podendo ser necessário repeti-las em vários momentos<sup>18</sup>. Nesse sentido, é necessário que os estudantes e profissionais desenvolvam raciocínio crítico, a fim de que a comunicação com o paciente e seus familiares ocorra de maneira adequada.

Destaca-se que as competências adquiridas devem capacitar o aluno para o desenvolvimento cognitivo e profissional, para desempenhá-las de maneira autônoma e permanente. Nesse sentido, é essencial a articulação entre conhecimentos e competências, uma vez que são indispensáveis para a reflexão acerca das situações identificadas e para a formulação de hipóteses. No entanto a mobilização dos conhecimentos não ocorre de maneira

espontânea, sendo necessário esforço para o desenvolvimento do raciocínio crítico diante das situações<sup>4</sup>.

Nessa acepção, os protocolos de segurança do paciente, a educação permanente, a postura do professor na discussão após a ocorrência de erros, bem como o aprendizado diante de tal fato são percebidos pelos estudantes como formas de gerenciar os riscos. Estudo realizado com estudantes da área da saúde, na cidade de São Paulo, corrobora com os dados encontrados neste estudo, evidenciando que os estudantes reconhecem a importância da implantação de protocolos na garantia da segurança do paciente<sup>19</sup>.

Os protocolos de segurança foram criados, no Brasil, em 2013, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para favorecerem a realização de práticas seguras em saúde. São eles: identificação do paciente; úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas<sup>20</sup>. A sua implantação pela equipe interdisciplinar contribuem significativamente para a qualidade e segurança da assistência prestada. No entanto, a adesão a esses instrumentos ainda apresenta inúmeras fragilidades nas instituições de saúde<sup>21</sup>.

Nessa mesma perspectiva, intervenções educativas e de educação permanente contribuem significativamente para a prática segura, principalmente na notificação de erros e eventos adversos, repercutindo na melhoria da qualidade do cuidado prestado. Dessa forma, os erros podem ser trabalhados dentro da instituição a fim de serem implementadas medidas preventivas e estratégias para mitigação dos eventos adversos em saúde, por meio do aprendizado organizacional<sup>22</sup>.

A abordagem acerca do gerenciamento de risco na formação possibilita a identificação de falhas que podem ocasionar erros, e conseqüentemente a elaboração de medidas para sua prevenção ou mitigação<sup>19</sup>. Nesse sentido, ressalta-se que os conhecimentos são construídos com base em experiências e representações que o indivíduo apreende na sua formação educacional e nas suas vivências cotidianas. Deste modo, a compreensão do que é ensinado só se dá por meio da aplicação de tais conhecimentos nas situações práticas. Para tanto, é necessário que sejam utilizadas estratégias que os mobilizem<sup>4</sup>. Essas perpassam pela figura do professor, que atua de maneira ativa como facilitador do processo.

Os fatores humanos e ambientais foram evidenciados pelos estudantes como influenciadores no desenvolvimento de competências para a segurança do paciente, principalmente no ambiente de prática. Cabe destacar que a otimização entre esses elementos se dá pela interação das potencialidades e fragilidades do ser humano com o ambiente, com o intuito de promover o equilíbrio entre o bem-estar e o desempenho no trabalho. Na área da

saúde, visa a realização de práticas seguras, de modo eficiente, estando fundamentada no fato de que o comportamento sofre influência direta da estrutura que dispõe. Dessa forma, os erros ocorrem quando não há uma harmonia entre esses fatores, e conseqüentemente quando os profissionais e o sistema não estão alinhados cognitivamente e fisicamente<sup>23</sup>.

Destaca-se que os alunos visualizam atitudes profissionais no ambiente de prática que se dissociam do que os mesmos aprenderam em sala de aula. Nesse campo, o modelo de supervisão possui influência nas habilidades interpessoais, profissionais e de comunicação adquiridas entre os estudantes, uma vez que, por mais que o conhecimento seja passado na sala de aula, a sua consolidação somente irá ocorrer nas situações práticas. A visualização de condutas adequadas de professores e profissionais auxiliam na replicação de atitudes que visam garantir a segurança do paciente por parte dos acadêmicos<sup>24</sup>.

Na Nova Zelândia foi evidenciado que os próprios docentes demonstram preocupações com a dicotomia entre o que é ensinado e o que os alunos, muitas vezes, vivenciam no ambiente de prática, o que sugere a necessidade de uma maior integração entre os ambientes de sala de aula e de clínica. No entanto, os docentes, muitas vezes, não se encontram preparados para abordar as questões relacionadas à segurança do paciente no processo de ensino e aprendizagem, o que influencia negativamente no desenvolvimento de práticas seguras pelos estudantes<sup>14</sup>.

No âmbito profissional, as competências são construídas em uma velocidade maior que no âmbito pessoal, pois se reproduzem em intervalos menores, constituindo, muitas vezes, uma rotina. Assim, as competências desenvolvem-se com base nas situações que o indivíduo vivencia de maneira mais frequente. Assim, o reconhecimento de uma competência se dá na possibilidade de relacionar, de maneira pertinente, conhecimentos prévios a problemas existentes<sup>4,6</sup>. Destarte, o ambiente de prática mostra-se como uma base inerente à aquisição de habilidades e competências no mais diversos âmbitos.

Por fim, os estudantes de enfermagem e medicina, embora saibam identificar o risco ou o evento adverso em saúde, não se sentem suficientemente seguros para agir diante de tal situação. Nesse contexto, ressalta-se que as principais características que permeiam a noção de competência são a tomada de decisão, a mobilização de diferentes recursos e o saber agir. Essas possibilitam o entendimento de seu conceito como uma maneira de controle das situações da vida cotidiana, nas suas diferentes esferas. Esses elementos associam-se à compreensão e avaliação de determinada situação, a fim de que sejam mobilizados conhecimentos para agir de forma adequada<sup>5</sup>. No entanto, se os estudantes não possuem a

compreensão adequada acerca da sua ação diante do erro, a conduta nesse sentido fica prejudicada.

Apesar de ser abordado o estímulo a uma cultura positiva na formação dos profissionais da saúde, evidencia-se que o aprendizado ainda permanece focado no indivíduo e em sua responsabilidade diante do erro<sup>14</sup>. Corroborando com tais dados, no contexto paulista, foi evidenciado que a maioria dos acadêmicos de enfermagem não notificaram os erros que cometeram por medo de punição<sup>11</sup>.

Cabe destacar que os educadores, muitas vezes, não identificam a ocorrência de erros na formação dos profissionais, bem como, não reconhecem a importância da notificação dos mesmos, o que pode prejudicar a formação dos estudantes para agir diante de um erro<sup>14</sup>, visto que quando maior for a compreensão do aluno acerca das variáveis envolvidas na ocorrência de um evento, maior seu compromisso com a notificação e prevenção<sup>1</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os estudantes de graduação em enfermagem e medicina desenvolveram competências necessárias para a segurança do paciente na sua formação, no entanto, ainda demonstram fragilidades quanto ao conhecimento e aplicação das mesmas na prática, em situações reais, principalmente em como agir diante da ocorrência de erros durante a assistência. Ainda, embora os estudantes reconheçam a importância da atuação interdisciplinar na segurança do paciente, evidencia-se a ausência de articulação entre os dois cursos tanto na questão curricular quanto no ambiente de prática. Nesse cenário, o papel do professor é identificado como fortalecedor de boas práticas, entretanto, muitas vezes, sua atuação se dá de maneira incipiente.

Fica evidente a necessidade de uma maior abordagem da temática segurança do paciente na formação dos médicos e enfermeiros, de forma articulada e transversal, abordando aspectos relacionados tanto ao saber quanto à sua aplicabilidade nas situações potenciais e reais de risco. Nesse contexto, são exigidos dos estudantes, além de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a tomada de decisão quanto a melhor conduta a ser realizada.

Como limitações podem-se citar o fato de o estudo ter sido realizado somente com os estudantes dos cursos de medicina e enfermagem, em uma única universidade pública, o que dificulta o conhecimento acerca da real magnitude do ensino das competências nesse contexto. Nesse sentido, relata-se a necessidade de novas pesquisas que contemplem outras profissões da área da saúde, e em contextos tanto públicos como privados, abrangendo

docentes e Projetos Pedagógicos, uma vez que há uma escassez de estudos com uma perspectiva mais abrangente.

A visualização do modo que ocorre o desenvolvimento de competências de segurança do paciente no processo de ensino e aprendizagem dos profissionais da área da saúde possibilita a implementação de estratégias direcionadas a esse público, com base nos aspectos teórico-práticos evidenciados. Além disso, permite que ocorram discussões acerca da temática no ambiente acadêmico, podendo instigar um maior interesse pela mesma nesse contexto.

## REFERÊNCIAS

1. Cauduro GMR, Magnago TSBS, Andolhe R, Lanes TC, Dal Ongaro J. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e64818. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818>.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União, Brasília*; 2013a.
3. Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO. Patient safety teaching in undergraduate health programs: reflections on knowledge and practice. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(58):727-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0699>.
4. Perrenoud P. *Construir as Competências desde a escola.* Porto Alegre: Artmed; 1999.
5. Perrenoud P. *Por que construir competências a partir da escola? Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades.* Curitiba: Melo; 2011.
6. Perrenoud P. *Desenvolver competências ou ensinar saberes?: a Escola que prepara para a vida.* Porto Alegre: Penso; 2013.
7. Canadian Patient Safety Institute. *The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions.* Ontario: CPSI; 2009.
8. Organização Mundial da Saúde. *WHO Patient safety curriculum guide: multi-professional edition.* Geneva: OMS; 2011.
9. Bianchi M, Bressan V, Cadorin L, Pagnucci N, Tolotti A, Valcarenghi D, Sasso L. Patient safety competencies in undergraduate nursing students: A rapid evidence assessment. *Journal of Advanced Nursing.* 2016;72(12):29– 2979. doi: 10.1111/jan.13033.
10. Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise Textual Discursiva.* 2. ed. Ijuí: Unijuí; 2013.
11. Hartmann C, Novaretti MCZ. Perception of nursing college students on patient safety. *Spacios.* [internet]. 2016; [citado 10 Set 2019] 37(18):e-3. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a16v37n18/163718e3.html>.

12. Lyberg A, Amsrud KE, Severinsson E. Evaluation nursing students' views of improved competence development after clinical supervision: an educative approach to the WHO patient safety model. *Open Journal Nursing*. 2015;05(08):725-34. doi: 10.4236/ojn.2015.58075
13. Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziero EC. Safety culture among health professionals in a teaching hospital. *Cogitare Enfermagem*. 2018;23(1):507-17. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>.
14. Robb G, Stolarek I, Wells S, Bohm G. The state of quality improvement and patient safety teaching in health professional education in New Zealand. *N Z Med J*. [internet] 2017 [cited 2019 Nov 20];130(1464):13-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29073653>.
15. Homeyer S, Hoffmann W, Hingst P, Oppermann RF, Dreier-Wolfgramm A. Effects of interprofessional education for medical and nursing students: enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration – a qualitative study. *BMC Nurs*. 2018; 17:13. doi:10.1186/s12912-018-0279-x.
16. Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2019; 40(spe): e20180308. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>.
17. Castilho AFOM, Parreira PMD, Martins MMFPS. nursing care and adverse events at inpatients in acute hospitals: the root cause analysis. *Rev Ibero-Americana Saúde Envelhecimento*. 2016; 2(2):605-23. doi: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(2\).600](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(2).600).
18. Skagerström J, Ericsson C, Nilsen P, Ekstedt M, Schildmeijer K. Patient involvement for improved patient safety: A qualitative study of nurses' perceptions and experiences. *Nurs Open*. 2017; 4:230–239. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.89>.
19. Garzin ACA, Melleiro MM. segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2019;18(4):e45780. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v18i4.45780.
20. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União, Brasília*; 2013b.
21. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl):1:577-84. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>.
22. Marinho MM, Radünz V, Rosa LM, Tourinho FSV, Ilha P, Misiak M. Results of educational interventions on patient safety in error and adverse event reporting. *Rev baiana enferm*. 2018;32:e25510. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.25510>.

23. Clack L, Sax H. Annals for hospitalists inpatient notes: human factors engineering and inpatient care - new ways to solve old problems. *Ann Intern Med.* 2017;166(8):HO2-HO3. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/M17-0544>.
24. Amsrud, K., Lyberg, A. and Severinsson, E. Evaluation of Nursing Students' Views of Improved Competence Development after Attending Clinical Supervision: An Educative Approach to the WHO Patient Safety Model. *Open J Nurs.* 2015;5:725-734. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2015.58075>.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta dissertação, apresentados sob a forma de dois artigos, permitiram explorar as competências de segurança do paciente de estudantes de enfermagem e medicina, alcançando os objetivos deste estudo, sendo possível identificar a confiança no aprendizado e como são desenvolvidas as competências de segurança do paciente entre os estudantes de enfermagem e medicina. Nesse sentido, possibilitou o avanço no conhecimento acerca da temática na formação, o que pode impactar diretamente na atuação desses estudantes como futuros profissionais.

O primeiro artigo compreende a etapa quantitativa do estudo e evidenciou maior confiança no aprendizado das competências de segurança do paciente na sala de aula em detrimento ao ambiente de prática. Ainda, os estudantes de enfermagem sentem-se mais confiantes que os estudantes de medicina tanto nos domínios relacionados às áreas específicas da segurança do paciente quanto nos de maior abrangência.

Observa-se a ausência de integração curricular e atuação interdisciplinar entre os cursos de graduação em enfermagem e medicina, havendo diferenças significativas em relação à confiança dos estudantes nas distintas áreas da temática segurança do paciente. Dessa forma, pode-se destacar o fato de que os estudantes sentem menos confiança no domínio relacionado ao trabalho em equipe, o qual é de grande relevância para que o paciente seja assistido em sua integralidade e de maneira segura.

O segundo artigo compreende a parte qualitativa deste estudo e evidenciou que os estudantes desenvolveram competências relacionadas ao estabelecimento de uma cultura de segurança; trabalho em equipe; comunicação efetiva; gerenciamento de riscos; otimização de fatores ambientais e humanos; e conduta diante de EA. Entretanto, observam-se fragilidades quanto ao ensino dessas competências, tanto quanto a abordagem das mesmas entre os dois cursos, quanto na dicotomia entre o que é aprendido na teoria e o que é aplicado na prática.

Além disso, os estudantes não se sentem seguros em como agir frente a um erro, demonstrando, muitas vezes, medo de punição, o que exige que a conduta diante do mesmo e o estímulo a uma cultura positiva sejam trabalhadas pelas instituições formadoras. Nesse contexto, cabe destacar que são observadas diferenças entre o modo que ocorre o processo de ensino aprendizagem entre os estudantes. Assim, conclui-se que a segurança do paciente na formação dos profissionais de enfermagem e medicina ainda apresenta uma abordagem incipiente e fragmentada, principalmente no que diz respeito às dimensões que envolvem o

trabalho em equipe entre os alunos, professores e equipe profissional, bem como, a articulação entre teoria e prática.

Tais dados são evidenciados tanto no estudo de abordagem quantitativa quanto qualitativa, demonstrando que esses aspectos necessitam ser mais amplamente discutidos no processo de formação. Destarte, faz-se necessário que sejam ampliadas as discussões acerca da temática entre a comunidade acadêmica, envolvendo também os docentes e as demais profissões da área da saúde, a fim de detectar de forma mais aprofundada as questões que envolvem o desenvolvimento de competências de segurança do paciente nesse contexto, bem como, a maneira que o conhecimento é mobilizado nas diferentes situações de aprendizado.

Cabe destacar que o estímulo às práticas seguras entre os estudantes desde o ambiente acadêmico, pode impactar de forma positiva na sua prática como futuro profissional de saúde, em todos os âmbitos da segurança do paciente, possibilitando que o cuidado seja exercido de maneira segura e com qualidade dentro das instituições de saúde. Isso fortalece o sistema de saúde de maneira geral, elevando a qualidade da assistência prestada por esses profissionais.

## REFERÊNCIAS

- ALQUWEZ, N. et al. A multi-university assessment of patient safety competence during clinical training among baccalaureate nursing students: A cross-sectional study. **J Clin Nurs**, v. 28, p.1771–81, 2019.
- AMSRUD, K.; LYBERG, A.; SEVERINSSON, E. Evaluation of Nursing Students' Views of Improved Competence Development after Attending Clinical Supervision: An Educative Approach to the WHO Patient Safety Model. **Open J Nurs**, v. 5, p. 725-34, 2015.
- APOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011
- BIANCHI, M. et al. Patient safety competencies in undergraduate nursing students: a rapid evidence assessment (Report). **J Advanc Nurs**, Oxford, v. 72, n. 12, p.2966-79, 2016.
- BRANCO, V. P. S. **Competências para a segurança do paciente: dimensões relatadas por estudantes de enfermagem e medicina**. 149f. 2018. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) – Universidade do Planalto Catarinense, Santa Catarina, 2018.
- BRANDÃO, M. G. S. A.; BRITO, O. D.; BARROS, L. M. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, v. 18, n. 70, p. 1-13, 2018.
- BRASIL. Decreto nº 68.306, de 2 de março de 1971. Concede reconhecimento à Faculdade de Medicina de Rio Grande, da Fundação Cidade do Rio Grande, RS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1971.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria MEC nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1994.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Brasília: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

BOGARIN, D. F. et al. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 491-7, 2014.

BOHOMOL, E.; CUNHA, I. C. K. O. 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. Patient safety teaching in undergraduate health programs: reflections on knowledge and practice. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 727-41, 2016.

BRESSAN, V. et al. Measuring patient safety knowledge and competences as perceived by nursing students: an Italian validation study. **Nurse educ pract**, Edinburgh, v. 16, n. 1, p. 209-16, 2016.

CASTILHO, A. F. O. M.; PARREIRA, P. M. D.; MARTINS, M. M. F. P. S. Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: análise dos fatores intervenientes. **Rev Ibero-Americana Saúde Envelhec**, Évora, v. 2, n. 2, p. 605-23, 2016.

CASTRO, C. S. et al. Fatores que influenciam no cuidado seguro de enfermagem ao paciente. **Rev Eletr Estácio Saúde**, São José, v. 7, n. 1, p. 32-39, 2018.

CAUDURO, G. M. R. et al. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.2, n.38, 2017.

CHENOT, T.; DANIEL, L. Frameworks para a segurança do paciente no currículo de enfermagem. **J nurs educ**, Thorofare, v. 49, n. 10, p. 559-68, 2010.

CLACK, L.; SAX, H. Annals for hospitalists inpatient notes: human factors engineering and inpatient care - new ways to solve old problems. **Ann Intern Med**, v. 166, n. 8, p. HO2-HO3, 2017.

- COLET, P. C. et al. Patient Safety Competence of Nursing Students in Saudi Arabia: A Self-Reported Survey. **Int J Health Sciences**, Qassim, v. 9, n. 4, p. 418-26, 2015.
- COSTA-JUNIOR, H. **Qualidade e segurança em saúde: os caminhos da melhoria via acreditação internacional relatos experiências e trocas**. Rio de Janeiro: DOC Content, 2015.
- COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; ROSA, M. B. **Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados**. Belo Horizonte: IESS, 2016.
- COUTO, R. C. et al. **II anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: propondo as prioridades Nacionais**. Belo Horizonte: IESS: 2018
- CPSI. Canadian Patient Safety Institute. **The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions**. Ontario: CPSI, 2009.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CRUZ, E. D. A. et al. Safety culture among health professionals in a teaching hospital. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 23, n. 1, p. 507-17, 2018.
- DELORS, J. et al. Os quatro pilares da educação. In: Delors, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. 10ª. ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 89-102.
- DOYLE, P. et al. Self-reported patient safety competence among Canadian medical students and postgraduate trainees: a cross-sectional survey. **BMJ Quality Safety**, London v. 24, p. 135-41, 2015.
- DUHN, L. et al. Perspectives on patient safety among undergraduate nursing students. **J Nurs Educ**, Thorofarev, v. 51, n. 9, p. 526-31, 2012.
- FIGUEIREDO, M. L. et al. Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 121-130, 2018.
- FURG. Universidade Federal do Rio Grande. **Projeto pedagógico do curso de enfermagem**. Rio Grande: FURG, 2012.
- FURG. Universidade Federal do Rio Grande. **Projeto pedagógico do curso de medicina**. Rio Grande: FURG, 2015.
- GARZIN, A. C. A.; MELLEIRO, M. M. Segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 18, n. 4, p. e45780, 2019.
- GAYA, A. **Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. Atlas: São Paulo, 2017.

GILL, A. C. et al. Patient Safety Interprofessional Training for Medical, Nursing, and Pharmacy Students. **MedEdPORTAL**, v. 13, p. 10595, 2017.

GINSBURG, L. et al. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. **BMJ Quality Safety**, London, v. 21, n. 8, p. 676-84, 2012.

GINSBURG, L. R.; TREGUNNO, D.; NORTON, P. G. Self-reported patient safety competence among new graduates in medicine, nursing and pharmacy. **BMJ Quality Safety**, London, v. 22, p. 147-154, 2013.

GONÇALVES, N.; SIQUEIRA, L. D. C.; CALIRI, M. H. L. Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação: um estudo bibliométrico. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, p. e15460, 2017.

HARTMANN, C.; NOVARETTI, M. C. Z. Perception of nursing college students on patient safety. *Spacios*, v. 37, n. 18, p. e-3, 2016.

HOMEYER, S. et al. Effects of interprofessional education for medical and nursing students: enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration – a qualitative study. **BMC Nurs**, v. 17, p. 13, 2018.

HWANG, J. et al. Patient Safety competence for final-year health professional students: Perceptions of effectiveness of an interprofessional education course. **J Interprof Care**. v. 30, n. 6, p. 732-38, 2016.

JOHANSEN, M. L.; O'BRIEN, J. L. Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. **Nursing Forum**, New York, v. 51, n.1, p.40–48, 2015.

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

LEAPE, L. Errors in medicine. **Clinica chimica acta**, Amsterdam, v. 404, n. 1, p. 2-5, 2009.

LEAPE, L. **Unmet Needs: teaching physicians to provide safe patient care**. Boston: NPSF, 2010.

LEE, N. J.; JANG, H.; PARK, S. Y. Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: a cross-sectional study. **Nursing Health Sciences**, Carlton, v. 18, n. 2, p. 163-71, 2016.

LEVETT-JONES, T. et al **Patient Safety Competency Framework (PSCF) for Nursing Students**, 2017. Disponível em: [http://www.proftlj.com/wp-content/uploads/2017/07/UTS\\_PSCF\\_Brochure\\_2.pdf](http://www.proftlj.com/wp-content/uploads/2017/07/UTS_PSCF_Brochure_2.pdf). Acesso em: 27 nov. 2018.

LUKEWICH, J. et al. Undergraduate baccalaureate nursing students self-reported confidence in learning about patient safety in the classroom and clinical settings: an annual cross-sectional study (2010–2013). **Int J Nurs Studies**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 930-38, 2015.

- LYBERG, A.; AMSRUD, K. E.; SEVERINSSON, E. Evaluation nursing students' views of improved competence development after clinical supervision: an educative approach to the WHO patient safety model. **Open J Nurs**, v. 5, n. 08, p. 725-34, 2015.
- MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error - the third leading cause of death in the US. **The BMJ**, London, v. 353, n. 2139, p. 1-5, 2016.
- MARINHO, M. M. et al. Results of educational interventions on patient safety in error and adverse event reporting. **Rev Baiana Enferm**, Salvador, v. 32, p. e25510, 2018.
- MARRA, V. N.; SETTE, M. L.. **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde**: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.
- MELLEIRO, M. M. et al. Temática segurança do paciente nas matrizes curriculares de escolas de graduação em enfermagem e obstetrícia. **Rev Baiana Enferm**, Salvador, v. 31, n. 2, p. e16814, 2017.
- MILLER, G. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic Medicine**, Arizona, v. 65, n. 9, p.63-67, 1990.
- MIRA, J. J. et al. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. **Rev pan-americana salud pública**, Washington, v. 38, n. 2, p.110-9, 2015.
- MIRANDA-NETO, M. J. de. **Pesquisa para o planejamento**: métodos e técnicas. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2013.
- MOREIRA, F. T. L. S. Et al. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, n. spe, p. e20180308, 2019.
- NABILOU, B.; FEIZI, A.; SEYEDIN, H. Patient safety in medical education: students' perceptions, knowledge and attitudes. **Public Library Science one**, San Francisco, v. 10, n. 8, p. e0135610, 2015.
- NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Quality Safety Health Care**, London, v. 12, p. 317, 2003.
- NUNES, N. J. S. **Competências gerenciais no processo de formação dos enfermeiros**. 115f. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, 2015.
- NUNES, N. J. S.; et al. Competency-based education in nursing. **J Nurs Health**, Pelotas, v. 6, n. 3, p. 447-63, 2016.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **World Alliance for Patient Safety**: forward programme. Geneva: WHO, 2005.

\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**: final technical report. Genebra: WHO, 2009.

\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **WHO patient safety curriculum guide for medical schools**. Geneva: OMS, 2009.

\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **WHO Patient safety curriculum guide**: multi-professional edition. Geneva: OMS, 2011.

\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training**. Switzerland: OMS, 2013.

\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **10 facts on patient safety**. Updated, 2018. Disponível em < [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/)>. Acesso em 28 set. 2019.

PAIXÃO, D. P. S. S da et al. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. 11, p. 622-9, 2018.

PENA, M. M. **Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação de um hospital universitário**. 228f. 2015. Tese. (Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

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

PERRENOUD, P. **Por que construir competências a partir da escola?** Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades. Curitiba: Melo, 2011.

PERRENOUD, P. **Desenvolver Competências ou Ensinar Saberes?: A Escola que Prepara para a Vida**. Porto Alegre: Penso, 2013.

RAYMOND, J. A comparison of degree and diploma nursing students confidence of patient safety competency in Ontario, Canadá. **J Nurs Educ Pract**, Toronto, v. 7, n. 8, p. 93-100, 2017.

RAYMOND, J.; MEDVES, J. M.; GODFREY, C. M. Baccalaureate nursing students' confidence on patient safety. **J nurs educ pract**, Toronto, v. 7, n. 6, p. 56-64, 2017.

REASON J. Human error: models and management. **British J Nurs**, London, v. 320, p. 768-770, 2000.

REIS, E. S.; RACHED C. D. A. Segurança do paciente: a falta de abordagem no ensino da área da saúde. **Rev Saúde Foco**, n.11, p. 366:72, 2019.

RICHTER, J. P.; MCALEARNEY, A. S.; PENNELL, M. L. The influence of organizational factors on patient safety examining successful handoffs in health care. **Health Care Manage**, v. 41, n. 1, p. 32-41, 2016.

ROBB, G, et al. The state of quality improvement and patient safety teaching in health professional education in New Zealand. **N Z Med J**, v. 130, n. 1464, p. 13-24, 2017.

- ROBSON, W.; CLARK, D.; PINNOCK, D. et al. Teaching patient safety and human factors in undergraduate nursing curricula in England: a pilot survey. **British J Nurs**, London, v. 22, n. 17, p. 1001–05, 2013.
- RODZIEWICZ, T. L.; HIPSKIND, J. E. **Medical error prevention**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2018.
- SCHNALL, R. et al. Development of a Self-Report Instrument to Measure Patient Safety Attitudes, Skills, and Knowledge. **J nurs scholarship**, Indianapolis, v. 40, n. 4, 391–4, 2008.
- SCHOWNKE, C. R. G. B. et al. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enfermeria global**, Murcia, n.41, p.220-32, 2016.
- SCHWENDIMANN, R. et al. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. **BMC Health Services Research**, London, v.18, p.1-13, 2018.
- SILVA, Y. O. M.; LIMA, M. G. Incidência de internações por eventos adversos a medicamentos em Minas Gerais. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 1-6, 2017.
- SKAGERSTRÖM, J. et al. Patient involvement for improved patient safety: A qualitative study of nurses' perceptions and experiences. **Nurs Open**, v. 4, p. 230–39, 2017.
- SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety: strengthening a value–base approach to reducing patient harm at national level**. Israel: OECD, 2017.
- SOMELLA, L. et al. The incidence of adverse events in an Italian acute care hospital: findings of a two-stage method in a retrospective cohort study. **BMC Health Services Research**, London, v. 14 n. 3, p. 358, 2014.
- SOUSA, P. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, n.3, p. 1-6, 2014.
- STEVANIN, S. et al. Knowledge and competence with patient safety as perceived by nursing students: the findings of a cross-sectional study. **Nurse Educ Today**, Edinburgh, v. 35, n. 8, p. 926-34, 2015.
- STEVEN, A. et al. Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. **J Nurs Educ**, Thorofarev, 34, n. 2, p. 277–84, 2014.
- STOMSKI, N. et al. The influence of situation awareness training on nurses' confidence about patient safety skills: A prospective cohort stud. **Nurse Educ Today**, Edinburgh, v. 63, p. 24–28, 2018.
- SULIMAN M. Measuring patient safety competence among nursing students in the classroom and clinical settings. **Nurs Educ Perspect**, v. 40, p. e3-7, 2019.

TELLA, S. et al What do nursing students learn about patient safety? An integrative literature review. **J Nurs Educ**, Thorofarev, 53, n. 1, p. 7–13, 2014.

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

USHER, K. et al. Self-reported confidence in patient safety knowledge among Australian undergraduate nursing students: A multi-site cross-sectional survey study. **Int J Nurs Studies**, Oxford, v. 17, p. 89-96, 2017.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

ZABALA, A. ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Penso, 2014.

**APÊNDICE A**  
**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Ano de ingresso no curso: \_\_\_\_\_

Semestre/Ano: \_\_\_\_\_

Atua profissionalmente na área da saúde: ( ) Não ( ) Sim

Realizou/Realiza atividades extracurriculares: ( ) Pesquisa ( ) Extensão ( ) Ensino

1. O que você entende e sabe sobre segurança do Paciente?
2. Como você visualiza seu processo de formação para atuação na segurança do paciente?
3. Com base nas suas vivências durante o Curso de Graduação, quais as principais potencialidades em relação a temática segurança do paciente?
4. Quais as principais fragilidades?
5. No curso de graduação, há abordagem a respeito da ocorrência de evento adversos, falhas, erros ou danos na área da saúde?
6. Você se sente capaz para reconhecer e responder adequadamente a situações clínicas inseguras e potenciais? Por que?
7. De que forma você acredita que o curso de graduação tenha contribuído para sua atuação na prevenção de erros? E de agir perante a ocorrência de eventos adversos nos estágios e práticas acadêmicas?
8. Como você visualiza o trabalho da equipe com os demais profissionais do campo nas questões relacionadas à segurança do paciente?
9. Como você vê a participação do paciente e seus familiares na prevenção de erros em saúde? Qual a importância disso?
10. Você conhece os protocolos de segurança do paciente? Em algum momento de sua formação você realizou a aplicação desses protocolos?
11. Você acredita que a comunicação é um elemento importante na segurança do paciente? Você visualiza isso na prática, em seus estágios curriculares, como um elemento da segurança do paciente? Como?
12. Você já presenciou a ocorrência de algum evento adverso? Qual foi a conduta realizada? O paciente foi comunicado acerca de sua ocorrência?
13. Como você agiria diante da ocorrência de um erro?
14. Como você atuaria no gerenciamento dos riscos para que não ocorressem eventos que atingissem o paciente?

**APÊNDICE B****Autorização da Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“COMPETÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE”**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura / Carimbo do Responsável

## APÊNDICE C

### **Autorização da Coordenação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“COMPETÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE”**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura / Carimbo do Responsável



## ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>4</sup>

Eu \_\_\_\_\_ informo que fui esclarecido de forma detalhada a respeito da natureza do projeto de pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção e aceito participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**Cultura, competências e confiança no aprendizado da segurança do paciente na formação de estudantes de enfermagem e medicina**”, de autoria da Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jamila Geri Tomaschewski Barlem.

**PROCEDIMENTOS:** Fui informado (a) de que o objetivo geral do estudo será “Conhecer as competências de segurança do paciente desenvolvidas por estudantes de graduação em enfermagem e medicina.”. A participação é livre e voluntária, podendo você participante, desistir a qualquer momento, retirando este consentimento sem penalização alguma.

**DESPESAS:** Eu não terei que pagar para participar do estudo, ou seja, não haverá custos e não haverá nenhuma forma de compensação financeira.

**CONFIDENCIALIDADE:** Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. A identidade do mesmo permanecerá em sigilo absoluto durante todo o processo de coleta de dados e posteriormente publicação dos resultados.

**ESCLARECIMENTO:** A pesquisa não impõe riscos físicos aos participantes. Os riscos serão os mínimos previstos. No caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, será disponibilizada consulta com a psicóloga da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis ou Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Rio Grande para apoio emocional. Os benefícios da pesquisa estão relacionados ao reconhecimento da cultura de segurança e dos níveis de confiança no aprendizado de futuros profissionais de enfermagem e medicina, o que poderá auxiliar na construção de estratégias que auxiliem na formação de profissionais mais conscientes de sua responsabilidade e cientes de suas possibilidades de transformação em todo cenário de saúde.

Declaro que fui igualmente esclarecido da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da garantia de que não haverá riscos físicos e, que no caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, poderá ser solicitado o acompanhamento do serviço de psicologia. Caso existam dúvidas quanto a sua participação ou sobre a ética da pesquisa, por favor, contatar a pesquisadora responsável Jamila G. T. Barlem pelo telefone (53) 33374614 ou pelo e-mail: [jamilabarlem@furg.br](mailto:jamilabarlem@furg.br).

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jamila Geri Tomaschewski Barlem  
Pesquisadora Responsável

<sup>4</sup>O presente TCLE terá duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa.



**ANEXO II**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>5</sup>**



Eu \_\_\_\_\_ informo que fui esclarecido de forma detalhada a respeito da natureza do projeto de pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção e aceito participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**Cultura, competências e confiança no aprendizado da segurança do paciente na formação de estudantes de enfermagem e medicina**”, de autoria da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jamila Geri Tomaschewski Barlem.

**PROCEDIMENTOS:** Fui informado (a) de que os objetivos do estudo serão “analisar a estrutura interna do instrumento Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS) através de Análise Fatorial Confirmatória”; “analisar a cultura de segurança presente entre estudantes em graduação de enfermagem e medicina”; “analisar os fatores associados à cultura de segurança presente entre estudantes em graduação de enfermagem e medicina”; “analisar os preditores da cultura de segurança presente entre estudantes em graduação de enfermagem e medicina”, “avaliar as competências em segurança do paciente, por meio dos níveis de confiança na aprendizagem, de estudantes de graduação em enfermagem e medicina.”; “analisar os fatores associados aos níveis de confiança nas competências para a segurança do paciente entre estudantes de graduação em enfermagem e medicina” e “analisar os preditores associados aos níveis de confiança nas competências para a segurança do paciente entre estudantes de graduação em enfermagem e medicina”. A metodologia empregada prevê a aplicação de questionário estruturado para coleta de dados. A participação é livre e voluntária, podendo você participante, desistir a qualquer momento, retirando este consentimento sem penalização alguma.

**DESPESAS:** Eu não terei que pagar para participar do estudo, ou seja, não haverá custos e não haverá nenhuma forma de compensação financeira.

**CONFIDENCIALIDADE:** Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. A identidade do mesmo permanecerá em sigilo absoluto durante todo o processo de coleta de dados e posteriormente publicação dos resultados.

**ESCLARECIMENTO:** A pesquisa não impõe riscos físicos aos participantes. Os riscos serão os mínimos previstos. No caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, será disponibilizada consulta com a psicóloga da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis ou Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Rio Grande para apoio emocional. Os benefícios da pesquisa estão relacionados ao reconhecimento da cultura de segurança e dos níveis de confiança no aprendizado de futuros profissionais de enfermagem e medicina, o que poderá auxiliar na construção de estratégias que auxiliem na formação de profissionais mais conscientes de sua responsabilidade e cientes de suas possibilidades de transformação em todo cenário de saúde.

Declaro que fui igualmente esclarecido da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da garantia de que não haverá riscos físicos e, que no caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, poderá ser solicitado o acompanhamento do serviço de psicologia. Caso existam dúvidas quanto a sua participação ou sobre a ética da pesquisa, por favor, contatar a pesquisadora responsável Jamila G. T. Barlem pelo telefone (53) 33374614 ou pelo e-mail: jamilabarlem@furg.br.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jamila Geri Tomaschewski Barlem  
 Pesquisadora Responsável

<sup>5</sup>O presente TCLE terá duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa.



<b>Reconhecer, responder e revelar eventos adversos e situações de risco: "Sinto-me confiante no que aprendi sobre..."</b>													
20. reconhecer um evento adverso ou situação de risco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21. reduzir os danos por meio da correção de riscos imediatos para os pacientes e outros envolvidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22. revelar um evento adverso ao paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23. participar em momento oportuno de análise do evento, prática reflexiva e planejamento a fim de evitar recorrências	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Cultura de segurança: "Sinto-me confiante no que aprendi sobre..."</b>													
24. a complexidade do cuidado em saúde e suas muitas vulnerabilidades (exemplo, estrutura do local de trabalho, pessoal, tecnologia, limitações humanas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25. a importância de ter uma atitude questionadora e de falar quando você percebe que algo pode ser inseguro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26. a importância de um ambiente de apoio que encoraje pacientes e colaboradores a falarem quando tiverem preocupações com a segurança	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27. a natureza dos sistemas (exemplo, aspectos da organização, gestão, ou o ambiente de trabalho incluindo políticas, recursos, comunicação e outros processos) e falhas do sistema e seu papel no evento adverso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SEÇÃO 2: Com qual abrangência os conteúdos de segurança do paciente são abordados na formação do profissional de saúde.</b>													
Por favor, pense sobre sua formação profissional em saúde como um todo (em sala de aula e em situações práticas) enquanto responde os itens a seguir.													
								Discordo totalmente Discordo Neutro Concordo Concordo totalmente Não sei					
28. Como estudante, minha habilidade prática ficou muito clara para mim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29. Há consistência em como as questões de segurança dos pacientes foram abordadas por diferentes professores nas situações práticas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30. Eu tive oportunidade suficiente para aprender e interagir com os membros de equipes interdisciplinares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31. Eu adquiri um sólido entendimento de que relatar eventos adversos e situações de risco pode levar a mudanças e pode reduzir a recorrência de eventos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32. A segurança do paciente foi bem integrada no programa geral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33. Aspectos clínicos da segurança do paciente (exemplo, higiene das mãos, transferência de pacientes, medicação segura) estavam bem contemplados em nosso programa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34. Aspectos sistêmicos de segurança do paciente estavam bem contemplados no nosso programa (exemplo, aspectos da organização, gestão ou o ambiente de trabalho, incluindo políticas, recursos, comunicação e outros processos)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**ANEXO IV**  
**AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO**



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Lages, 10 de setembro de 2018.

Prezada Rochele Maria Zugno  
Universidade Federal do Rio Grande

Em atenção a sua solicitação autorizamos o uso do instrumento Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS), por nós traduzido e adaptado para a língua portuguesa brasileira, para o desenvolvimento de seu projeto de pesquisa.

O instrumento está disponível na dissertação intitulada "Competências para a segurança do paciente: dimensões relatadas por estudantes de enfermagem e medicina".

Desejamos êxito no seu estudo e ficaríamos agradecidas se ao final compartilhasse seus resultados conosco, visto que estamos em processo de validação do instrumento.

Atenciosamente,

  
Valéria Pires de Souza Branco  
Mestre em Ambiente e Saúde

  
Anelise Viapiana Masiero  
Docente do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde

**ANEXO V**  
**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**



**CEPAS/FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
**Universidade Federal do Rio Grande - FURG**  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER Nº 254/2018**

**CEPAS 119/2018**

**Processo:** 23116.010445/2018-33

**CAAE:**02183318.9.0000.5324

**Título da pesquisa:** Cultura, competências e confiança no aprendizado da segurança do paciente na formação de estudantes de enfermagem e medicina

**Pesquisador Responsável:** Jamila Geri Tomaschewski Barlem

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 246/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "**Cultura, competências e confiança no aprendizado da segurança do paciente na formação de estudantes de enfermagem e medicina**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2020.

**Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.**

Rio Grande, RS, 06 de Dezembro de 2018.

*Eli Sinnott Silva*

Profª. Eli Sinnott Silva

**Coordenadora do CEPAS/FURG**