

EENF ESCOLA DE
ENFERMAGEM



EENF PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

BRUNA RUOSO DA SILVA NEUTZLING

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA**

RIO GRANDE

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAM DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA

BRUNA RUOSO DA SILVA NEUTZLING

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jamila Geri Tomaschewski-Barlem

RIO GRANDE

2019

Ficha Catalográfica:

N497c Neutzling, Bruna Ruoso da Silva.

Cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de graduação em enfermagem e medicina /Bruna Ruoso da Silva Neutzling. - 2019.
94 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande - FURG,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.
Orientadora: Profa. Dra. Jamila Geri Tomaschewski-Barlem

1. Estudos de validação. 2. Segurança do paciente. 3. Cultura organizacional. 4. Estudantes de enfermagem 5. Estudantes de medicina.
I. Tomaschewski-Barlem, Jamila Geri. II. Universidade Federal do Rio Grande. III. Título

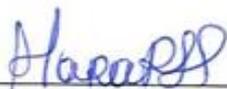
CDU: 616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecária Luciane Silveira Amico Marques – CRB 10/2375

BRUNA RUOSO DA SILVA NEUTZLING

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA**

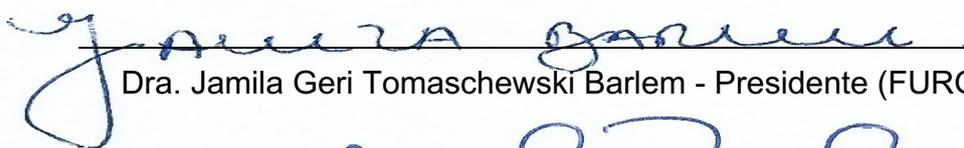
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 17 de dezembro de 2019, atendendo as normas de legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

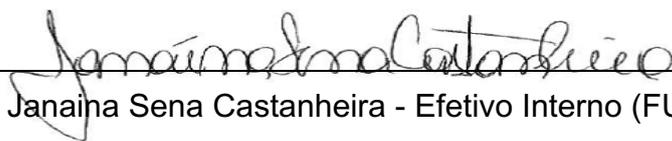
BANCA EXAMINADORA



Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem - Presidente (FURG)



Dra. Laureize Pereira Rocha - Efetivo Interno (FURG)



Dra. Janaina Sena Castanheira - Efetivo Interno (FURG)



Dra. Rosemary Silva da Silveira - Suplente Interno (FURG)



Dra. Silvana Bastos Cogo - Efetivo Externo (UFSM)

Dra. Grazielle de Lima Dalmolin - Suplente Externo (UFSM)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus**, que em sua infinita bondade me fortalece e me protege em todas as etapas de minha vida.

Agradeço também à minha **família, Irineu, Odete e Júnior**, pelo amor incondicional e a compreensão de sempre, bem como pelo apoio e carinho durante toda a minha trajetória de vida, meus sonhos e minhas realizações. Minha família é a minha base de sustentação e a responsável por incentivar e impulsionar todas as minhas conquistas. Essa vitória é nossa, pois vocês estimularam e proporcionaram todas as oportunidades para eu estudar. Amo vocês, meu amor por vocês é infinito!

À minha **avó Luiza** (*in memoriam*), que ajudou minha mãe durante a minha criação, pois possuía um amor infinito por seus netos. Amor e saudade eterna!

De todo o meu coração ao meu **marido Aluísio**, meu orgulho e meu grande amor. Obrigada pela compreensão durante toda essa trajetória e pela ajuda, apoio, conversas e incentivo de sempre. Cada dia ao teu lado minha admiração e amor por você é fortalecido, tenho muita sorte em estar ao teu lado, és um sujeito com um coração único. Você me torna mais forte, te amo MUITO!

À minha **sogra Jussara**, pela amizade, carinho e por sempre me apoiar e torcer por minhas conquistas e realizações. Te amo, considero você como uma segunda mãe!

À minha **orientadora Jamila**, pela amizade e por acreditar em mim e no meu potencial, ajudando no meu crescimento pessoal e profissional durante minha trajetória acadêmica. Te admiro imensamente, obrigada por tudo!

Ao grupo de pesquisa **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde/NEPES**, que me acolheu desde 2012, incentivando e promovendo meu desenvolvimento e meu potencial enquanto pesquisadora.

Aos meus **amigos**, pela compreensão diante desse momento em que inúmeras vezes não consegui estar presente, pela amizade e o apoio de sempre.

Um agradecimento especial ao meu **marido Aluísio, minha amiga Aline e Natani, a professora Jamila e Simoní**, pela grande ajuda durante a coleta de dados, vocês foram fundamentais para a realização e a conclusão desse trabalho.

Por fim, quero agradecer também à minha banca, com pessoas e professores que admiro muitíssimo, **Rosemary, Janaina, Laurelize e Silvana**. Obrigada pelas contribuições extremamente pertinentes para qualificar ainda mais o meu trabalho.

RESUMO

NEUTZLING, Bruna Ruoso da Silva. **Cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de graduação em enfermagem e medicina**. 2019. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Entre as estratégias para redução de erros e eventos adversos nos ambientes de cuidado à saúde, está a inclusão transversal do tema segurança do paciente na formação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina, além do reconhecimento e fortalecimento da cultura de segurança no ambiente de formação. Nessa perspectiva, atualmente, existe uma escassez de estudos e instrumentos a respeito da cultura de segurança na formação dos estudantes de enfermagem e medicina, uma vez que estes têm se concentrado majoritariamente na área hospitalar com os profissionais, fato esse que demonstra a necessidade em difundir esse tema no ensino, com vistas à construção de saberes em prol da cultura de segurança. Tem-se como objetivos: elaborar e validar um instrumento que permita analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina; analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes em graduação de enfermagem e medicina. A metodologia do estudo foi composta por duas etapas: metodológica e quantitativa. O estudo metodológico seguiu as oito etapas do autor Robert F. DeVellis para a elaboração de escalas. Para a validação do constructo, foram realizados dois testes estatísticos: a análise fatorial e o *alfa de Cronbach*. O estudo quantitativo, do tipo analítico, de delineamento transversal, foi desenvolvido com 101 estudantes de graduação em enfermagem e 134 de medicina de uma Universidade Pública do Sul do Brasil. A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação da “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina”, elaborada e validada na etapa metodológica. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde sob parecer nº 254/2018. Como resultados, obteve-se a “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina”, a qual apresentou 29 itens na versão validada, divididos em três constructos: desenvolvimento de competências para a segurança do paciente; estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança; e gerenciamento do erro; além de uma questão geral. O *alfa de cronbach* da escala foi de 0,952. Mediante validade de face, conteúdo e constructo, a escala foi considerada válida e confiável para utilização no contexto brasileiro com estudantes de enfermagem e medicina. A análise descritiva permitiu verificar que, de forma geral, os estudantes do curso de graduação em enfermagem consideram como boa a cultura de segurança do paciente no seu ambiente de formação, enquanto os estudantes do curso de graduação em medicina entendem a cultura de segurança do paciente como ruim no seu ambiente de formação. Os estudantes de enfermagem apresentaram maiores médias nos três constructos: desenvolvimento de competências para a segurança do paciente; estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança e gerenciamento do erro. Espera-se que esse estudo contribua para o estabelecimento e fortalecimento da cultura de segurança do paciente no processo de formação dos estudantes de medicina e enfermagem, priorizando uma assistência em saúde mais segura.

Descritores: Estudos de Validação. Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Estudantes de Enfermagem. Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

NEUTZLING, Bruna Ruoso da Silva. **Culture of patient safety in the training of undergraduate students in nursing and medicine**. 2019. 94f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Among the strategies to reduce errors and adverse events in health care environments, there is the transversal inclusion of the subject of patient safety in the training of undergraduate students in nursing and medicine, in addition to the recognition and strengthening of the safety culture in the training environment. . In this perspective, currently, there is a scarcity of studies and instruments regarding the safety culture in the training of nursing and medical students, since they have mostly concentrated in the hospital area with professionals, a fact that demonstrates the need to disseminate this theme in teaching, with a view to building knowledge in favor of the safety culture. The objectives are: to develop and validate an instrument that allows analyzing the culture of patient safety in the training of undergraduate students in nursing and medicine; to analyze the culture of patient safety in the training of undergraduate students in nursing and medicine. The study methodology consisted of two stages: methodological and quantitative. The methodological study followed the eight steps of the author Robert F. DeVellis for the elaboration of scales. For the validation of the construct, two statistical tests were performed: factor analysis and Cronbach's alpha. The quantitative, analytical, cross-sectional study was developed with 101 undergraduate nursing and 134 medical students from a Public University in Southern Brazil. Data collection was performed through the application of the "Patient safety culture scale for nursing and medical students", elaborated and validated in the methodological stage. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Approval was obtained from the Ethics and Research Committee in the Health Area under opinion No. 254/2018. As a result, the "Patient safety culture scale for nursing and medical students" was obtained, which presented 29 items in the validated version, divided into three constructs: development of competencies for patient safety; strategies for strengthening the safety culture; and error management; in addition to a general question. The scale's cronbach's alpha was 0.952. Due to face, content and construct validity, the scale was considered valid and reliable for use in the Brazilian context with nursing and medical students. The descriptive analysis allowed to verify that, in general, the students of the undergraduate nursing course consider the culture of patient safety in their training environment to be good, while the students of the undergraduate medical course understand the culture of patient safety. as bad in your training environment. Nursing students had higher averages in the three constructs: development of skills for patient safety; strategies for strengthening the culture of safety and error management. It is expected that this study will contribute to the establishment and strengthening of the patient safety culture in the process of training medical and nursing students, prioritizing safer health care.

Keywords: Validation Studies. Patient Safety. Organizational Culture. Students, Nursing. Students, Medical.

RESUMEN

NEUTZLING, Bruna Ruoso da Silva. **Cultura de seguridad del paciente en la formación de estudiantes de pregrado en enfermería y medicina.** 2019. 94f. Disertación (Máster en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

Entre las estrategias para reducir los errores y los eventos adversos en los entornos de atención médica, está la inclusión transversal del tema de la seguridad del paciente en la formación de estudiantes de pregrado en enfermería y medicina, además del reconocimiento y el fortalecimiento de la cultura de seguridad en el entorno de la formación. . En esta perspectiva, actualmente, existe una escasez de estudios e instrumentos sobre la cultura de seguridad en la capacitación de estudiantes de enfermería y medicina, ya que se han concentrado principalmente en el área hospitalaria con profesionales, un hecho que demuestra la necesidad de diseminar este tema en la enseñanza, con miras a construir conocimiento a favor de la cultura de seguridad. Los objetivos son: desarrollar y validar un instrumento que permita analizar la cultura de seguridad del paciente en la formación de estudiantes de pregrado en enfermería y medicina; analizar la cultura de seguridad del paciente en la formación de estudiantes de pregrado en enfermería y medicina. La metodología de estudio consistió en dos etapas: metodológica y cuantitativa. El estudio metodológico siguió los ocho pasos del autor Robert F. DeVellis para la elaboración de escalas. Para la validación del constructo, se realizaron dos pruebas estadísticas: análisis factorial y alfa de Cronbach. El estudio cuantitativo, analítico y transversal se desarrolló con 101 estudiantes de pregrado de enfermería y 134 estudiantes de medicina de una universidad pública del sur de Brasil. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de la “Escala de cultura de seguridad del paciente para estudiantes de enfermería y medicina”, elaborada y validada en la etapa metodológica. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación en el Área de Salud bajo la opinión No. 254/2018. Como resultado, se obtuvo la “Escala de cultura de seguridad del paciente para estudiantes de medicina y enfermería”, que presentó 29 ítems en la versión validada, dividida en tres constructos: desarrollo de competencias para la seguridad del paciente; estrategias para fortalecer la cultura de seguridad; y gestión de errores; Además de una pregunta general. El alfa de cronbach de la escala fue de 0.952. Debido a su validez aparente, de contenido y de constructo, la escala se consideró válida y confiable para su uso en el contexto brasileño con estudiantes de medicina y enfermería. El análisis descriptivo permitió verificar que, en general, los estudiantes del curso de pregrado en enfermería consideran que la cultura de seguridad del paciente en su entorno de capacitación es buena, mientras que los estudiantes del curso de pregrado de medicina entienden la cultura de la seguridad del paciente. tan malo en tu entorno de entrenamiento. Los estudiantes de enfermería tuvieron promedios más altos en las tres construcciones: desarrollo de habilidades para la seguridad del paciente; estrategias para fortalecer la cultura de seguridad y gestión de errores. Se espera que este estudio contribuya al establecimiento y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en el proceso de capacitación de estudiantes de medicina y enfermería, priorizando una atención médica más segura.

Descriptor: Estudios de Validación. Seguridad del Paciente. Cultura Organizacional. Estudiantes de Enfermería. Estudiantes de Medicina.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O modelo do Queijo Suíço	28
--------------------------------------------------	----

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Definições dos constructos da cultura de segurança do paciente para ambientes de formação em saúde a partir da análise fatorial- Rio Grande, 2019.54

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1:

A **Tabela 1**- Descreve a carga fatorial de cada constructo, a variância explicada e os valores do *alfa de cronbach*.....56

ARTIGO 2:

Tabela 1- Média geral dos constructos da cultura de segurança do paciente nos ambientes de formação em saúde e comparativo entre os cursos de enfermagem e medicina.....69

Tabela 2- Comparativo entre os períodos do curso de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente.....71

Tabela 3- Comparativo entre os períodos do curso de medicina acerca da cultura de segurança do paciente.....71

Tabela 4- Análise de regressão linear simples das categorias da Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina (ECSPEEM) do curso de enfermagem.....72

Tabela 5- Análise de regressão linear simples das categorias da Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina (ECSPEEM) do curso de medicina.....73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEPAS - Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde

COMPESQ - Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem

EA - Evento Adverso

EUA - Estados Unidos da América

FURG - Universidade Federal do Rio Grande

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

HSPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

IOM - *Institute of Medicine*

MS - Ministério da Saúde

MSI- *Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument*

NOTIVISA - Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

NPS - Núcleo de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSP- Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSP- Plano de Segurança do Paciente

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SAQ - *Safety Attitude Questionnaire*

SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS - Sistema Único de saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGIPÓS - Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: concepções teóricas	19
3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: origens e definições	25
3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA	31
4 METODOLOGIA EMPREGADA	34
4.1 ETAPA METODOLÓGICA	34
4.1.1 Elaboração e validação da Escala	34
4.2 ETAPA QUANTITATIVA	39
4.2.1 Tipo de estudo	39
4.2.2 Local do estudo	39
4.2.3 Participantes do estudo	41
4.2.4 Instrumento de pesquisa e coleta de dados	42
4.2.5 Análise de dados	42
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 ARTIGO 1: Elaboração e validação da escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina	45
5.2 ARTIGO 2: Cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de graduação de enfermagem e medicina	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A	87

APÊNDICE B	92
ANEXO	94

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é considerada uma temática de crescente preocupação global na área da saúde (WHO, 2017a; MANSOUR *et al.*, 2018; LIU *et al.*, 2018). A concepção de não gerar prejuízos durante o trabalho em saúde é considerado um princípio ético essencial no cuidado realizado pelos profissionais durante a assistência ao paciente (MANSOUR *et al.*, 2018) e foi introduzido por Hipócrates há 460 a 370 a.C, por meio do postulado *primum non nocere*, com o princípio de *primeiro não provoque o dano* (ZAMBON, 2008; BRASIL 2014a; ILHA *et al.*, 2016).

Dada a magnitude da segurança do paciente no contexto de saúde, o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) publicou, em novembro de 1999, o relatório “*To Err Is Human: Building a Safer Health System*”, o qual expôs uma preocupação eminente acerca do elevado número de danos¹ durante o cuidado em saúde (KOHN *et al.*, 2000; BRASIL, 2014a). Assim, a partir de uma análise dos componentes do sistema de saúde que podem conduzir a eventos adversos², o IOM destaca a necessidade da criação de ações voltadas para a implementação de uma cultura de segurança positiva nas organizações de saúde, visando a melhorar a qualidade e a segurança no cuidado em saúde (LEE *et al.*, 2019).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) deu início às atividades relacionadas à segurança do paciente (WHO, 2017a), criando o programa *Aliança Mundial Para a Segurança do Paciente*, o qual apresenta como finalidade principal a prevenção de danos por meio de um olhar atento acerca da segurança do paciente, da qualidade do cuidado e da avaliação dos riscos presentes nas organizações de saúde, com o intuito de reduzir os prejuízos decorrentes do cuidado que afetam pacientes (WHO, 2004; WHO, 2017a). Nessa perspectiva, o termo "segurança do paciente" pode ser conceituado como a redução do risco de prejuízos desnecessários decorrentes do cuidado em saúde (WHO, 2009).

No contexto nacional, o Ministério da Saúde, em 1º de abril de 2013, criou o *Programa Nacional de Segurança do Paciente* (PNSP), por meio da portaria MS/MG nº 529, o qual tem por finalidade auxiliar e promover melhorias no cuidado, tornando-o qualificado e eficaz nas instituições de saúde de todo o território nacional (BRASIL, 2014a). Apesar das iniciativas e esforços em prol da segurança do paciente, um estudo realizado nos EUA evidenciou que os eventos adversos decorrentes da assistência compõem a terceira principal causa de óbitos no

¹ Dano: prejuízo ao organismo humano, como as doenças, as lesões, problemas físicos e psicológicos, a dor, o sofrimento e a incapacidades, bem como a morte (WHO, 2009).

² Evento adverso: um evento que gera prejuízo ao paciente (WHO, 2009).

país. Na mesma perspectiva, um estudo realizado no Reino Unido aborda que a cada 35 segundos ocorre um evento adverso, o qual gera prejuízos aos pacientes durante o cuidado, em decorrência das falhas na cultura de segurança (WHO, 2017a).

No Brasil, o II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar, elaborado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) e pelo Instituto de Pesquisa Feluma, da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, aborda os efeitos dos eventos adversos graves em consequência da assistência em saúde, avaliou 445.671 altas hospitalares, das quais 78,8% são de pacientes de saúde suplementar e 21,2% do Sistema Único de Saúde (SUS) em 182 hospitais, divididos em 13 estados brasileiros. Tal estudo verificou que a ocorrência de eventos adversos é de 6,4% na população atendida pelo SUS e 7,1% nos pacientes de demanda suplementar e que a mortalidade determinada por eventos adversos é de 235.127 brasileiros, do qual aproximadamente 30 a 36% dos óbitos estão relacionados aos eventos adversos graves que podem ser evitados, demonstrando a importância e a necessidade do tema segurança do paciente (COUTO *et al.*, 2018).

O PNSP apresenta entre seus objetivos específicos a relevância de impulsionar e consolidar a introdução do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a). Sob esse enfoque, a educação em segurança do paciente, ao ser incluída no processo de formação dos futuros profissionais da área da saúde, desempenha um papel importante na promoção e na prevenção de danos, por meio da redução dos riscos, do gerenciamento dos eventos adversos, do aprendizado perante a ocorrência de erros e do atendimento centrado no paciente (LEUNG *et al.*, 2013; KAMRAN *et al.*, 2018), bem como na melhoria da qualidade do cuidado prestado em saúde, por meio da implementação da cultura de segurança (LEUNG *et al.*, 2013).

Dessa forma, um dos principais fatores que auxilia para o avanço da segurança do paciente é a cultura de segurança, pois a cultura visa a promover mudanças nos valores e nas crenças dos profissionais e das organizações de saúde, com o objetivo de estimular e desenvolver a aprendizagem contínua de atitudes voltadas para a segurança, sendo considerada uma prioridade global na saúde (LADENHEIM; MACCHIAVELLO; MILBERG, 2017). Sendo assim, atualmente, ainda existe uma percepção limitada da temática cultura de segurança do paciente na formação acadêmica dos profissionais da área da saúde, fato esse que pode gerar nos estudantes uma visão reduzida dos riscos que estão presentes durante a assistência em saúde, bem como da importância do trabalho em equipe multiprofissional e da comunicação mútua sobre as falhas que podem ocorrer durante o cuidado em saúde e gerar danos aos paciente (LEOTSAKOS *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, no ano de 2011, a OMS apresentou a criação do *Guia Curricular de*

Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional, o qual tem como propósito de contribuir e incentivar as organizações acadêmicas da área da saúde na promoção e inserção da temática segurança do paciente na educação dos futuros profissionais da área da saúde, bem como no incentivo à edificação acerca da cultura de segurança do paciente no ensino (WHO, 2011; FARLEY *et al.*, 2015).

Há que se destacar que a cultura de segurança do paciente vem despertando mais atenção nas instituições de saúde, sendo definida como uma dimensão da cultura organizacional (WEAVER *et al.*, 2013; FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2018), que compreende um conjunto de valores individuais e de grupos, suas crenças, regras e suas percepções, que irão determinar o compromisso de uma organização de saúde com a segurança do paciente e com a qualidade do cuidado prestado, bem como proporcionar um ambiente em saúde seguro e confiável à população (FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2018; FAMOLARO *et al.*, 2018).

Salienta-se que os estudos que envolvem a temática cultura de segurança do paciente estão mais concentrados na área hospitalar com os profissionais de saúde, o que demonstra a necessidade e a importância de investigar sobre a cultura de segurança durante o processo de formação dos estudantes da área da saúde, de modo a promover a construção de saberes a seu respeito (ILHA *et al.*, 2016). Nessa perspectiva, atualmente, são escassos os instrumentos elaborados especificamente para medir a cultura de segurança no meio acadêmico com estudantes de enfermagem e medicina.

Na literatura, em um estudo no Reino Unido, foi realizado um levantamento em universidades que ministram os cursos de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia, com a finalidade de entender acerca das questões que envolvem o ensino, a aprendizagem e as ações de segurança do paciente em contextos acadêmicos, organizacionais e de prática. Evidenciou-se a importância do conhecimento a respeito de definições e conceitos acerca da cultura de segurança, uma vez que a cultura é pouco abordada em investigações com estudantes (PEARSON; STEVEN; DAWSON, 2009; LEOTSAKOS *et al.*, 2014).

Nesse mesmo contexto, um estudo realizado com enfermeiros do Irã evidenciou a falta de empoderamento dos recém-formados frente aos eventos adversos, como um fator de impacto negativo, que afeta no desenvolvimento de competências a respeito da segurança do paciente. Dessa forma, é possível observar as deficiências apresentadas pelos currículos das universidades, pois podem haver diferenças entre a cultura de segurança dos ambientes de trabalho e do contexto formativo (FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2018).

Destaca-se que entre as estratégias sugeridas para construir e reforçar a cultura de segurança na formação dos estudantes de enfermagem e medicina, está o reconhecimento da possibilidade da ocorrência dos erros, tendo em vista que aprender com as falhas é uma atitude essencial do processo de formação pautado na segurança do paciente, bem como a inclusão transversal do tema na formação profissional (YOSHIKAWA *et al.*, 2013; CAUDURO *et al.*, 2017). Entretanto, a implementação de tais estratégias suscita, inicialmente, no reconhecimento da cultura de segurança do paciente presente entre os estudantes de graduação em enfermagem e medicina no ambiente formativo.

A avaliação da cultura de segurança do paciente nos contextos de saúde pode ser realizada por meio de estudos qualitativos e quantitativos. De modo quantitativo, a cultura de segurança pode ser analisada por meio de ferramentas, sendo as mais utilizadas e conhecidas: o *Safety Attitude Questionnaire (SAQ)*, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*, *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)'s, Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument (MSI)* (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; ELSOUS *et al.*, 2017). Tais instrumentos têm sido utilizados e adaptados à realidade dos estudantes da área da saúde.

Contudo, tem-se em vista que os instrumentos utilizados para avaliar a cultura de segurança são, em sua maioria, voltados para o ambiente hospitalar, com o objetivo de analisar as experiências vivenciadas pelos profissionais da área da saúde. Surge, então, a necessidade de um instrumento construído especificamente para avaliar a experiência e o conhecimento dos estudantes de graduação em enfermagem e medicina acerca dos elementos que envolvem a cultura de segurança do paciente, o que **justifica** a realização desse estudo.

Diante disso, o presente estudo coloca como **questão de pesquisa**: como se apresenta a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina? O reconhecimento da cultura de segurança presente entre os estudantes de graduação em enfermagem e medicina no ambiente formativo poderá fornecer importantes subsídios para implementação de estratégias de ensino-aprendizagem que reforcem o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para a segurança do paciente e para qualificação dos ambientes de saúde, o que demonstra a **relevância social** desse estudo.

2 OBJETIVOS

- Elaborar e validar um instrumento que permita analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação de enfermagem e medicina.
- Analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação de enfermagem e medicina.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: concepções teóricas

A segurança do paciente é considerada uma temática em eminente ascensão, já que é necessário a implementação de inúmeras medidas durante o cuidado em saúde, com a finalidade de antecipar, prevenir e evitar a ocorrência de falhas nas instituições antes que possam atingir pacientes e familiares causando danos graves (FASSINI; HAHN, 2012; WACHTER, 2013; BOGARIN *et al.*, 2014; EBERLE; SILVA, 2016).

Porém, cabe destacar que a intenção de não causar nenhuma forma de dano ao paciente durante os cuidados realizados em saúde já era descrito por Hipócrates (460 a 370 a.C.), considerado o pai da medicina e o responsável pela elaboração do postulado *Primum non nocere*, que significa "primeiro não cause o dano", identificado como uma das primeiras observações acerca da segurança e das falhas que envolvem a assistência em saúde (ZAMBON, 2008; BRASIL, 2014a; FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014; SOUSA; MENDES, 2014).

Posteriormente, em meados do século XIX, a enfermeira inglesa Florence Nightingale estimulou inúmeras modificações nos cuidados de saúde no intuito de melhorar a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada em saúde (SOUSA; MENDES, 2014). Dessa forma, atuou durante a Guerra da Crimeia em 1854 em um hospital militar improvisado, que possuía condições sanitárias precárias, mas que com medidas simples de higienização e alimentação, Florence proporcionou uma redução do número de infecções e de mortes que eram decorrentes das condições ambientais em que os soldados estavam expostos naquele contexto, o qual era considerado prejudicial aos mesmos (BRASIL, 2014a; FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014; SOUSA; MENDES, 2014).

Outro personagem marcante ao longo dos anos que colaborou para o progresso da qualidade do cuidado em saúde foi o médico Húngaro Ignaz Phillip Semmelweis (BRASIL, 2014a). Semmelweis foi considerado um indivíduo com pensamentos e ideologias extremamente desenvolvidas para sua época, já que além de propor a hipótese da febre puerperal, ainda recomendou sua profilaxia por meio da higienização das mãos antes da realização de procedimentos assistências, demonstrando a importância da transmissão das infecções e de sua prevenção. Porém, sua hipótese não foi bem aceita pelos cientistas e médicos da época (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014; SILVA; MATTOS, 2015).

Neste mesmo contexto, Ernest Amory Coldman, médico cirurgião de Boston (1869-1940), foi o responsável por fundar um hospital privado, onde realizou o acompanhamento dos

seus pacientes ao longo da vida com registros após o tratamento dos mesmos e o resultado final (BRASIL, 2014a; SOUSA; MENDES, 2014). A grande diferença entre o hospital de Coldman e as organizações de saúde é que ele admitiu seus erros em público e impresso, evidenciando que o ser humano é um indivíduo suscetível a erros e isso é aceitável (NEUHAUSER, 2002). Porém, infelizmente, ele foi uma figura incompreendida pela sociedade de sua época, sendo condenado ao insulto público por seus colegas (NEUHAUSER, 2002; SOUSA; MENDES, 2014).

O médico Avedis Donabedian (1919-2000) dedicou a sua existência a estudar e elaborar métodos com a finalidade de mensurar a qualidade na saúde (SOUSA; MENDES, 2014; AYANIAN; MARKEL, 2016). Donabedian apresentou sete particularidades dos cuidados em saúde que envolvem a definição de qualidade do cuidado, sendo elas: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990; BRASIL, 2014a). Também salientou a necessidade e a importância dos profissionais da área da saúde em conhecer as prioridades dos pacientes, tanto em âmbito pessoal como social, com o propósito de promover uma assistência de qualidade aos pacientes (DONABEDIAN, 1990; AYANIAN; MARKEL, 2016). Nesse contexto, o IOM dos EUA no início do século XIX, inseriu a “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2014a; AYANIAN; MARKEL, 2016).

O marco histórico para segurança do paciente ocorreu com a publicação do relatório do IOM dos EUA, *To Err Is Human: Building a Safer Health System, Erro é humano: construir um sistema de saúde mais seguro*, publicado em novembro de 1999, o qual proporcionou um destaque maior à temática segurança do paciente e conceituou o termo *evento adverso*, que até então apresentava múltiplas definições na literatura. Nesse sentido, evento adverso (EA) configura-se como um dano à saúde do paciente que foi motivado pelos cuidados na assistência e não pela patologia de base, assim ampliando a permanência dos pacientes nas instituições de saúde ou resultando em uma incapacidade no presente momento da alta hospitalar. Esse documento também foi o responsável por desmistificar a idealização de que os profissionais da saúde não podem ou não devem cometer erros (KOHN *et al.*, 2000; BRASIL, 2014a; LADENHEIM; MACCHIAVELLO; MILBERG, 2017).

O documento do IOM apresenta os dados de dois grandes estudos de avaliação de incidência de EA em hospitais de Nova York, Utah e Colorado, e foi realizado por meio de uma revisão de prontuários. Foi divulgado nesse estudo que os eventos adversos podem ser considerados uma das principais causas de morte nos EUA, já que em média 44 mil e talvez até 98 mil americanos morrem em hospitais a cada ano devido às falhas presentes na assistência à

saúde, assim resultando em uma alta taxa de mortalidade, pois esse valor é superior aos dados referentes a pacientes com HIV positivo (16.516), câncer de mama (42.297) ou acidentes automobilísticos (43.458). Logo, demonstra-se ainda mais a importância desse relatório para o movimento de segurança do paciente (KOHN *et al.*, 2000; YOSHIKAWA *et al.*, 2013; BRASIL, 2014a).

O relatório do IOM também foi o responsável por expor dados relevantes no tocante aos impactos financeiros em decorrência dos eventos adversos na saúde, tendo em vista que além dos danos aos pacientes, eles produzem um elevado custo para a sociedade e para o sistema de saúde, uma vez que geram inúmeros prejuízos, perda da confiança no sistema de saúde, danos físicos e psicológicos, carência de renda devido a falta de produtividade. Nesse contexto, promovem sentimentos negativos, como frustrações, perda da produtividade e desconfortos psicológicos nos profissionais atuantes na área da saúde. Assim, os custos anuais resultantes de eventos adversos nos EUA apresentados pelo IOM foram entre 17 e 29 bilhões (KOHN *et al.*, 2000; WHO, 2004; BRASIL, 2014a).

Nessa perspectiva, no *Palais des Nations* em Geneve, ocorreu a 55ª Assembleia Mundial da Saúde nos dias 13 a 18 de maio de 2002, onde foi aprovada a resolução WHA55.18, que reconheceu a necessidade de incentivar os Estados-membros a estimular a segurança do paciente como um preceito essencial nas instituições de saúde, visando, assim, a proporcionar relevância a segurança e a qualidade da assistência em saúde. Nesse sentido, promove-se e impulsiona-se essa temática, uma vez que os eventos adversos geram inúmeros prejuízos financeiros às instituições, bem como provocam dor, sofrimento e danos graves aos pacientes (WHO, 2002; WHO, 2004; WHO, 2009).

Em outubro de 2004, a OMS lançou a *Word Alliance For Patient Safety*, cuja a finalidade consiste em determinar termos, conteúdos e ideias a respeito da segurança do paciente com o objetivo de prevenir os danos e atenuar os eventos adversos que resultam em prejuízos aos pacientes (BRASIL, 2014a). O *Programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente* surgiu como uma forma de difundir de maneira holística a segurança do paciente, como um movimento global que visa a estimular uma assistência em saúde excelente e segura a população (WHO, 2004).

Dessa maneira, a partir de 2004, a OMS juntamente com o *Programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente*, implementaram três desafios globais para a segurança do paciente, os quais são conhecidos como: “O cuidado limpo é uma assistência mais segura” (2005), “Cirurgias seguras salvam vidas” (2008) e, em 2017, o “Uso seguro de medicamentos” (WHO, 2017b). Os desafios globais para a segurança do paciente visam a identificar os

potenciais riscos presentes no cuidado em saúde, bem como o desenvolvimento de intervenções visando à resolutividade desses riscos (WHO, 2017a). Assim, no contexto nacional, o Brasil como um Estado-membro da OMS implementou esses desafios, visando a qualificar o cuidado em saúde que é prestado no país, almejando reduzir os danos graves que podem ocorrer durante a assistência em saúde (PAIXÃO *et al.*, 2017; WHO, 2017b).

O *Programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente* também iniciou um projeto para desenvolver uma classificação internacional de definições que envolvem o tema segurança do paciente, por meio da elaboração da publicação “*conceptual framework for the international classification for patient safety*” em janeiro de 2009. Seu objetivo é proporcionar entendimento acerca dos objetivos que permeiam o conceito de segurança do paciente, sendo elaborada pela OMS e, posteriormente em 2011, reproduzida para o português pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (WHO, 2009; BRASIL, 2014a; FONSECA; PETERLINI, 2014).

No Brasil, algumas ações se destacaram ao longo do tempo em relação à segurança do paciente, entre elas, a Lei n. 9.782 de 26 de janeiro de 1999, responsável pela formação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual atua como uma tecnologia na verificação das condições de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, bem como dos produtos que são utilizados para a realização do cuidado em saúde seguro (BRASIL, 1999). A Rede Sentinela também é considerada uma iniciativa no contexto da segurança do paciente, uma vez que o projeto *Hospitais Sentinela*, desenvolvido desde 2001, trabalha no gerenciamento de riscos por meio do monitoramento dos eventos adversos e da utilização de tecnologias em saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014a).

Pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 51 de 29 de setembro de 2014, a Rede Sentinela é composta por um complexo de instituições de saúde responsáveis pela vigilância dos eventos adversos e pela investigação e identificação dos riscos gerados pelos produtos que são utilizado durante o cuidado em saúde (BRASIL, 2014b). Portanto, as organizações de saúde Rede Sentinela são consideradas instituições qualificadas quanto à gestão de riscos e à segurança do paciente, fortalecendo, assim, as ações de vigilância sanitária (BRASIL, 2014a).

A Portaria nº 1.660 de 22 de julho de 2009 é a responsável pelo estabelecimento do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPÓS) como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de promover o reconhecimento dos problemas associados às atividades e aos produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização e pós-uso, com o intuito de reduzir ou eliminar riscos resultantes da utilização desses produtos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010). Também, o Sistema Nacional de Vigilância

Sanitária no ano de 2006 foi o responsável por implementar o Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), conhecido como uma ferramenta online que possui o objetivo de auxiliar na notificação de eventos adversos, incidentes, bem como nas queixas referentes ao uso das tecnologias em saúde (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, diante de todos esses movimentos em prol da segurança do paciente, o Ministério da Saúde (MS) criou o *Programa Nacional de Segurança do Paciente* (PNSP), por meio da Portaria MS/MG nº529, de 1º de abril de 2013, com o propósito de colaborar para a realização de um cuidado mais capacitado e seguro nas instituições de saúde do território nacional. Nessa perspectiva, o termo *segurança do paciente* pode ser conceituado como a diminuição até o mínimo aceitável de prejuízos desnecessários resultantes da assistência em saúde (BRASIL, 2014a). A OMS define a noção de um mínimo aceitável como o menor dano possível de ser causado no paciente, tendo em vista as condições do ambiente de trabalho, bem como as outras opções de tratamentos alternativos (WHO, 2009; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a).

Embora possam haver distintas definições acerca dos conceitos de segurança do paciente, os princípios e propósitos que os cercam acabam sempre sendo os mesmos, pautados na prevenção de eventos adversos, na melhoria da segurança do paciente nas organizações de saúde e na redução de danos e de prejuízos em saúde (FIČKO *et al.*, 2017). Dessa forma, o PNSP compartilha desse princípio de melhoria da segurança e por meio da Portaria MS/MG nº 529/2013 apresenta alguns objetivos específicos, como impulsionar e incentivar a realização de projetos direcionados à segurança do paciente em distintas áreas de atenção à saúde, implementação de núcleos de segurança do paciente e gestão de risco nas instituições de saúde, inclusão do paciente e de seus familiares como parte integrante do cuidado em saúde e a expansão da temática segurança do paciente, bem como a transmissão e inserção do conteúdo segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a).

O PNSP também é o responsável por compreender e apresentar uma série de protocolos básicos que foram implementados pelo MS e estão integrados nos objetivos internacionais de segurança do paciente (ANVISA, 2016). Por conseguinte, esses protocolos são conhecidos como: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais da área da saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; garantir a cirurgia no local de intervenção, procedimento e paciente correto; higienizar as mãos com a finalidade de evitar infecções, bem como reduzir o risco de quedas e lesão por pressão (BRASIL, 2014a; ANVISA, 2016).

O MS, por intermédio da Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, aprovou os protocolos de cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão (BRASIL, 2013b), bem como os protocolos de identificação do paciente, o protocolo de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos, que foram aprovados mediante a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013c). Essas Portarias têm a intenção de aprimorar e tornar o cuidado em saúde mais capacitado com o uso de práticas voltadas para a segurança do paciente nas instituições de saúde e o desenvolvimento da qualidade do cuidado em saúde em nível nacional (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, publicada pela ANVISA é a responsável por implementar as condutas e as estratégias de segurança do paciente nas organizações de saúde, bem como por estabelecer a obrigatoriedade da elaboração do Núcleo de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde (ANVISA, 2013; ANVISA, 2016). Nessa perspectiva, o Núcleo de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde (NSP) deve ser implementado em todas as instituições de saúde do país, com o objetivo de auxiliar na segurança do paciente e na cultura de segurança nas organizações (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014a; ANVISA, 2016).

O NSP é uma atividade elaborada com o intuito de proporcionar práticas em saúde voltadas para a segurança do paciente dentro das organizações. Assim, a direção é a responsável por escolher os membros dos núcleos dentro das instituições, sendo o NSP composto por uma equipe multiprofissional que apresenta qualificação adequada em segurança do paciente, melhoria do cuidado e gerenciamento de riscos (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014a; ANVISA, 2016).

Nesse mesmo contexto, o NSP nos Serviços de Saúde é o responsável pela elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP). Dessa forma, os planos devem ser feitos diante das necessidades apresentadas pelas instituições de saúde, de acordo com os pontos críticos e as situações de riscos que as instituições apresentam, no intuito de prevenir e reduzir os incidentes decorrentes da assistência em saúde e auxiliar na implementação de práticas seguras pautadas na cultura de segurança nas organizações de saúde. Desta maneira, é considerado um planejamento estratégico para a segurança do paciente, sendo fundamental para sua implementação, o conhecimento acerca dos elementos que envolvem a missão, a visão e os valores das instituições de saúde (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014a; ANVISA, 2016).

A ANVISA instituiu o *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*, com o objetivo de somar e impulsionar as práticas que são realizadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), visando a melhorar a gestão

da segurança do paciente por meio das avaliações das ações em prol da segurança do paciente, monitoramento e da investigação dos eventos adversos decorrentes do cuidado em saúde (ANVISA, 2015; ANVISA, 2016).

Assim, no atual cenário da saúde, as instituições têm sido incentivadas a elaborar práticas voltadas para o gerenciamento de riscos, visando à qualidade do cuidado, uma vez que o risco é considerado uma definição que mensura a exposição e a probabilidade dos incidentes em saúde (PRATES; STADŇNIK, 2017). Dessa forma, a gestão de riscos está vinculada à cultura de segurança, uma vez que a mesma pressupõe o aprendizado perante a ocorrência dos erros, a prevenção de incidentes em saúde, bem como as ações proativas diante dos riscos aos quais os pacientes estão expostos durante a assistência em saúde (ANVISA, 2013; BRASIL, 2017a).

3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: origens e definições

A cultura de segurança do paciente, segundo a RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, representa um conjunto de valores, práticas e comportamentos que envolvem o compromisso com a segurança e com gestão em saúde. Dessa maneira, a cultura de segurança visa a substituir sentimentos negativos, como punição e a culpa, pela possibilidade de aprendizado contínuo perante aos erros que possam surgir na assistência em saúde, visando a melhorar o cuidado e torná-lo mais seguro aos pacientes (BRASIL, 2013d).

Segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), a cultura de segurança pode ser definida por meio dos valores individuais ou de grupos, as percepções e os padrões que demonstram o comprometimento com a segurança dentro das instituições de saúde. Logo, organizações que apresentam uma cultura de segurança positiva possuem como estratégias para impulsionar a segurança durante o cuidado em saúde, a comunicação e a confiança entre os seus membros, o trabalho em equipe multiprofissional e a prevenção de danos (FAMOLARO *et al.*, 2018). Ainda, faz-se necessário a distinção entre a cultura de segurança e clima de segurança, pois apesar de frequentemente serem utilizados como sinônimos na literatura, o clima de segurança refere-se apenas a um componente mensurável da cultura de segurança (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; LEE *et al.*, 2019).

Nesse mesmo sentido, o conceito de cultura de segurança do paciente, formulado pelo PNSP por meio da Portaria MS/MG nº529 de 1º de abril de 2013, aborda a importância das organizações de saúde em evidenciar segurança antes dos fins lucrativos, também reforça a cultura do aprendizado em relação aos incidentes, bem como a cultura que encoraja e incentiva a notificação dos erros. Dessa forma, envolver todos os estudantes e profissionais da área da

saúde com o comprometimento da qualidade do cuidado, constitui-se um elemento chave para a implementação de uma cultura de segurança positiva nas organizações de saúde (BRASIL, 2013d; BRASIL, 2014a).

Historicamente, o termo “cultura de segurança” surgiu por meio da Agência Internacional de Energia Atômica, após a ocorrência do desastre nuclear de Chernobyl em 1988, pois o mesmo aconteceu em consequência de uma cultura de segurança falha, de modo que após esse evento a cultura tornou-se um componente de preocupação internacional. Dessa forma, a cultura de segurança do paciente é considerada um elemento importante das organizações de alta confiabilidade (COX; FLIN, 1998; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; UBEDA, 2016), pois estas possuem como foco o ambiente seguro. Portanto, a cultura de segurança é considerada um subconjunto da cultura organizacional, a qual abrange as crenças e as ações de segurança do paciente dentro das instituições de saúde (ELSOUS *et al.*, 2017).

A discussão acerca das questões relacionadas aos incidentes, erros humanos e às infrações durante o cuidado em saúde vêm ganhando cada vez mais relevância. Assim, a OMS define o incidente como um evento que pode ou não gerar danos ao paciente, o erro como uma ação que não ocorreu da maneira como foi projetada e a infração como uma fuga intencional de uma norma ou regra (WHO, 2009). Nesse contexto, diante dos crescentes números de erros durante o cuidado em saúde, faz-se necessário fortalecer as estratégias e as ações em prol de uma cultura de segurança.

Estimular a implementação de uma cultura de segurança nos diferentes cenários de saúde mundial, atualmente, torna-se essencial, no intuito de promover práticas seguras durante a assistência em saúde. Assim, abordar esse tema nos diversos níveis de ensino visa ao desenvolvimento de comportamentos proativos acerca da segurança nos estudantes dos cursos de enfermagem e medicina durante a assistência, já que uma cultura de segurança positiva estimula a redução dos incidentes e dos riscos de eventos adversos, incentivando a implementação de um cuidado em saúde centrado no paciente, de qualidade e seguro nas organizações (CAUDURO *et al.*, 2017).

Neste mesmo contexto, investir no desenvolvimento de uma geração de profissionais mais críticos e comprometidos com a segurança da assistência em saúde é essencial, tendo em vista que o cuidado, atualmente, envolve muita complexidade e requer um olhar diferenciado por parte dos estudantes e dos profissionais (KILLAM *et al.*, 2012; BOGARIN *et al.*, 2014). Assim, capacitar os acadêmicos de medicina e enfermagem quanto aos aspectos que envolvem a cultura de segurança desde o processo de formação visa a possibilitar o desenvolvimento de saberes a respeito da ocorrência do erro humano, uma vez que o mesmo independe da

inteligência ou competência dos estudantes, fato que reforça a importância de abordar a cultura no meio acadêmico, com a finalidade de acabar com essa ideologia de que profissionais da área da saúde não podem de modo algum cometer erros.

A definição de cultura de segurança do paciente desenvolvida pelo PNSP por meio da Portaria MS/MG nº529 de 1º de abril de 2013, apresenta cinco características essenciais: a cultura de segurança, na qual todos os trabalhadores da área da saúde devem estar comprometidos com a segurança e a qualidade durante o cuidado; a cultura que estimula e prioriza a segurança do paciente em prol de fins lucrativos; a cultura do aprendizado contínuo diante da ocorrência de incidentes; a cultura que promove a notificação dos erros e a resolução de problemas que envolvem a segurança durante a assistência em saúde (BRASIL, 2013d; BRASIL, 2014a).

Além disso, o pensamento de que o profissional atuante na área da saúde não deve ou não pode cometer falhas durante a assistência está espalhado pela sociedade como um todo, de forma que desde o período de graduação os estudantes aprendem e reproduzem essa ideologia. Assim, abordar a temática segurança no processo de formação visa à criação de mecanismos para evitar que os erros possam causar danos graves aos pacientes, tendo em vista que os mesmos são consequências de um sistema organizacional falho que necessita de um gerenciamento de risco eficiente e capaz de promover a prevenção da ocorrência das falhas em saúde e dos efeitos prejudiciais aos pacientes (REASON, 2000; BRASIL, 2014a).

Segundo a literatura, o psicólogo James Reason, da Inglaterra, se destaca ao realizar discussões sobre o erro e o comportamento humano (REASON, 2000; BRASIL, 2014a). Reason é considerado um mestre renomado na área da segurança (DISCH *et al.*, 2017) e defende que o erro humano pode ser compreendido por dois modos distintos: a abordagem da pessoa e a abordagem do sistema.

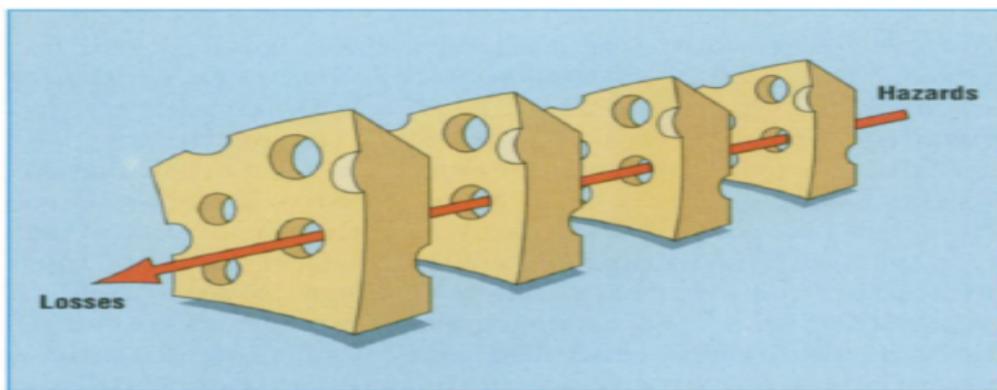
A abordagem da pessoa possui como foco a culpa no indivíduo pelas falhas, assim as práticas inseguras que são consequências do sistema, nesse contexto, são ignoradas, fato esse que torna essa abordagem falha. Nessa concepção da pessoa, as ações e as atitudes inseguras que podem gerar erros são vistas como resultados dos processos mentais, os quais os indivíduos estão vivenciando, como o esquecimento, o descuido, o desinteresse, displicência, a desatenção e a omissão (REASON, 2000).

Na abordagem do sistema desenvolvida por Reason (2000), os seres humanos são passíveis de falhas e, assim, os erros são consequências de um sistema com “defesas” problemáticas e que, ocasionalmente, geram defeitos. Nessa abordagem, é permitido alterar as circunstâncias em que os indivíduos trabalham, uma vez que, nesse sistema, o importante é

verificar quais foram as situações que levaram aos erros e não apontar culpados (REASON, 2000).

Dentro da abordagem do sistema, Reason (2000) utiliza o Modelo do Queijo Suíço (figura 1), com o objetivo de demonstrar e de promover uma abordagem sistêmica para gerenciamento de riscos de maneira dinâmica (REASON, 2000). Nesse modelo, Reason faz uma analogia entre as fatias de queijo suíço e os obstáculos que estão presentes nos sistemas das organizações de saúde. As defesas são comparadas às fatias de queijo, porém não é pela existência de furos nas fatias que os erros ocorrem, mas, sim, pelas falhas nas camadas de defesas do sistema que não estão intactas. Assim, quando os buracos de inúmeras camadas se alinham acabam permitindo oportunidade para ocorrer acidentes, sendo que os furos nas defesas dos sistemas surgem em consequência de duas causas principais: falhas ativas e condições latentes (REASON, 2000).

Figura 1 - O modelo do Queijo Suíço



The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory

Fonte: REASON (2000).

Dessa forma, as falhas ativas são conhecidas como práticas inseguras realizadas por indivíduos que possuem relação direta com os pacientes ou com o sistema. Essas falhas englobam algumas características específicas, como as incertezas, os erros, os escorregões e as violações, sendo consideradas de difícil prognóstico e com consequências imediatas (REASON, 2000). Já as falhas latentes são os acidentes considerados inevitáveis dentro de um sistema. Porém, as mesmas podem ser previstas e corrigidas antes de gerar um evento adverso, já que as condições latentes podem ficar inativas nos sistemas por inúmeros anos. Entretanto, ao articular-se com as falhas ativas, promovem uma chance para a ocorrência de acidentes. Portanto, ao compreender essa situação, as organizações de saúde conseguem promover um

gerenciamento de riscos adequado com o intuito de evitar a ocorrência dos erros (REASON, 2000).

Assim, dentro de uma organização de saúde, a cultura de segurança reforça a importância de implementar a abordagem do sistema, visando a evitar “culpados” e descobrir qual foi a causa para a ocorrência do ato inseguro. Embora, isso não significa que na abordagem do sistema os indivíduos não são responsabilizados por seus atos (FRIESEN; FARQUHAR; HUGHES, 2005), uma vez que ela visa a promover um ambiente de aprendizado contínuo nas organizações de saúde (CROLL *et al.* 2012; FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2018). Portanto, segundo Reason (2000), os pesquisadores em fatores humanos estão preocupados em desenvolver instrumentos para gerenciar práticas inseguras, assim ele classifica o gerenciamento dos erros em dois componentes principais, os eventos perigosos e a elaboração de sistemas capazes de tolerar a ocorrência de acidentes e prejuízos (REASON, 2000).

Nessa perspectiva, as organizações de alta confiabilidade são classificadas como os principais exemplos dentro de uma abordagem do sistema, uma vez que são reconhecidas por estarem em contínuo processo de prevenção de perigos, por trabalhar em todos os níveis das organizações com uma preocupação coletiva a respeito da aprendizagem perante as falhas e da prevenção de danos aos pacientes. Desse modo, essas organizações são conhecidas por treinar sua força de trabalho perante a ocorrência de um erro, visando, assim, à promoção de um sistema organizacional mais forte e protegido de danos (REASON, 2000).

Nesse sentido, a cultura de segurança do paciente apresenta como um de seus pressupostos a mudança de paradigma nas organizações de saúde perante a ocorrência dos erros, por meio da cultura justa, a qual possui como base a confiança, o aprendizado e a responsabilidade e tem como finalidade proporcionar um ambiente de confiança para que os indivíduos sejam encorajados a relatar o incidente em saúde, promovendo, assim, um ambiente seguro e minimizando os problemas de segurança existentes nas organizações de saúde. Uma cultura justa visa ao aprendizado perante a ocorrência dos erros, bem como a responsabilidade perante os atos inseguros (DEKKER, 2017). Portanto, em uma cultura justa, os indivíduos são estimulados a identificar, a notificar e a aprender perante suas falhas apoiados pelas organizações, com o propósito de promover um ambiente em saúde seguro (BARNSTEINER; DISCH, 2017).

Neste mesmo contexto, a noção de justiça é essencial para a cultura justa, uma vez que o comportamento imprudente que ocorre com impunidade é inadmissível nessa cultura, dessa maneira ela visa a promover a responsabilização dos indivíduos perante os atos inseguros. Porém, reconhece que os seres humanos são passíveis a erros e não merecem receber a culpa

por falhas decorrentes do sistema organizacional e que estão fora do controle do indivíduo. Portanto, essa cultura zela pelo equilíbrio entre a responsabilidade dos indivíduos e eficiência do sistema organizacional de saúde (DISCH *et al.*, 2017; BARNSTEINER; DISCH, 2017).

Nessa perspectiva, em uma cultura justa, admite-se que até os profissionais mais competentes e dedicados podem cometer erros, visto que errar é humano (REASON, 2000). Logo, uma cultura justa, visa a implementar a cultura do relato, no intuito de estimular a comunicação e a notificação de incidentes dentro dos sistemas das organizações de saúde, bem como o aprendizado e o incentivo quanto à responsabilização dos indivíduos por comportamentos inaceitáveis, já que a mesma demonstra intolerância a práticas imprudentes (DEKKER; BREAKEY, 2016).

A cultura de segurança do paciente é considerada um constructo complexo (COX; FLIN, 1998). Dessa forma, para implementar uma cultura de segurança do paciente positiva nas organizações de saúde, a literatura sugere alguns componentes essenciais, os quais foram identificados nos estudos, como: a liderança, o trabalho em equipe, as práticas baseadas em evidências, a comunicação, a cultura do relato, a cultura de aprendizagem, a cultura justa e o atendimento centrado no paciente e família (SAMMER *et al.*, 2010; CROLL *et al.*, 2012; FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2018).

No entanto, nas organizações de saúde, ainda predomina a cultura punitiva (MARX, 2001; UBEDA, 2016), a qual é caracterizada pela falta de responsabilidade perante as falhas devido ao medo de ser punido, julgado ou demitido pela administração da organização de saúde, dessa maneira cultivando o medo e a desconfiança nos profissionais da área da saúde. Portanto, essa cultura apresenta uma incompatibilidade com a cultura de segurança, visto que reprime os trabalhadores devido ao medo de punição perante aos erros, logo, a cultura punitiva apresenta divergência com alguns componentes essenciais da cultura de segurança, como a cultura justa, cultura do relato e a cultura da aprendizagem (KHATRI; BROWN; HICKS, 2009; UBEDA, 2016).

A avaliação da cultura de segurança do paciente nos contextos de saúde pode ser realizada por meio de estudos qualitativos e quantitativos (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; ELSOUS *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2019). Qualitativamente, a cultura de segurança pode ser analisada mediante grupos focais, entrevistas semiestruturadas e observações. De maneira quantitativa, a cultura de segurança pode ser analisada por intermédio de instrumentos, sendo que os mais utilizados e conhecidos são: o *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ), o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)'s, *Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument* (MSI) (HALLIGAN;

ZECEVIC, 2011; ELSOUS *et al.*, 2017). Porém, medir a cultura de segurança na formação dos estudantes, atualmente, é considerado um desafio complexo, uma vez que não existem instrumentos construídos de modo específico para analisar a cultura de segurança com os estudantes de enfermagem e medicina, pois as ferramentas existentes, apesar de serem adaptadas para o contexto dos estudantes, são elaboradas para o contexto hospitalar.

3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA

Diante do advento das constantes inovações tecnocientíficas que são inseridas na área da saúde, a implementação da educação voltada para a segurança do paciente no ambiente de formação auxilia na promoção da qualidade no cuidado em saúde, de maneira a proporcionar uma assistência mais segura e capacitada nas organizações de saúde (BRASIL, 2014a; EBERLE; SILVA, 2016). Nesse sentido, o documento de referência para o PNSP destaca entre os seus eixos a relevância em promover o tema segurança do paciente durante o ensino técnico, de graduação e pós-graduação, bem como na educação continuada dos profissionais da área da saúde (BRASIL, 2014a).

Nesse mesmo contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2011, foi a responsável pela criação do guia curricular “*patient safety curriculum guide multi-professional edition*”, o qual possui como objetivo difundir o tema segurança do paciente no ensino dos estudantes da área da saúde (WHO, 2011; FARLEY *et al.*, 2015). Destaca-se a importância de estimular discussões sobre as questões que envolvem a segurança do paciente nas instituições acadêmicas da área da saúde, com o intuito de auxiliar na redução de práticas perigosas que possam gerar danos aos pacientes durante o cuidado em saúde (CAUDURO *et al.*, 2017).

Logo, o *Guia Curricular de Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional* pode ser adaptado, personalizado ou incorporado na íntegra pelas universidades, com o objetivo de incluir ao seu currículo a temática segurança do paciente. No manual, são elencados os principais tópicos a respeito da segurança do paciente, reforçando que a mesma é um direito global, assim a educação em saúde direcionada para o aprendizado da cultura de segurança envolve de forma integrada todos os envolvidos no cuidado em saúde (WHO, 2011; LEOTSAKOS *et al.*, 2014; FARLEY *et al.*, 2015).

Os cursos de graduação em medicina e enfermagem desempenham um papel essencial para incentivar transformações acerca da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, por meio da associação entre a teoria e a prática voltada para a segurança e a

compreensão sobre o gerenciamento dos erros. Proporcionando aos estudantes estratégias de aprendizado a respeito do erro humano e da possibilidade de sua ocorrência durante o cuidado, fato esse que demonstra a relevância que a segurança do paciente exerce no processo formativo, já que incentiva habilidades nos estudantes com o objetivo de reconhecer e resolver com condutas adequadas quando ocorre uma falha na assistência em saúde (LEUNG; PATIL, 2010; YOSHIKAWA *et al.*, 2013; CAUDURO *et al.*, 2017).

Por conseguinte, ainda nessa perspectiva, a educação a respeito desse tema no processo formativo visa a um ambiente em saúde mais seguro, que promova o cuidado centrado no paciente, auxiliando os estudantes quanto aos problemas que poderão surgir durante as práticas, os estágios e ao longo de sua vida profissional (FAWCETT; RHYNAS, 2014; EBERLE; SILVA, 2016). Portanto, qualificá-los desde a formação acerca da cultura de segurança estimula a realização de uma assistência em saúde pautada na segurança do paciente e com menor índice de danos (ILHA *et al.*, 2016).

A cultura de segurança do paciente visa a promover nos estudantes e nos profissionais da área da saúde atitudes proativas durante o cuidado em saúde, com o intuito de reduzir e de minimizar os danos gerados durante a assistência em saúde e não pela doença do paciente (LEOTSAKOS *et al.*, 2014). Porém, essa temática, ainda, é pouco abordada no ensino dos futuros profissionais da área da saúde, tendo em vista que a maioria dos estudos são mais direcionados aos profissionais. Essa carência de estudos com estudantes de enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança promove uma percepção reduzida acerca dos riscos que envolvem o processo de assistência em saúde e a importância a respeito da solidificação de uma cultura positiva nos sistemas de saúde (LEOTSAKOS *et al.*, 2014; FARLEY *et al.*, 2015).

Diante disso, a segurança na assistência em saúde não depende apenas do que ocorre no ambiente hospitalar, mas também do que transcorre no contexto acadêmico (BARNSTEINER; DISCH, 2017), de modo que os profissionais da área da saúde durante o seu processo de formação ainda apresentam um déficit quanto à instrumentalização de questões que envolvem as falhas e os erros humanos, tendo em vista que eles estão associados a sentimentos negativos, como incapacidade, falta de conhecimento e o medo de represálias (WEGNER *et al.*, 2016).

Nesse sentido, na formação dos futuros profissionais da área da saúde, ainda é muito forte a premissa do trabalho livre de erros, incorporando a concepção de que eles são inadmissíveis. Tal fato pode ser evidenciado por um estudo acerca do erro humano e segurança do paciente, o qual aborda que a formação dos futuros profissionais da área da saúde é voltada para uma cultura em que a ocorrência de erros é inaceitável durante o trabalho em saúde, o que

estimula comportamentos punitivos perante os erros, já que eles são associados apenas à falta de atenção e conhecimento (YOSHIKAWA *et al.*, 2013).

Assim, a educação em segurança do paciente é uma ferramenta importante para estimular a implementação e o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente positiva nas organizações de saúde, visando a eliminar a cultura punitiva diante da ocorrência de erros (FIČKO *et al.*, 2017). Por conseguinte, incorporar a cultura de segurança no ensino visa a proporcionar um conhecimento construtivo a respeito do tema, auxiliando durante toda a sua vida profissional, impactando positivamente os estudantes para prestar um cuidado em saúde seguro e de qualidade (LEOTSAKOS *et al.*, 2014).

A problematização acerca da cultura de segurança na educação dos futuros profissionais da área da saúde visa a proporcionar subsídios e o preparo quanto à prevenção dos eventos adversos e o estímulo à promoção e implementação de melhores práticas durante a assistência em saúde (WEGNER *et al.*, 2016). Portanto, os estudantes necessitam estar cientes que os erros podem acontecer durante o cuidado em saúde e que o aprendizado é essencial para qualificar e promover ações direcionadas para a prevenção de danos durante assistência em saúde, uma vez que a mudança de concepção ocorre por meio do conhecimento adquirido pelos estudantes desde o seu processo de formação e aprimorados no mundo do trabalho (CAUDURO *et al.*, 2017).

O empoderamento dos estudantes de enfermagem e medicina frente aos aspectos que envolvem a cultura de segurança do paciente auxilia no conhecimento sobre o gerenciamento dos riscos durante a assistência em saúde, promovendo a confiança mútua entre os membros da equipe multiprofissional, a comunicação aberta, a análise das causas raízes e a implementação de medidas para evitar fatores que ocasionam falhas dentro de uma instituição de saúde, assim reduzindo durante o cuidado os eventos potencialmente perigosos. Portanto, a inserção da cultura de segurança no ensino desempenha uma função primordial quanto à introdução dessas definições, visando a desenvolver mudanças culturais no ambiente acadêmico (LEUNG *et al.*, 2013).

Portanto, com base na literatura, é possível inferir que a temática cultura de segurança do paciente é pouco abordada durante a formação de estudantes de enfermagem e medicina, ou muitas vezes nem é abordada. Logo, a compreensão da cultura de segurança do paciente no ambiente de formação desses estudantes é essencial para a implementação de ações e programas que visem à qualificação do cuidado em saúde, de maneira a torná-lo mais eficaz e seguro aos pacientes.

4 METODOLOGIA EMPREGADA

A metodologia do estudo foi composta por duas etapas: metodológica e quantitativa.

4.1 ETAPA METODOLÓGICA

O estudo metodológico teve como objetivo principal a elaboração, o desenvolvimento, a validação e a avaliação de instrumento e método de pesquisa. Além disso, a maior parte dos estudos metodológicos têm o intuito de desenvolver novos instrumentos englobando diversos métodos complexos e sofisticados, incluindo a utilização de métodos mistos (POLIT; BECK, 2011).

Nesse sentido, o pesquisador, ao utilizar o estudo metodológico, almeja a construção e a elaboração de instrumentos que sejam capazes de mensurar, de maneira precisa, as variáveis consideradas essenciais para o estudo de determinados fenômenos (GRAY, 2012).

4.1.1 Elaboração e validação da Escala

Para atingir o objetivo de “*Elaborar e validar um instrumento que permita analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina*”, foi realizado um estudo metodológico, de desenho transversal, de acordo com as oito etapas de validação de instrumentos proposto pelo autor Robert F. DeVellis, professor aposentado da Universidade da Carolina do Norte em *Chapel Hill*, em seu livro *Scale Development: Theory and Applications* (DEVILLIS, 2012).

Nessa perspectiva, as oito etapas descritas por DeVellis (2012) em relação à criação do instrumentos foram apresentadas conforme segue: a **primeira etapa** é responsável por definir a variável que o pesquisador almeja medir; a **segunda etapa** está encarregada pela formação de um vasto conjunto de itens que pretende compor a ferramenta do estudo; a **terceira fase** de desenvolvimento do instrumento diz respeito à demarcação em relação ao formato de medição; na **quarta etapa** de criação, é realizada a validação de conteúdo e critérios; a **quinta fase** almeja a construção dos itens de identificação do instrumento em relação às características específicas da amostra; na **sexta etapa**, ocorre a aplicação dos itens em uma amostra selecionada para esse fim; a **sétima fase** consiste na avaliação dos itens do instrumento; e a **oitava etapa** e última abrange o aprimoramento acerca do comprimento da escala, tencionando, assim, o aumento da confiabilidade do instrumento.

A **Primeira etapa (delimitação da variável)**: buscou determinar de maneira clara e precisa o que o pesquisador deseja medir, realizando o aprofundamento teórico como guia para a elaboração e o desenvolvimento da escala (DEVILLIS, 2012).

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica *online* em banco de dados internacionais e nacionais no mês de janeiro de 2019, usando o descritor do *Medical Subject Headings* (MESH): “*Patient Safety*”, “*Organizational Culture*”, “*Students, nursing*” e “*Students, medical*” bem como os Descritores em Ciência da Saúde (Decs): “Segurança do paciente”, “Cultura organizacional”, “Estudantes de enfermagem” e “Estudantes de medicina”, usando o operador booleano AND.

Dessa maneira, a elaboração de um instrumento que busca analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação de enfermagem e medicina justifica-se nessa pesquisa bibliográfica em banco de dados internacionais e nacionais, tendo em vista que as pesquisas de cultura de segurança do paciente encontradas estavam concentradas no ambiente hospitalar com os profissionais da área da saúde.

Segunda etapa (elaboração da lista inicial de itens): essa etapa teve início com o preparo para a construção do instrumento por meio da formulação de um grande conjunto de itens que objetivou compor a escala. Logo, nessa fase, o número de itens construídos para a escala foi maior do que se almejava incluir ao final do instrumento (DEVILLIS, 2012).

Assim, foi possível evidenciar na literatura alguns elementos principais: o conhecimento dos estudantes sobre as questões que envolvem a segurança do paciente (WHO, 2009; PEARSON; STEVEN; DAWSON, 2009; BRASIL, 2013a; LEUNG *et al.*, 2013; BRASIL, 2014a; MANSOUR *et al.*, 2018; LIU *et al.*, 2018; KAMRAN *et al.*, 2018); estratégias para fortalecimento da cultura de segurança (LEOTSAKOS *et al.*, 2014; CAUDUTO *et al.*, 2017; DEKKER, 2017; LADENHEIM; MACCHIAVELLO; MILBERG, 2017; FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2018) e a questões que envolvem a ocorrência de erros durante a assistência em saúde (LEUG; PATIL, 2010; YOSHIKAWA *et al.*, 2013; CAUDURO *et al.*, 2017; ELMONTSRI *et al.*, 2017).

As questões foram elaboradas de maneira clara e objetiva, em formato de afirmativas, evitando frases indutivas. Nessa etapa, foi elencado um conjunto inicial de 33 itens. Também foram incluídas três questões controle de forma aleatória entre os 33 itens, visando a verificar a atenção dos respondentes e garantir o rigor metodológico; e, uma questão geral, visando a analisar a avaliação dos estudantes quanto à cultura de segurança do paciente no seu ambiente de formação.

Terceira etapa (*definição do formato de mensuração*): foi determinado o formato de medição da escala, ocorrendo de modo simultâneo com a elaboração dos itens para que ambos fossem compatíveis (DEVILLIS, 2012).

Por conseguinte, a escala foi estruturada em dois blocos. O bloco um foi destinado à caracterização dos participantes e o bloco dois foi composto de 33 questões para serem respondidas por duas escalas *Likert* de cinco pontos (1 - Discordo totalmente, 2 – Discordo, 3 - Indiferente ou Neutro, 4 – Concordo e 5 - Concordo Totalmente), divididas em uma coluna referente ao ambiente acadêmico e a outra referente às atividades práticas e estágios. Por fim, o instrumento apresentava uma questão geral, a qual possuía como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente no ambiente de formação (1 – Péssimo, 2 – Ruim, 3 - Nem ruim/nem bom, 4 – Bom e 5 - Excelente).

Quarta etapa (*revisão da lista inicial de itens*): foi realizada a revisão do conjunto de itens pelos especialistas da área do conteúdo da escala, no intuito de avaliar a relevância do assunto abordado e as distintas maneiras de explorar o fenômeno que se pretende medir (DEVILLIS, 2012). Assim, visando à adequação da escala, nessa etapa, foi realizada a validação de face e conteúdo. A validade de face e conteúdo analisa até que ponto um conjunto de itens reflete o domínio do conteúdo, de modo que, quando o assunto está bem definido, é mais fácil de realizar sua avaliação (DEVILLIS, 2012).

Para validação de face, a escala foi submetida a um comitê de especialistas composto por quatro professores doutores de Universidades Públicas do Sul do Brasil com experiência no assunto. O comitê de especialistas sugeriu a elaboração de mais uma questão e a retirada da coluna de divisão entre os ambientes acadêmico e de atividades práticas e estágios, por entender que a cultura de segurança do paciente é definida no ambiente de formação como um todo. Dessa maneira, após a validação dos especialistas, o bloco dois, que possuía 33 itens, ficou contemplado em 34 itens a serem respondidos em uma escala *Likert* de cinco pontos, variando entre discordo totalmente até concordo totalmente.

Para a validação do conteúdo, a escala foi aplicada a 39 estudantes de pós-graduação na área da enfermagem e medicina de uma Universidade Pública do Sul do Brasil que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, relatando o tempo médio para responder o instrumento, os problemas encontrados durante o seu preenchimento e os fatores positivos que contemplam a escala. Portanto, constatou-se que a escala possui uma linguagem clara e objetiva, de fácil compreensão e preenchimento, sem a necessidade de realizar mudanças em sua linguagem e com um tempo médio de preenchimento entre 10 e 15 minutos.

A quinta etapa (*inclusão de itens de validação*): caracterizou-se pela oportunidade de incluir itens de validação no corpo do instrumento (DEVILLIS, 2012). Dessa forma, foi incluído na página inicial do instrumento a definição acerca da cultura de segurança do paciente, bem como um texto introdutório sobre a maneira correta de preenchimento do instrumento. Por conseguinte, optou-se por alterar a linguagem das questões controle para deixá-las mais claras e objetivas.

Por fim, a escala foi denominada “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM), apresentando o conceito de cultura de segurança, a caracterização dos participantes, um fragmento introdutório sobre o preenchimento correto da escala, 34 itens medidos por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos e ao final uma questão geral, com a finalidade de analisar a avaliação dos estudantes quanto à cultura de segurança do paciente no seu ambiente de formação.

A sexta etapa (*aplicação da escala a uma amostra de desenvolvimento*): nessa etapa, ocorreu a aplicação dos itens em uma amostra de desenvolvimento (DEVILLIS, 2012). Dessa maneira, o estudo foi desenvolvido no contexto dos cursos de graduação em enfermagem e medicina de uma Universidade Pública do Sul do Brasil. Os critérios de inclusão dos participantes foram limitados a: ser estudante dos cursos de graduação em enfermagem ou medicina, matriculados no terceiro, quarto ou quinto ano dos cursos. Os critérios de exclusão dos participantes foram limitados a: ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados em decorrência de trancamento total, mobilidade acadêmica, regime de exercícios domiciliares e realização de estágios curriculares em outras instituições que não estivessem localizadas no município de coleta de dados.

Para seleção dos participantes, foi utilizada a amostragem não probabilística por conveniência, logo a seleção dos informantes ocorreu segundo a sua presença em sala de aula ou estágio, bem como pela sua disponibilidade no momento e no local da coleta de dados (HULLEY, 2018).

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2019 por meio de visitas às salas de aula, as quais foram previamente programadas com os professores, e visitas nos campos de estágios, tendo em vista que os estudantes do quinto ano da medicina e os estudantes do nono e do décimo semestre da enfermagem já encontravam-se em atividades de estágio curricular.

Nesse sentido, após a entrega do instrumento “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM), foram repassadas aos estudantes as orientações e instruções quanto aos objetivos que contemplam o instrumento, bem

como a respeito da maneira correta de preenchimento, estabelecendo-se três tentativas de recolhimento dos mesmos. Por fim, a amostra alcançou um total de 235 estudantes, sendo que desses 101 eram do curso de graduação em enfermagem e 134 do curso de graduação em medicina.

A sétima etapa (avaliação dos itens): constituiu-se pela avaliação dos itens, logo os conjuntos de itens devem possuir uma alta correlação para proporcionar maior confiabilidade e qualidade da escala (DEVILLIS, 2012). Dessa forma, após a aplicação do instrumento ECSPEEM na amostra selecionada conforme a etapa seis, foi realizada a análise fatorial que almeja a redução e a sumarização dos dados, formando grupos de variáveis associados entre si (constructos) e garantindo a validade de constructo. Para a validação do constructo, os 34 itens presentes no bloco dois da escala foram submetidos à análise fatorial exploratória. Os dados foram analisados com o auxílio do software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.2.

A formação dos fatores seguiu os referidos critérios: grau de associação entre as variáveis encontrado por meio das cargas fatoriais ($> 0,500$); e o seu grau de subjetividade (DEVILLIS, 2012). Dessa forma, estabeleceu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal *Varimax with Kaiser* com a finalidade de distinguir melhor as variáveis que pertencem aos elementos identificados.

Dessa maneira, o primeiro agrupamento sugeriu gerar um total de seis constructos, os quais dificultaram a categorização da escala. Assim, foi realizado a exclusão gradual de itens que possuíam uma baixa correlação em seu bloco e com cargas fatoriais $< 0,500$ (DEVILLIS, 2012).

Logo, os cinco itens eliminados do instrumento foram: Q13. Cuidado em saúde centrado no paciente em que o mesmo participa ativamente do seu cuidado; Q14. Liderança como um elemento para promover mudanças de comportamentos e de cultura dentro das instituições de saúde; Q15. Comunicação clara e efetiva entre os membros da equipe multiprofissional; Q19. Implementação de práticas baseadas em evidências durante a assistência em saúde; Q32. A responsabilização do profissional que cometeu o erro em virtude de imprudência, imperícia ou negligência. Tais itens apresentaram baixa carga fatorial, ou seja, um valor inferior a 0,500.

Em suma, após o segundo agrupamento, foi possível gerar um total de três constructos, compostos por 29 itens (APÊNDICE A). Assim, a “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM) exibiu um total de três constructos: ***Desenvolvimento de competências para a segurança do paciente, estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança e gerenciamento do erro.*** Os três constructos da escala

revelam 57,20% da variância explicada dos itens, dado esse que demonstra um grau apropriado de sintetização dos dados. Em relação à medida de adequação da amostra obtida (KMO), a escala apresentou o valor de 0,936.

A *oitava etapa (otimização da escala)*: fundamentou-se na otimização acerca do impacto e do efeito do comprimento da escala, bem como na avaliação de sua confiabilidade (DEVILLIS, 2012), por meio da análise do *alfa de cronbach*. A fidedignidade dos três constructos do instrumento “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM) foi testada por meio do cálculo do *alfa de cronbach*, o qual apresentou valor de 0,952 para os 29 itens da escala. Já o *alfa de cronbach* do primeiro constructo, contendo 8 itens, foi de 0,899; do segundo constructo, contendo 13 itens, foi de 0,927; e do terceiro constructo, contendo 8 itens, foi de 0,877.

4.2 ETAPA QUANTITATIVA

4.2.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo analítica e delineamento transversal. 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 possa ser realizada a análise de dados numéricos por procedimentos estatísticos (CRESWELL, 2010).

Já a pesquisa analítica consiste em uma avaliação aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, buscando explicar o contexto de um fenômeno e a relação entre a causa e o efeito, além de fazer previsões para a população de onde a amostra foi retirada. O delineamento da pesquisa caracteriza-se como transversal, visto que os dados serão coletados em um único momento do tempo da pesquisa (CRESWELL, 2010).

4.2.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida junto a um curso de graduação em enfermagem e um curso de graduação em medicina, lotados em uma Universidade Pública do Sul do Brasil.

O curso de graduação em enfermagem teve sua criação autorizada no dia 20 de agosto de 1975. Sua implantação ocorreu no primeiro semestre letivo de 1976, tendo sido reconhecido pelo Decreto nº 1.223/79, publicado no DOU de 18 de dezembro de 1979. Visa à formação de

um profissional da saúde com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; qualificado para o exercício da enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos; capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, ou seja, o ecossistema costeiro, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes, e a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania como promotor da saúde integral do ser humano (FURG, 2018).

Atualmente, o ingresso no curso de graduação em enfermagem ocorre através do Sistema de Seleção Unificado (SISU/ENEN); com oferta de 60 vagas anuais, com duplo ingresso (30 estudantes no primeiro semestre e 30 estudantes no segundo), possuindo um total de 274 estudantes matriculados no primeiro semestre de 2019.

De acordo com o atual Projeto Pedagógico do Curso (PPC), o curso desenvolve-se em regime por disciplinas, com carga horária total de 4.140 horas, desenvolvidas em dez semestres. A carga horária total é dividida em 3030 horas de disciplinas teóricas e teórico-práticas obrigatórias, distribuídas nos turnos manhã e tarde, incluindo o projeto e o trabalho de conclusão de curso, 960 horas de estágios supervisionados e 150 horas de atividades complementares. Para tanto, o corpo docente lotado na Escola de Enfermagem é constituído por 31 professores e conta, ainda, com 10 técnicos administrativos em educação (FURG, 2018).

O curso de graduação em medicina teve sua criação autorizada no dia 11 de março de 1966, sua implantação ocorreu no mesmo ano e seu reconhecimento publicado no DOU de três de março de 1971, de acordo com o Decreto nº 68.306. O curso de medicina tem como objetivo uma formação que contemple o sistema de saúde vigente no país, qual seja, a atenção integral da saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe e, conseqüentemente, proporcione ao egresso a curiosidade científica e interesse permanente pelo aprendizado, com iniciativa na busca do conhecimento e o espírito crítico e consciência da transitoriedade de teorias e técnicas, assumindo a necessidade de educação continuada ao longo de toda a vida profissional (FURG, 2015).

Atualmente, o ingresso no curso de graduação em medicina ocorre através do SISU/ENEN, com oferta de 74 vagas anuais, possuindo um total de 420 estudantes matriculados no primeiro semestre de 2018. O curso desenvolve-se em regime seriado, com carga horária total de 8.105 horas, desenvolvidas em seis anos. A carga horária total é dividida em 7905 horas de disciplinas obrigatórias e 200 horas de atividades complementares. O componente do estágio curricular obedece a um regimento específico, possuindo duração de 21 meses, no total de 3840

horas. O corpo docente lotado na Faculdade de Medicina é constituído por 93 professores e conta, ainda, com 15 técnicos administrativos em educação (FURG, 2015).

4.2.3 Participantes do estudo

Foram participantes do estudo os estudantes de graduação em enfermagem e medicina, que estavam cursando o terceiro, quarto ou quinto ano do curso. Os critérios de inclusão dos participantes foram limitados a: ser estudante dos cursos de graduação em enfermagem ou medicina, matriculados no terceiro, quarto ou quinto ano dos cursos. Os critérios de exclusão dos participantes foram limitados a: ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados em decorrência de trancamento total, mobilidade acadêmica, regime de exercícios domiciliares e realização de estágios curriculares em outras instituições que não estivessem localizadas no município de coleta de dados.

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, adotou-se o critério proposto por Hill e Hill (2002), que prevê uma fórmula específica, buscando mensurar o mínimo amostral para cada um dos cursos pesquisados. O objetivo dessa regra é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a realização de determinados procedimentos estatísticos.

Dessa maneira, a **fórmula** encontra-se exposta a seguir:

$$n = \frac{X^2 \cdot N \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2 \cdot (N - 1) + X^2 \cdot P \cdot (1 - P)}$$

Essa forma é composta pelas seguintes representações:

n= tamanho da amostra;

X²= valor do Qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo pré-determinado);

N= o tamanho da população;

P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja 0,50 uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral);

d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05).

Conhecendo previamente o total da população, composta por 126 estudantes de enfermagem e 204 de medicina, chegou-se ao número mínimo de 95 estudantes de enfermagem e 134 estudantes de medicina.

4.2.4 Instrumento de pesquisa e coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM) (APÊNDICE A), que foi elaborado e validado com a finalidade de permitir analisar a cultura de segurança do paciente presente entre estudantes em graduação de enfermagem e medicina.

Para a coleta de dados, ocorrida no período de setembro a outubro de 2019, foram realizadas visitas às salas de aula, as quais foram previamente programadas com os professores, e visitas nos campos de estágios, tendo em vista que os estudantes do quinto ano da medicina e os estudantes do nono e do décimo semestre da enfermagem já encontravam-se em atividades de estágio curricular. Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sem identificação. A partir da distribuição dos instrumentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), foi estabelecido um máximo de três tentativas para o recolhimento dos instrumentos entregues.

4.2.5 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, foi utilizada 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 teste t-independente para comparação de médias entre grupos e a partir de regressão linear simples para a predição entre as variáveis. Os testes estatísticos foram definidos após a realização do teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificação da normalidade dos dados numéricos, o qual evidenciou distribuição paramétrica (GAYA, 2008).

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Foram garantidos todos os preceitos estabelecidos na Resolução nº 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 foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ), visto que ele está vinculado à referida Unidade Acadêmica. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) e recebeu parecer favorável (Parecer nº 254/2018; CAAE: 02183318.9.0000.5324) (ANEXO).

Os dados foram coletados mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE B), composto por duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa. Ocorrerá a devolução dos resultados obtidos à instituição na qual os dados serão coletados e à comunidade científica, por meio do comprometimento em encaminhar artigos científicos a periódicos de reconhecimento e relevância internacional. Após a pesquisa, os instrumentos e demais materiais utilizados serão guardados em arquivos específicos para esse fim, e serão mantidos por um período mínimo de cinco anos após a publicação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo, são apresentados dois artigos que foram elaborados a partir dos dados que resultaram do estudo. Os artigos encontram-se formatados na normas das revistas escolhidas previamente para submissão dos manuscritos.

O primeiro artigo, intitulado *Elaboração e validação da escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina*, contempla a etapa metodológica da pesquisa e apresenta como objetivo elaborar e validar um instrumento que permita analisar a cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de enfermagem e medicina. Será encaminhado para um periódico do qualis Capes A.

O segundo artigo, intitulado *Cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de graduação de enfermagem e medicina*, contempla a etapa quantitativa da pesquisa e apresenta como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina. Será encaminhado para um periódico do qualis Capes A.

5.1 ARTIGO 1

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO
PACIENTE PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA*****Preparation and validation of the patient safety culture scale for nursing and medicine
students*****Bruna Ruoso da Silva Neutzling, Mestranda em Enfermagem***Federal University of Rio Grande, Rio Grande/RS, Brazil***Jamila Geri Tomaschewski-Barlem, Doutora em Enfermagem***Federal University of Rio Grande, Rio Grande/RS, Brazil***RESUMO**

Justificativa e Objetivo: elaborar e validar um instrumento que permita analisar a cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de enfermagem e medicina. **Método:** estudo metodológico, transversal, que intencionou realizar a elaboração e validação de uma escala a partir de oito etapas. Um instrumento contendo 34 itens foi aplicado a 235 estudantes em enfermagem e medicina de uma Universidade Pública do Sul do Brasil. A partir da análise fatorial exploratória, foi possível estabelecer associações conceituais significativas entre os itens contemplados em três constructos, revelando a consistência da escala. **Resultados:** a versão validada da escala contém 29 itens e três constructos: desenvolvimento de competências para a segurança do paciente; estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança; gerenciamento do erro. O *alfa de cronbach* da escala foi de 0,952, do primeiro constructo 0,899, do segundo 0,927 e do terceiro 0,877. **Conclusão:** a escala consiste em um instrumento válido e confiável para analisar a cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de graduação em enfermagem e medicina.

Descritores: Estudos de validação; Segurança do paciente; Cultura Organizacional; Estudantes de enfermagem; Estudantes de medicina.

ABSTRACT

Justification and Objective: To elaborate and validate an instrument to analyze the patient safety culture in the education of nursing and medical students. **Method:** cross-sectional methodological study that aimed to elaborate and validate a scale from eight steps. An instrument containing 34 items was applied to 235 students in nursing and medicine at a Public University in Southern Brazil. From the exploratory factor analysis, it was possible to establish significant conceptual associations between the items contemplated in three constructs, revealing the consistency of the scale. **Results:** The validated version of the scale contains 29 items and three constructs: development of patient safety competencies; strategies for strengthening the safety culture; error management. The cronbach's alpha of the scale was 0.952, the first construct 0.899, the second 0.927 and the third 0.877. **Conclusion:** Scale is a valid and reliable instrument for analyzing patient safety culture in undergraduate nursing and medical education.

Descriptors: Validation Studies; Patient Safety; Organizational Culture; Students, Nursing; Students, Medical.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma temática de preocupação global na área da saúde (World Health Organization, 2017; Mansour et al., 2018; Liu et al., 2018), uma vez que proporcionar um ambiente seguro e livre de danos é considerado uma responsabilidade eminente nas instituições de saúde (Liu et al., 2018).

Diante da magnitude que a segurança do paciente apresenta no contexto de saúde, o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) publicou, em novembro de 1999, o relatório *To err is human: building a safer health system*, o qual proporcionou visibilidade à temática segurança do paciente e conceituou o termo *evento adverso* (EA) como um dano à saúde do paciente em decorrência do cuidado. Tal relatório apresentou dados de dois grandes estudos de incidência de EA em hospitais de Nova York, Utah e Colorado, evidenciando que os EA são os responsáveis por causar a morte de 44 mil e até 98 mil americanos durante a assistência hospitalar a cada ano (Kohn et al., 2000).

Nesse contexto, em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) deu início às atividades relacionadas à segurança do paciente (World Health Organization, 2017), criando o programa *Aliança Mundial para a Segurança do Paciente*, com o intuito de prevenir danos na saúde dos pacientes, por meio de um olhar mais atento acerca dos riscos presentes nas organizações de saúde (World Health Organization, 2017). No Brasil, em 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde criou o *Programa Nacional de Segurança do Paciente* (PNSP), com o objetivo de promover a qualidade no cuidado em saúde nas instituições de todo o território nacional (Brasil, 2014).

O termo "segurança do paciente" pode ser descrito por meio da implantação de melhores práticas durante o cuidado com o paciente, associadas à redução de ações inseguras (World Health Organization, 2009). Contudo, o estímulo à promoção de um cuidado em saúde de qualidade e seguro não envolve apenas o que acontece no contexto hospitalar, mas também engloba os aspectos relacionados ao ambiente de formação dos estudantes da área da saúde, uma vez que o ensino pautado na segurança do paciente visa ao desenvolvimento de competências para a promoção da cultura de segurança e à implementação de uma assistência em saúde segura (Leotskalos et al., 2014; Disch & Barnsteiner, 2017).

Dessa maneira, visando a qualificar a formação em saúde, em 2011, a OMS criou o guia curricular *Patient safety curriculum guide multi-professional edition*, com a finalidade de auxiliar as instituições acadêmicas da área da saúde na implementação de uma educação voltada para a segurança do paciente (World Health Organization, 2011; Farley et al., 2015).

Frente ao advento das constantes inovações tecnocientíficas inseridas na saúde, a cultura de segurança no processo de formação dos estudantes de graduação em medicina e enfermagem revela-se como uma estratégia para impulsionar melhores práticas durante o cuidado em saúde (Brasil, 2014; Eberle & Silva, 2016). A *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* define a cultura de segurança como um conjunto de ações, percepções e valores de grupos ou individuais, que demonstram a responsabilidade com a segurança e com a qualidade na assistência em saúde (Famolaro et al., 2018).

Logo, o fortalecimento da cultura de segurança do paciente no processo de formação dos futuros profissionais de saúde busca estimular discussões acerca da possibilidade da ocorrência de erros durante a assistência em saúde (Ficko et al., 2017) e a prevenção dos eventos adversos por meio da implementação do gerenciamento de risco durante a assistência em saúde (Maeda, Kamishiraki & Starkey, 2012).

Um estudo realizado no Reino Unido em universidades que ministram os cursos de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia, com o objetivo de compreender as questões que envolvem o ensino, a aprendizagem e as ações de segurança do paciente em contextos acadêmicos, organizacionais e de prática, evidenciou a importância do conhecimento a respeito de definições e conceitos acerca da cultura de segurança, uma vez que a mesma ainda é pouco abordada em investigações com estudantes (Pearson, Steven & Dawson, 2009; Leotsakos et al., 2014).

Assim, cabe destacar que as pesquisas envolvendo a cultura de segurança ainda estão direcionadas majoritariamente para o meio hospitalar (Ilha et al., 2016) de forma que os instrumentos utilizados para avaliar a cultura de segurança, em sua maior parte, são voltados para analisar as experiências dos profissionais da área, fato esse que reforça a importância de investigar tal temática no contexto acadêmico, bem como a necessidade de elaborar um instrumento específico para analisar os aspectos que envolvem a cultura de segurança do paciente no ambiente formativo dos estudantes de medicina e enfermagem. Dessa maneira, esse estudo teve como **objetivo**: elaborar e validar um instrumento que permita analisar a cultura de segurança do paciente no processo de formação dos estudantes de enfermagem e medicina.

ANTECEDENTES E ESTRUTURA CONCEITUAL

Analisar a cultura de segurança no processo de formação dos estudantes constitui-se como um elemento complexo e desafiador, haja vista o déficit existente de instrumentos construídos para uso com estudantes de medicina e enfermagem, uma vez que as escalas de cultura de segurança no contexto acadêmico em sua maioria são ajustadas e modificadas de instrumentos utilizados para medir a cultura no contexto hospitalar (Escher et al., 2017; Elguea et al., 2019; Kong et al., 2019; Schwappach et al., 2019).

Para avaliação da cultura de segurança do paciente nos contextos de saúde, os instrumentos mais utilizados e conhecidos são: *Safety Attitude Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006*, desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, Eric Thomas, John Sexton e Robert Helmreich com a finalidade de avaliar as percepções e as atitudes dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente; e o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*, elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, com o objetivo de medir a cultura de segurança com profissionais no âmbito hospitalar (Halligan & Zecevic, 2011; Elsous et al., 2017).

Nessa perspectiva, em relação ao âmbito acadêmico, foi elaborado, adaptado e validado o instrumento *Attitudes Toward Patient Safety Questionnaires (APSQ)*, desenvolvido por Sam Carruthers, Rebecca Lawton, John Sandars, Amanda Howe e Mark Perry, com a finalidade de medir o conhecimento e as atitudes em relação à segurança do paciente em estudantes de medicina na Universidade de Leeds no Reino Unido (Leug et al., 2013; Liu et al., 2018).

O erro durante a assistência em saúde é um tópico emergente e que promove intensas discussões em decorrência das graves consequências que ele pode ocasionar durante a assistência ao paciente. Nesse sentido, a cultura de segurança vem com a intenção de estimular mudanças significativas durante o cuidado em saúde na busca pela qualidade, já que a cultura visa à promoção do relato de erros pautado no aprendizado contínuo com o objetivo de criar estratégias para que no futuro isso não venha a ocorrer novamente e gerar danos graves aos paciente (Elmonsri, Almashrafi, Banarsee & Majeed, 2017).

Dada a relevância que a cultura de segurança assume no cuidado em saúde, sua inserção no ambiente acadêmico visa a proporcionar mudanças significativas no ensino e na aprendizagem dos estudantes, com o objetivo de preparar os futuros profissionais desde o período de formação para a promoção de um cuidado em saúde seguro.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o estudo metodológico, de desenho transversal, com a finalidade de promover a construção, desenvolvimento, avaliação, validação e aplicação de instrumentos (Devellis, 2012). Dessa forma, o estudo metodológico teve como objetivo a elaboração e a validação da escala intitulada “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM), de acordo com as oito etapas de validação de instrumento apresentado pelo autor Robert F. DeVellis, em seu livro *Scale Development: Theory and Applications* (Devellis, 2012).

O estudo compõe o macroprojeto intitulado *Cultura, competências e confiança no aprendizado da segurança do paciente na formação de estudantes de enfermagem e medicina*. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012) e o projeto obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde sob parecer nº 254/2018; CAAE: 02183318.9.0000.5324.

Primeira etapa (delimitação da variável): buscou-se determinar de maneira objetiva o que a escala pretende medir, realizando o aprofundamento teórico, o qual serviu como guia para a elaboração e o desenvolvimento da escala (Devellis, 2012). Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica *online* em banco de dados internacionais e nacionais acerca da temática cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação da área da saúde.

Segunda etapa (elaboração da lista inicial de itens): após planejar de maneira objetiva o propósito da escala, essa etapa teve início com o preparo para a construção do instrumento por meio da formulação de um grande conjunto de itens que objetivou compor a escala. Logo, nessa etapa o número de itens construídos para a escala foi maior do que se almeja incluir ao final do instrumento (Devellis, 2012). Assim, nessa etapa, foram elencados um conjunto inicial de 33 itens, apresentando uma linguagem clara e objetiva e evitando palavras ou frases indutivas, assim como três questões controle para verificar o nível de atenção dos respondentes e uma questão geral para avaliação da cultura de segurança do paciente no ambiente de formação.

Terceira etapa (definição do formato de mensuração): foi determinado o formato de medição da escala, ocorrendo de modo simultâneo com a elaboração dos itens para que ambos fossem compatíveis (Devellis, 2012). Por conseguinte, a Escala ECSPEEM foi estruturada em dois blocos. O bloco um foi destinado à caracterização dos participantes e o bloco dois foi composto de 33 questões para serem respondidas em duas escalas *Likert* de cinco pontos (1 - Discordo totalmente, 2 – Discordo, 3 - Indiferente ou Neutro, 4 – Concordo, 5 - Concordo

Totalmente) para que o estudante assinale seu grau de concordância com as afirmativas que envolvem suas vivências em sala de aula, no ambiente acadêmico, e nas aulas práticas e estágios, nas instituições de saúde. Por fim, o instrumento apresentava uma questão geral, a qual possuía como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente no ambiente de formação também em uma escala *Likert* de cinco pontos (1 – Péssimo, 2 – Ruim, 3 - Nem ruim/nem bom, 4 – Bom, 5 - Excelente).

Quarta etapa (*revisão da lista inicial de itens*): nessa etapa, foi enviado o conjunto de itens para a revisão dos especialistas da área do conteúdo da escala, no intuito de avaliar a relevância do assunto e as distintas maneiras de explorar o fenômeno que se pretende medir (Devillis, 2012). Assim, nessa fase foram realizadas a adequação da escala e a validação de face e conteúdo.

Para validação de face, a escala foi submetida a um comitê de especialistas composto por quatro professores doutores de Universidades Públicas do Sul do Brasil, com experiência no assunto. Dessa forma, foi realizada a avaliação da coerência semântica, cultural, idiomática, definições dos itens, linguagem adequada para alcançar o objetivo proposto pela escala e, por fim, a validação de face para a escala ser aplicada no pré-teste.

A versão validada pelo comitê de especialistas foi pré-testada, com o objetivo de validar o conteúdo da escala. Assim, a escala foi aplicada a 39 estudantes de pós-graduação na área da enfermagem e medicina de uma Universidade Pública do Sul do Brasil que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, relatando o tempo médio para responder o instrumento, os problemas encontrados durante o seu preenchimento e os fatores positivos que contemplam a escala.

A quinta etapa (*inclusão de itens de validação*): Dando continuidade à elaboração da escala, a quinta etapa caracterizou-se pela oportunidade de incluir itens de validação no corpo do instrumento (Devillis, 2012). Dessa forma, foi incluído na página inicial do instrumento a definição acerca da cultura de segurança do paciente, bem como um texto introdutório sobre a maneira correta de preenchimento do instrumento e um item sugerido pelo comitê de especialistas, totalizando 34 itens, além da questão geral. Por conseguinte, optou-se por alterar a linguagem das questões controle para deixá-las mais claras e objetivas.

Por fim, a escala denominada “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM) apresentava o conceito de cultura de segurança, a caracterização dos participantes, um fragmento introdutório sobre a elaboração correta da escala, 34 itens medidos por meio de uma escala *Likert* e, ao final, uma questão geral,

visando a analisar a avaliação da cultura de segurança do paciente no ambiente de formação pelos estudantes de enfermagem e medicina.

A sexta etapa (*aplicação da escala a uma amostra de desenvolvimento*): essa etapa caracterizou-se pela administração dos itens em uma amostra de desenvolvimento (Devillis, 2012). Dessa maneira, o estudo foi desenvolvido no contexto dos cursos de graduação em enfermagem e medicina de uma Universidade Pública do Sul do Brasil.

O curso de graduação em enfermagem teve a sua criação no dia 20 de agosto de 1975 e oferece 60 vagas anuais. De acordo com o atual Projeto Pedagógico do Curso (PPC), desenvolve-se em regime por disciplinas, com carga horária total referente a 4.140 horas, desenvolvidas em dez semestres (Furg, 2018). O curso de graduação em medicina teve sua criação autorizada no dia 11 de março de 1966. Atualmente, o curso de medicina tem oferta de 74 vagas anuais e desenvolve-se em regime seriado, com carga horária total referente a 8.105 horas, desenvolvidas em seis anos (Furg, 2015).

Os critérios de inclusão dos participantes foram limitados a: ser estudante dos cursos de graduação em enfermagem ou medicina, matriculados no terceiro, quarto ou quinto ano dos cursos. Os critérios de exclusão dos participantes foram limitados a: ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados em decorrência de trancamento total, mobilidade acadêmica, regime de exercícios domiciliares e realização de estágios curriculares em outras instituições que não estivessem localizadas no município de coleta de dados.

Para a seleção do tamanho amostral, adotou-se o critério proposto por Hill e Hill (2002), que prevê uma fórmula específica. Essa regra foi utilizada com o objetivo de estimar o mínimo do tamanho amostral e possibilitar a execução de procedimentos estatísticos. Conhecendo de antemão a população de 204 alunos do curso de graduação em medicina e 126 do curso de graduação em enfermagem, aplicou-se o critério proposto por Hill e Hill (2002) chegando ao mínimo amostral de 134 estudantes de graduação do curso de medicina e 95 de enfermagem.

Para seleção dos participantes, foi utilizada a amostragem não probabilística por conveniência, logo a seleção dos informantes ocorreu segundo a sua presença em sala de aula ou estágio, bem como pela sua disponibilidade no momento e no local da coleta de dados (Hulley, 2018).

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2019, por meio de visitas às salas de aula, as quais foram previamente programadas com os professores, e visitas nos campos de estágios, tendo em vista que os estudantes do quinto ano da medicina e os estudantes do nono e do décimo semestre da enfermagem já encontravam-se em atividades de estágio curricular.

Nesse sentido, após a entrega do instrumento “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM), foi repassado aos estudantes as orientações e instruções quanto aos objetivos que contemplam o instrumento, bem como a respeito da maneira correta de preenchimento, estabelecendo-se três tentativas de recolhimento. Por fim, a amostra alcançou um total de 235 estudantes, sendo que desses 101 eram do curso de graduação em enfermagem e 134 alunos do curso de graduação em medicina.

A sétima etapa (avalição dos itens): constituiu-se pela a avaliação do desenvolvimento dos itens, assim os conjuntos de itens deveriam possuir uma alta correlação de modo a proporcionar maior confiabilidade e qualidade a escala (Devillis, 2012). Dessa forma, após a aplicação do instrumento ECSPEEM na amostra selecionada conforme a etapa seis, foi realizada a análise fatorial que almeja a redução e a sumarização dos dados, formando grupos de variáveis associados entre si (constructos) e garantindo a validade de constructo. Para a validação do constructo, os 34 itens presentes no bloco dois da escala foram submetidos a análise fatorial exploratória .

A formação dos fatores seguiu os referidos critérios: grau de associação entre as variáveis encontrado por meio das cargas fatoriais ($>0,500$); e o seu grau de subjetividade (Devillis, 2012). Dessa forma, estabeleceu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal *Varimax with Kaiser* com a finalidade de distinguir melhor as variáveis que pertencem aos elementos identificados.

A oitava etapa (otimização da escala): fundamentou-se no aprimoramento acerca do impacto e do efeito do comprimento da escala, bem como na avaliação de sua confiabilidade (Devillis, 2012), por meio da análise do *alfa de cronbach*. Os dados foram analisados com o auxílio do software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22. 0. 2.

RESULTADOS

Na primeira etapa, realizou-se pesquisas bibliográficas *online* em banco de dados internacionais e nacionais no mês de janeiro de 2019, usando o descritor do *Medical Subject Headings* (MESH): “*Patient Safety*”, “*Organizational Culture*”, “*Students, nursing*” e “*Students, medical*” bem como os Descritores em Ciência da Saúde (Decs): “Segurança do paciente”, “cultura organizacional”, “estudantes de enfermagem” e “estudantes de medicina”, usando o operador booleano AND, com o intuito de promover o aprofundamento teórico acerca da temática cultura de segurança do paciente no ambiente de formação dos estudantes de enfermagem e medicina e estabelecer o conjunto inicial de itens da escala.

A segunda etapa foi fundamentada na revisão de literatura. Dessa maneira, foram elencados uma série de elementos com o intuito de analisar a cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de graduação em enfermagem e medicina. Diante disso, foram estabelecidos alguns itens importantes para compor a escala, entre eles a definição de cultura de segurança do paciente (Famolaro et al., 2018).

Nesse contexto, a literatura também evidenciou alguns elementos essenciais para estimular e fortalecer a implementação de uma cultura de segurança, como: a liderança, a importância de estimular o trabalho em equipe multiprofissional, a utilização de práticas baseadas em evidências durante o cuidado em saúde, a comunicação como um elemento essencial para promover a segurança, a cultura do relato diante da ocorrência de um erro, aprendizagem organizacional, a cultura justa e o atendimento em saúde centrado no paciente em que ele participa ativamente em sua assistência em saúde (Sammer et al., 2010; Croll, 2012; Farokhzadian, Nayeri & Borhani, 2018).

Diante dessas pesquisas bibliográficas em banco de dados internacionais e nacionais, outros itens foram selecionados para compor a escala, pois foram considerados pertinentes ao objetivo de analisar a cultura de segurança, como: a identificação e a notificação de uma falha durante o cuidado em saúde (Brasil, 2014), a relevância a respeito da discussão de questões que envolvem o erro humano durante o processo de formação (Wegner et al., 2016; Cauduro et al., 2017; Yoshikawa et al., 2013), os desafios globais para a segurança (World Health Organization, 2017), as metas internacionais de segurança do paciente (Anvisa, 2016), as condutas para comunicar uma falha ao paciente (*disclosure*) (Ullström, Sachs, Hansson, Øvretveit & Brommels, 2014) e erros que ocorrem no cuidado em saúde, porém não afetam o paciente (*near miss*) (Ferreira, Castro & Teixeira, 2019).

Na quarta etapa de elaboração do instrumento seguindo os passos propostos pelo autor Robert F. DeVellis (Devellis, 2012), ocorreu a validação de face e conteúdo. Sendo assim, na validação de face, o comitê de especialistas sugeriu a elaboração de mais uma questão e a retirada da coluna de divisão entre os ambientes: acadêmico e de atividades práticas e estágios, por entender que a cultura de segurança do paciente é definida no ambiente de formação como um todo. Dessa maneira, após a validação dos especialistas, o bloco dois, que possuía 33 itens, ficou contemplado em 34 itens a serem respondidos em uma escala *Likert* de cinco pontos, variando entre discordo totalmente até concordo totalmente.

Seguindo esse processo, após a validação de face, a escala na versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada com estudantes de pós-graduação em enfermagem e

medicina, com o objetivo de validar o conteúdo. Constatou-se que a escala possui uma linguagem clara e objetiva, de fácil compreensão e preenchimento, sem a necessidade de realizar mudanças em sua linguagem e com um tempo médio de preenchimento entre 10 a 15 minutos.

A sexta etapa consistiu na administração da escala em uma amostra de estudantes de enfermagem e medicina de uma Universidade Pública do Sul do Brasil. Participaram do estudo 101 estudantes do curso de graduação em enfermagem, dos quais 96 eram do sexo feminino (95,0%) e 5 do sexo masculino (5,0%), com idade entre 19 e 48 anos e média de 26,3 anos; e 134 estudantes do curso de graduação em medicina, sendo que 79 eram do sexo feminino (59,0%) e 55 do sexo masculino (49,0%), com idade entre 19 e 37 anos e média de 24,1 anos.

Na sétima etapa de elaboração da escala proposta pelo autor Robert F. DeVellis (Devillis, 2012), foi realizada a análise fatorial dos 34 itens do instrumento. Dessa maneira, no primeiro agrupamento foi possível gerar um total de seis constructos, os quais dificultaram a categorização da escala. Assim, foi realizada a exclusão gradual de itens que possuíam uma baixa correlação em seu bloco, com cargas fatoriais menores que 0,500 (Devillis, 2012).

Logo, os cinco itens do instrumento eliminados foram: Q13. Cuidado em saúde centrado no paciente em que o mesmo participa ativamente do seu cuidado, Q14. Liderança como um elemento para promover mudanças de comportamentos e de cultura dentro das instituições de saúde, Q15. Comunicação clara e efetiva entre os membros da equipe multiprofissional, Q19. Implementação de práticas baseadas em evidências durante a assistência em saúde, Q32. A responsabilização do profissional que cometeu o erro em virtude de imprudência, imperícia ou negligência. Tais itens apresentaram baixa carga fatorial, ou seja, um valor inferior a 0,500.

Em suma, após o segundo agrupamento, foi possível gerar um total de três constructos composto por 29 itens. Assim, a escala exibiu um total de três constructos: ***desenvolvimento de competências para a segurança do paciente, estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança e gerenciamento do erro***, sendo definidos conforme o Quadro 1. Os três constructos da escala revelam 57,20% da variância explicada dos itens, dado esse que demonstra um grau apropriado de sintetização dos dados. Em relação à medida de adequação da amostra obtida (KMO), a escala apresentou o valor de 0,936.

Quadro 1 - Definições dos constructos da cultura de segurança do paciente para ambientes de formação em saúde a partir da análise fatorial- Rio Grande, 2019.

CONSTRUCTOS	DEFINIÇÕES DO CONSTRUCTO
-------------	--------------------------

<p><i>Desenvolvimento de competências para a segurança do paciente</i></p>	<p>Valores e atitudes compatíveis com a segurança do paciente; Conhecimentos acerca da segurança do paciente; Conhecimentos acerca da cultura de segurança do paciente; Discussões sobre os desafios globais para a segurança do paciente; Competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) em prol da segurança do paciente; Ações e estratégias para a segurança do paciente; Melhores práticas voltadas à assistência em saúde; Cuidados que promovem qualidade e segurança aos pacientes.</p>
<p><i>Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança</i></p>	<p>Discussões de que os erros decorrem de falhas do sistema organizacional; Discussões de questões que envolvem os erros e os eventos adversos na assistência em saúde; Discussões referentes aos erros que acontecem na assistência em saúde, mas não afetam o paciente (<i>near miss</i>); Discussões sobre o gerenciamento de riscos e eventos adversos; Conhecimentos e capacitações a respeito da utilização de protocolos de segurança do paciente; Condutas e diretrizes para comunicar os erros e os eventos adversos aos pacientes (<i>disclousure</i>); Soluções de problemas e melhorias no processo de trabalho; Aprendizagem organizacional diante das falhas na assistência em saúde; Cultura do relato, a qual visa estimular o diálogo e a informação diante de um erro na assistência em saúde; Cultura justa, que busca estabelecer a diferenciação de profissionais cuidadosos dos que apresentam comportamentos imprudentes; A conduta de como proceder corretamente após a ocorrência de um erro; A identificação, a comunicação e a notificação diante da ocorrência de um erro na assistência em saúde; A implementação de mudanças no processo de trabalho após a ocorrência do erro.</p>
<p><i>Gerenciamento do erro</i></p>	<p>O relato de erros sem o sentimento de medo e culpa; A comunicação aberta e clara do erro ao paciente e familiar; O aprendizado contínuo diante da ocorrência de erros na assistência em saúde; Um ambiente de confiança mútua, de apoio e enfrentamento; O apoio ao colega/profissional da equipe de saúde; O fato de que o erro pode acontecer independente da competência profissional; O fato de que o erro pode acontecer independente da atenção e dedicação do profissional; A análise dos erros como falhas do sistema e não apenas como falhas individuais .</p>

Na oitava etapa, realizou-se o aprimoramento do comprimento da escala e a sua confiabilidade (Devillis, 2012) por meio da análise do *alfa de cronbach*. A fidedignidade dos três constructos da escala foi testada por meio do cálculo do *alfa de cronbach*, o qual apresentou valor de 0,952 para os 29 itens da escala. Já o *alfa de cronbach* do primeiro constructo, contendo 8 itens, foi de 0,899; do segundo constructo, contendo 13 itens, foi de 0,927; e do terceiro constructo, contendo 8 itens, foi de 0,877.

A Tabela 1 descreve a carga fatorial de cada constructo, a variância explicada e os valores do alfa de cronbach.

INDICADORES	Bloco	F1	F2	F3
<i>Desenvolvimento de competências para a segurança do paciente</i>				
Q01- Valores e atitudes compatíveis com a segurança do paciente	576		714	
Q02- Conhecimentos acerca da segurança do paciente	594		685	
Q03- Conhecimentos acerca da cultura de segurança do paciente	534		577	
Q04- Discussões sobre os desafios globais para a segurança do paciente	571		635	
Q05- Competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) em prol da segurança do paciente	597		679	
Q06- Ações e estratégias para a segurança do paciente	601		664	
Q07- Melhores práticas voltadas a assistência em saúde	586		731	
Q08- Cuidados que promovem qualidade e segurança aos pacientes	670		763	
<i>Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança</i>				
Q09- Discussões de que os erros decorrem de falhas do sistema organizacional	484		611	
Q10- Discussões de questões que envolvem os erros e os eventos adversos na assistência em saúde	532		623	
Q11. Discussões referentes aos erros que acontecem na assistência em saúde, mas não afetam o paciente (<i>near miss</i>)	489		655	
Q12. Discussões sobre o gerenciamento de riscos e eventos adversos	611		696	
Q16. Conhecimentos e capacitações a respeito da utilização de protocolos de segurança do paciente	518		658	
Q17. Condutas e diretrizes para comunicar os erros e os eventos adversos aos pacientes (<i>disclousure</i>)	638		704	
Q18. Soluções de problemas e melhorias no processo de trabalho	551		643	
Q20. Aprendizagem organizacional diante das falhas na assistência em saúde	645		714	
Q21. Cultura do relato, a qual visa estimular o diálogo e a informação diante de um erro na assistência em saúde	631		625	
Q22. Cultura justa, que busca estabelecer a diferenciação de profissionais cuidadosos dos que apresentam comportamentos imprudentes	483		485	
Q23. A conduta de como proceder corretamente após a ocorrência de um erro	548		634	
Q24. A identificação, a comunicação e a notificação diante da ocorrência de um erro na assistência em saúde	595		568	
Q34. A implementação de mudanças no processo de trabalho após a ocorrência do erro	521		500	
<i>Gerenciamento do erro</i>				
Q25. O relato de erros sem o sentimento de medo e culpa	533		546	
Q26. A comunicação aberta e clara do erro ao paciente e familiar	515		592	
Q27. O aprendizado contínuo diante da ocorrência de erros na assistência em saúde	592		513	
Q28. Um ambiente de confiança mútua, de apoio e enfrentamento	687		697	
Q29. O apoio ao colega/ profissional da equipe de saúde	697		769	
Q30. O fato de que o erro pode acontecer independente da competência profissional	611		775	
Q31. O fato de que o erro pode acontecer independente da atenção e dedicação do profissional	454		671	

Q33. A análise dos erros como falhas do sistema e não apenas como falhas individuais	527	658
<hr/>		
% variância explicada – rotated (57, 20%)		
Alfa de Cronbach (instrumento 952)		
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 936)		
Teste de Bartlett: qui-quadrado = 4345,693		

Tabela 1 - Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax). Rio Grande, RS, Brasil, 2019.

DISCUSSÃO

Quanto aos resultados encontrados no estudo, a escala ECSPEEM demonstrou ser uma ferramenta eficiente e pertinente para analisar a cultura de segurança do paciente presente no ambiente de formação dos estudantes de enfermagem e medicina, já que nessa escala foram enumerados uma série de itens relevantes a respeito do tema cultura de segurança do paciente no processo de formação dos estudantes da área da saúde (Sammer et al., 2010; Croll, 2012; Yoshikawa et al., 2013 Brasil, 2014; Ullström, Sachs, Hansson, Øvretveit & Brommels, 2014; Anvisa, 2016; Wegner et al., 2016; Cauduro et al., 2017; World Health Organization, 2017; Famolaro et al., 2018; Farokhzadian, Nayeri & Borhani, 2018; Ferreira, Castro & Teixeira, 2019). Assim, a escala ECSPEEM mostrou-se como um método eficaz para suprir a falta de instrumentos relacionados à cultura de segurança do paciente no ambiente de formação de estudantes de enfermagem e medicina.

No que compete à aplicação da análise fatorial exploratória na escala ECSPEEM e a definição dos constructos, o estudo possibilitou a validade de 29 itens em três constructos: *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente, estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança e gerenciamento do erro.*

Mediante o exposto, o constructo 1: *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente* foi composto por 08 elementos e apresentou um valor referente ao *alfa de cronbach* de 0, 899. Dessa maneira, esse constructo revelou-se concernente ao que é exposto pela literatura, evidenciando a necessidade de expandir os aspectos que englobam a cultura de segurança do paciente no ambiente de formação dos estudantes de enfermagem e medicina, com o intuito de promover o empoderamento de saberes a respeito da segurança e dos elementos que a compõem (Ilha et al., 2016), de modo a possibilitar uma geração de profissionais mais críticos, reflexivos e comprometidos com a segurança (Killiam et al., 2012; Bogarin et al., 2014).

A importância e a necessidade em consolidar o tema cultura de segurança do paciente no ensino dos estudantes de medicina foi evidenciado por um estudo realizado pela Universidade da Califórnia, em San Francisco, pois nesse estudo os estudantes apresentavam dificuldades no tocante a comunicação e ao relato de erros sem medo de punição, uma vez que somente 42% dos estudantes relataram que são estimulados a divulgar eventos adversos. Portanto, promover competências acerca da cultura de segurança no processo de formação dos estudantes de enfermagem e medicina, visa suprir as fragilidades que envolvem o tema segurança do paciente no processo educacional dos futuros profissionais atuantes na área da saúde e difundir práticas seguras durante o cuidado em saúde (Bowman, Neeman, & Sehgal, 2013).

Dessa forma, a educação pautada no desenvolvimento de competências a favor da segurança do paciente surge como uma necessidade emergente no processo de formação dos estudantes de medicina e enfermagem. Tem-se em vista que a falta de clareza sobre os tópicos que permeiam a segurança no processo de ensino e aprendizagem foi evidenciado em um estudo realizado com estudantes de medicina no Reino Unido (Batchelder & Anderson, 2019). Fato esse que reforça a necessidade de estimular as competências em prol da segurança do paciente e da cultura durante o processo de formação dos estudantes da área da saúde, com o intuito de promover a qualidade do cuidado em saúde, a segurança e o bem-estar dos pacientes durante a assistência.

Por conseguinte, o constructo 2: *estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança* foi composto por 13 elementos e apresentou um valor referente ao *alfa de cronbach* de 0,927. Salienta-se, nesse segundo constructo, a formação de um conjunto de itens relacionados a melhorias e solução de problemas no processo de trabalho, englobando discussões sobre erros e falhas do sistema organizacional, a utilização de diretrizes e protocolos, a comunicação, a notificação, a cultura justa, a cultura do relato e o aprendizado organizacional.

Assim, esse constructo apresentou um número maior de elementos que pode estar relacionado ao exposto pela revisão de literatura quanto à importância de capacitar os estudantes de graduação em enfermagem e medicina no tocante a implementação de estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, já que essas visam modificar normas e valores referentes a ocorrência do erro no cuidado em saúde (Leug & Patil, 2010; Yoshikawa et al., 2013; Cauduro et al., 2017).

Assim, em conformidade com esses resultados, uma pesquisa realizada com estudantes de medicina no Paquistão apresentou que 90% dos estudantes acreditam que estratégias como os sistemas de notificação não promovem a redução de futuros erros (Shah et al., 2015). Esse

fato demonstra a necessidade de fortalecer a cultura de segurança no processo de formação dos estudantes, já que a mesma visa promover o aprendizado organizacional perante as falhas, qualificando os processos de trabalho e reduzindo os erros em saúde.

Também em consonância com esse constructo, na Coréia do Sul um estudo realizado com estudantes de enfermagem relata a importância de inserir e divulgar o tema segurança do paciente de maneira precoce no ensino dos futuros profissionais da área da saúde, com o objetivo de formar profissionais competentes acerca das ações e estratégias que envolvem a segurança durante o cuidado em saúde, o que auxiliará no tocante ao fortalecimento da cultura de segurança nas instituições de saúde (Lee et al., 2016).

Nesse contexto, um estudo realizado na China com estudantes de enfermagem demonstrou que os estudantes apresentavam atitudes negativas em relação à cultura de segurança do paciente, reforçando a necessidade de priorizar as concepções que permeiam tal temática no ensino, visando qualificá-los desde a formação para proporcionar um cuidado em saúde de qualidade aos pacientes (Kong et al., 2019).

Por fim, o constructo 3: **gerenciamento do erro** foi composto por 08 elementos e apresentou um valor referente ao *alfa de cronbach* de 0, 877. Corroborando com a literatura, tal constructo abrange elementos relacionados à importância em difundir no ensino dos estudantes de medicina e enfermagem e à possibilidade da ocorrência de erros durante a assistência em saúde, independente da competência do profissional, destacando que aprender com os erros é essencial para qualificar os processos de trabalho e reduzir a ocorrência de erros (Wegner et al., 2016; Cauduro et al., 2017).

Em consonância com os resultados apresentados nesse constructo, um estudo no Paquistão evidenciou um déficit no conhecimento dos estudantes de medicina acerca das questões que envolvem o erro e a segurança do paciente, tendo em vista que quase metade dos estudantes (46,9%) relatou que médicos competentes não cometem erros, o que demonstra uma cultura de segurança frágil e compromete o gerenciamento dos erros (Shah et al., 2015).

Diante da ocorrência de um erro no cuidado em saúde, a ação mais adequada é a discussão acerca de sua ocorrência, com o objetivo de estimular a implantação de metas para a prevenção de futuras falhas. Assim, estimular durante o processo de formação dos estudantes de medicina e enfermagem a possibilidade da ocorrência dos erros, visa promover uma cultura de segurança positiva. Dessa maneira, um estudo realizado no Brasil com estudantes de enfermagem e medicina demonstrou que 91,6% dos estudantes evidenciaram diferenças significativas entre o que é visto na teoria e o que os profissionais aplicam em suas práticas, esse fato ressalta a necessidade de capacitar os futuros profissionais acerca das questões que

envolvem os erros no ensino, visando promover atitudes e práticas seguras durante o cuidado em saúde, com o intuito de reduzir os danos aos pacientes em decorrência da assistência em saúde (Yoshikawa et al., 2013).

Na mesma concepção, um estudo realizado na China salientou que 42,4% dos estudantes de enfermagem apresentavam dificuldades de falar sobre erros na assistência em saúde (Kong et al., 2019). Tal estudo evidenciou a necessidade em difundir a cultura de segurança no processo de formação dos estudantes da área da saúde, uma vez que ela visa um ambiente em saúde mais seguro e que possibilite a promoção de discussões sobre os incidentes em saúde e sua prevenção durante o cuidado.

Limitação do estudo

Esse estudo apresenta como limitação o fato de ter sido realizado em uma Universidade do Sul do Brasil e apenas com os cursos de graduação em medicina e enfermagem, de modo que os resultados do referido estudo não podem ser generalizados. Sugere-se a replicação do instrumento em outros contextos, bem como a realização da análise fatorial confirmatória, visando confirmar as propriedades psicométricas da escala.

Relevância para a prática dos profissionais da área da saúde, educação e pesquisa

A “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM) poderá servir para estimular novas pesquisas na área da saúde no âmbito acadêmico, pois foi elaborada e validada especificadamente para uso com estudantes de enfermagem e medicina, fato esse que demonstra a relevância e a singularidade desse estudo, tendo em vista que os instrumentos que avaliam a cultura de segurança do paciente ainda são, em sua maioria, pensados e elaborados para profissionais de saúde e ambientes hospitalares.

CONCLUSÃO

Por meio dos resultados apresentados, evidenciou-se que a escala consiste em um instrumento válido e confiável para analisar a cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de graduação em enfermagem e medicina, colaborando para o aprofundamento de questões em prol da temática segurança do paciente no processo de formação. Ainda, evidencia-se a importância do desenvolvimento de instrumentos de mensuração específicos

acerca da cultura de segurança do paciente no ambiente de formação dos estudantes da área da saúde, visando direcionar ações voltadas para um processo de formação que priorize a qualidade e segurança da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

Anvisa. Ministério da Saúde (BR), & Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2016). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde-Caderno nº 6 da Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.

Barnsteiner, J., & Disch, J. (2017). Creating a fair and just culture in schools of nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 117(11), 42-48.

Bogarin, D. F., Zanetti, A. C. B., Brito, M. D. F. P., Machado, J. P., Gabriel, C. S., & Bernardes, A. (2014). Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 19(3), 491-497.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). (2014). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Bowman, C., Neeman, N., & Sehgal, N. L. (2013). Enculturation of unsafe attitudes and behaviors: student perceptions of safety culture. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(6), 802.

Batchelder, A. J., & Anderson, L. (2019). Defining Patient Safety: a Student Perspective. *Medical Science Educator*, 1-10.

Cauduro, G. M. R., Magnago, T. S. B. D. S., Andolhe, R., Lanes, T. C., & Ongaro, J. D. (2017). Patient safety in the understanding of health care students. *Revista gaucha de enfermagem*, 38(2).

Croll, B. A., Zachariah, T., Andrew, F., Pearson, M. L. I. S., & Karen, B. (2012). Promoting a culture of safety: use of the hospital survey on patient safety culture in critical access hospitals.

DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications* (Vol. 26). Sage publications.

Eberle, C. C., & Silva, A. P. S. S. D. (2016). Compreensão de estudantes de enfermagem sobre a segurança do paciente. *Rev. baiana enferm*, 30(4).

Elguea, Javier Ortiz, et al. (2019). Adapting and validating the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) for nursing students (HSOPS-NS): A new measure of Patient Safety Climate. *Nurse education today*, 75: 95-103.

Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review. *BMJ open*, 7(2), e013487.

- Elsous, A., Akbarisari, A., Rashidian, A., Aljeesh, Y., Radwan, M., & Zaydeh, H. A. (2017). Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (short form 2006). *Oman medical journal*, 32(2), 115.
- Escher, C. et al. (2017). Medical students' situational motivation to participate in simulation based team training is predicted by attitudes to patient safety. *BMC medical education*, 17(1): 37.
- Famolaro, T., Yount, N., Hare, R., Thornton, S., Meadows, K., Fan, L., & Sorra, J. (2018). Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report. *Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality*.
- Farley, D., Zheng, H., Rousi, E., & Leotsakos, A. (2015). Field test of the world health organization multi-professional patient safety curriculum guide. *PloS one*, 10(9), e0138510.
- Farokhzadian, J., Nayeri, N. D., & Borhani, F. (2018). The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC health services research*, 18(1), 654.
- Ferreira, A. B., & de Castro Teixeira, R. R. (2019). Reestruturação de núcleo de segurança do paciente com aplicação da metodologia lean seis sigma. *Revista de Administração em Saúde*, 19(76).
- Fičko, L. S., Ilić, B., Hošnjak, A. M., Smrekar, M., & Kovačević, I. (2017). Assessment of educational needs of nursing students for improving patient safety. *Croat Nurs*, 1(1), 25-37.
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*, 20(4), 338-343.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. 5. Imp. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2018). *Delineando a pesquisa clínica-4*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ilha, P., Radunz, V., Tourinho, F. S. V., & Marinho, M. M. (2016). Patient safety from the perspective of nursing students. *Cogitare Enfermagem*, 21(5).
- Killam, L. A., Montgomery, P., Raymond, J. M., Mossey, S., Timmermans, K. E., & Binette, J. (2012). Unsafe clinical practices as perceived by final year baccalaureate nursing students: Q methodology. *BMC nursing*, 11(1), 26.
- Kohn, L. T. et al. (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 6). Washington: National Academies Press.
- Kong, L.-N. et al. (2019). Attitudes towards patient safety culture among postgraduate nursing students in China: A cross-sectional study. *Nurse education in practice*.
- Lee, Nam-Ju, Haena Jang, and Su-Yeon Park. (2016). Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: A cross-sectional study. *Nursing & health sciences*, 18(2), 163-171.

- Leotsakos, A., Ardolino, A., Cheung, R., Zheng, H., Barraclough, B., & Walton, M. (2014). Educating future leaders in patient safety. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 7, 381.
- Leung, G. K. K., & Patil, N. G. (2010). Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. *Hong Kong Medical Journal*, 16(2), 101-105.
- Leung, G. K., Ang, S. B., Lau, T. C., Neo, H. J., Patil, N. G., & Ti, L. K. (2013). Patient safety culture among medical students in Singapore and Hong Kong. *Singapore Med J*, 54(9), 501-505.
- Liu, H. et al. (2018). Perceptions of patient safety culture among medical students: a cross-sectional investigation in Heilongjiang Province, China. *BMJ open*, 8(7), e020200.
- Maeda, S., Kamishiraki, E., & Starkey, J. (2012). Patient safety education at Japanese medical schools: results of a nationwide survey. *BMC research notes*, 5(1), 226.
- Mansour, M. J., Al Shadafan, S. F., Abu-Sneineh, F. T., & AlAmer, M. M. (2018). Integrating Patient Safety Education in the Undergraduate Nursing Curriculum: A Discussion Paper. *The open nursing journal*, 12, 125.
- Pearson, P., Steven, A., & Dawson, P. (2009). Patient safety in health care professional educational curricula: Examining the learning experience.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165.
- Saumell, Y. et al. (2018). Validação de instrumentos para avaliar o gerenciamento da segurança de medicamentos durante a condução de ensaios clínicos. *Revista internacional de políticas e gestão em saúde*, 7(7), 623.
- Schwappach, D. et al. (2019). Speaking up culture of medical students within an academic teaching hospital: Need of faculty working in patient safety. *PloS one*, 14(9).
- Shah, N., Jawaid, M., Shah, N., & Ali, S. M. (2015). Patient safety: Perceptions of medical students of dow medical college, Karachi. *J Pak Med Assoc*, 65(12), 1261-1265.
- Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2014). Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*, 23(4), 325-331.
- Universidade Federal do Rio Grande (2015). Universidade Federal do Rio Grande. Projeto pedagógico do curso de medicina. Rio Grande: FURG.
- Universidade Federal do Rio Grande (2018). Pró-reitoria de graduação. Projeto pedagógico do curso de enfermagem. Rio Grande, FURG.
- Wegner, W., Silva, S. C., Kantorski, K. J. C., Predebon, C. M., Sanches, M. O., & Pedro, E. N. R. (2016). Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery*, 20(3), e20160068.

World Health Organization (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009, WHO.

World Health Organization (2011). WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO.

World Health Organization (2017). Patient safety: making health care safer (No. WHO/HIS/SDS/2017.11). Geneva: WHO.

Yoshikawa, J. M., Sousa, B. E. C. D., Peterlini, M. A. S., Kusahara, D. M., Pedreira, M. D. L. G., & Avelar, A. F. M. (2013). Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 21-29.

5.2 ARTIGO 2

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM E MEDICINA

**Bruna Ruoso da Silva Neutzling
Jamila Geri Tomaschewski-Barlem**

RESUMO

Objetivo: analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina. **Método:** estudo quantitativo, realizado com 134 estudantes de medicina e 101 de enfermagem de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, por meio do instrumento “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina”. Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva, teste t independente e regressão linear simples. **Resultados:** os estudantes de enfermagem apresentaram maiores médias nos três constructos: desenvolvimento de competências para a segurança do paciente; estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança e gerenciamento do erro. De forma geral, os estudantes de enfermagem avaliam como boa a cultura de segurança do paciente no seu ambiente de formação, enquanto os estudantes de medicina a consideram ruim. **Conclusão:** evidenciou-se a necessidade de promover e fortalecer a cultura de segurança do paciente nos ambientes de formação em saúde.

Descritores em português: Segurança do paciente; Cultura Organizacional; Estudantes de enfermagem; Estudantes de medicina; Enfermagem; Estudantes.

Keywords: Patient Safety; Organizational Culture, Students; Nursing; Students; Medical; Nursing; Students.

Palabras claves: Seguridad del Paciente, Cultura Organizacional; Estudiantes de Enfermería; Estudiantes de Medicina; Enfermería; Estudiantes.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é considerada uma temática eminente na área da saúde, pois visa à implementação de estratégias com o intuito de antecipar, prevenir e evitar a ocorrência de falhas durante o cuidado nas organizações de saúde⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁾. Pode ser definida como a diminuição do risco de danos desnecessários gerados aos pacientes pela assistência em saúde⁽⁵⁾.

Frente à relevância atribuída à segurança do paciente, em 1999, ocorreu a publicação do relatório *To Err Is Human: Building a Safer Health System* pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), documento que viabilizou maior notoriedade ao tema, expondo números alarmantes de danos gerados aos pacientes em decorrência da assistência em saúde e não pela doença de base⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em outubro de 2004, lançou a *Word Alliança For Patient Safety*, com a finalidade de divulgar termos, conteúdos e ideias a respeito da segurança do paciente, visando à prevenção de danos durante a assistência em saúde⁽⁸⁾. Diante da relevância que a segurança exerce na assistência, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS), em 2013, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/MG nº 529, com o objetivo de promover ações para impulsionar um cuidado mais capacitado e seguro nas instituições de saúde e viabilizar a redução de incidentes⁽⁷⁻⁸⁾.

Dessa maneira, os propósitos que envolvem a segurança do paciente estão associados ao avanço da qualidade nas organizações de saúde, bem como à prevenção de danos e eventos adversos durante o cuidado, de maneira a torná-lo mais seguro⁽⁹⁾. Logo, em âmbito internacional, em 2011, a OMS criou o *Guia Curricular de Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional*, com o propósito de contribuir na formação dos futuros profissionais da área da saúde e incentivar discussões sobre a cultura de segurança do paciente no ensino⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Baseado nisso, é necessário o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente tanto no ambiente hospitalar quanto acadêmico, de modo a estimular a formação de profissionais capacitados para exercer atividades relacionadas à segurança, visando reduzir os erros em saúde. Dessa forma, a cultura de segurança do paciente é definida pela RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, como um conjunto de práticas, valores e comportamentos que revelam o compromisso com a qualidade e a segurança na assistência em saúde. A cultura objetiva promover mudanças nos sentimentos negativos que são gerados em consequência da punição, culpa, vergonha e medo, substituindo-os pela oportunidade de aprendizado contínuo diante dos erros nas instituições de saúde⁽¹²⁾.

Nesse sentido, a cultura de segurança do paciente merece ser implementada e consolidada no ensino dos estudantes de enfermagem e medicina, uma vez que ela exerce

grande importância para assistência ao impulsionar ações e atitudes nas organizações de saúde, voltadas para a qualidade do cuidado⁽¹³⁾. Contudo, ainda se verifica que alguns currículos que abordam a segurança do paciente não trabalham as fragilidades apresentadas pelos estudantes em relação a cultura de segurança durante a sua trajetória acadêmica, fato que acaba gerando lacunas durante a formação dos estudantes em relação a implementação de uma cultura positiva durante o cuidado em saúde⁽¹⁴⁾.

No Irã, no ano de 2012, foi realizado um estudo com 134 estudantes de medicina e enfermagem, apresentando alguns dados relevantes em relação à percepção, ao conhecimento e às atitudes dos estudantes acerca da segurança do paciente, também foi identificado que a maioria dos estudantes discordava em relatar erros e falhas após a sua ocorrência, apresentava opiniões negativas a respeito dos “relatórios de eventos adversos” e discordava da afirmação “erro na assistência em saúde pode significar dano eminente ao paciente”. Tais resultados demonstram um conhecimento limitado acerca da cultura de segurança do paciente e, portanto, reforçam a necessidade de preencher as lacunas existentes a respeito da cultura no ensino dos estudantes de medicina e enfermagem, uma vez que se trata de um componente ainda pouco abordado durante a formação⁽¹⁵⁾.

Contudo, os estudos de cultura de segurança atualmente têm se concentrado na área hospitalar com os profissionais da saúde em detrimento dos ambientes de formação⁽¹⁶⁾. Logo, o reconhecimento da cultura de segurança presente entre os estudantes de graduação de enfermagem e medicina no ambiente formativo poderá fornecer importantes subsídios para implementação de estratégias de ensino-aprendizagem que reforcem o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para a segurança do paciente e para qualificação dos ambientes de saúde.

Assim, tem-se como **questão de pesquisa:** como se apresenta a cultura de segurança do paciente presente entre estudantes de graduação em enfermagem e medicina? **Objetivo:** analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação de enfermagem e medicina.

MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo analítica e delineamento transversal. Foram participantes do estudo 101 estudantes do curso de graduação em enfermagem e 134 estudantes de graduação em medicina de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, matriculados no terceiro, quarto ou quinto ano dos cursos.

Os critérios de inclusão dos participantes foram limitados a: ser estudante dos cursos de graduação em enfermagem ou medicina, matriculados no terceiro, quarto ou quinto ano dos cursos. Os critérios de exclusão dos participantes foram limitados a: ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados em decorrência de trancamento total, mobilidade acadêmica, regime de exercícios domiciliares e realização de estágios curriculares em outras instituições que não estivessem localizadas no município de coleta de dados.

Para a seleção do tamanho amostral, adotou-se o critério proposto por Hill e Hill⁽¹⁷⁾, que prevê uma fórmula específica com o objetivo de estimar o mínimo do tamanho amostral e possibilitar a execução de procedimentos estatísticos. Conhecendo-se a população de 204 estudantes do curso de graduação em medicina e 126 do curso de graduação em enfermagem, obteve-se o mínimo amostral de 134 estudantes de medicina e 95 de enfermagem. Para seleção dos participantes, foi utilizada a amostragem não probabilística por conveniência, logo a seleção dos informantes ocorreu segundo a sua presença em sala de aula ou estágio, bem como pela sua disponibilidade no momento e no local da coleta de dados⁽¹⁸⁾.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2019 por meio da aplicação do instrumento “Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina” (ECSPEEM), que foi elaborado e validado com a finalidade de analisar a cultura de segurança do paciente no ambiente de formação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina.

A escala é composta por dois blocos distintos: o bloco 1 é formado pela caracterização do participantes (curso, sexo, idade e ano do curso) e o bloco 2 é formado por um conjunto de 29 questões, operacionalizado em escala *Likert* de cinco pontos, variando de discordo totalmente até concordo totalmente, distribuído em três constructos: desenvolvimento de competências para a segurança do paciente; estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança e; gerenciamento do erro. Também apresenta três questões controle com o objetivo de promover o controle metodológico do instrumento e, por fim, apresenta uma questão de forma geral, a qual visa a avaliar a cultura de segurança do paciente no ambiente de formação, por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos variando de péssimo até excelente.

Para a aplicação do instrumento ECSPEEM, foram realizadas visitas às salas de aula, as quais eram agendadas com os professores e também realizadas coletas nos campos de estágios. A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora, assim após a entrega do envelope contendo o instrumento ECSPEEM aos estudantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram repassadas as informações referentes ao objetivo da escala

e a sua forma correta de preenchimento, estabelecendo-se um máximo de três tentativas para o recolhimento dos instrumentos entregues.

Os dados foram analisados por meio 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. A estatística inferencial foi realizada mediante teste t-independente para comparação de médias entre grupos e a partir de regressão linear simples para a predição entre as variáveis. Os testes estatísticos foram definidos após a realização do teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificação da normalidade dos dados numéricos, o qual evidenciou distribuição paramétrica⁽¹⁹⁾.

Foram garantidos todos os preceitos estabelecidos na Resolução nº 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⁽²⁰⁾. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) e recebeu parecer favorável (Parecer nº 254/2018; CAAE: 02183318.9.0000.5324).

RESULTADOS

No tocante aos dados sociodemográficos dos 235 estudantes, verificou-se que 101 eram do curso de graduação em enfermagem, dos quais 33 (32,7%) estavam matriculados no 3º ano do curso, 35 (34,7%) no 4º ano do curso e 33 (32,7%) no 5º ano do curso. Observou-se que a maioria dos estudantes de enfermagem era do sexo feminino (95,0%) e a média de idade foi de 26,3 anos, com extremos etários de 19 e 48 anos. Em relação aos 134 estudantes do curso de graduação em medicina, 44 (32,8%) estavam matriculados no 3º ano do curso, 51 (38,1%) no 4º ano do curso e 39 (29,1) no 5º ano do curso. Entre os estudantes de medicina, verificou-se um total de 79 participantes do sexo feminino (59,0%) e 55 do sexo masculino (49,0%) e média de idade de 24,1 anos, com extremos etários de 19 anos e 37 anos.

Tabela 1- Média geral dos constructos da cultura de segurança do paciente nos ambientes de formação em saúde e comparativo entre os cursos de enfermagem e medicina.

Constructos (ECSPEEM)	Geral Média (DP)	N (Concordam ou Concordam Totalmente)	Enfermagem Média (DP)	N (Concordam ou Concordam Totalmente)	Medicina Média (DP)	N (Concordam ou Concordam Totalmente)	Teste T Independente e Valor DP (0,05)
1. <i>Desenvolvimento de competências para a segurança do paciente</i>	3,64 (0,70)	76 (32,5)	4,04 (0,52)	59 (58,6)	3,34 (0,67)	17 (12,6)	(0,000)

2. <i>Estratégias para fortalecimento da cultura de segurança</i>	3,06 (0,83)	37 (15,7)	3,55 (0,66)	30 (29,9)	2,69 (0,76)	7 (5,2)	(0,000)
3. <i>Gerenciamento do erro</i>	3,12 (0,87)	44 (18,7)	3,45 (0,85)	29 (28,9)	2,87 (0,79)	15 (10,9)	(0,000)

Em relação aos resultados identificados (Tabela 1), foi possível perceber que o constructo *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente* apresentou a maior média geral da escala (3,64). Nesse constructo, dos 235 estudantes de graduação em enfermagem e medicina que participaram do estudo, 76 estudantes (32,5%) apontaram que concordam ou concordam totalmente que durante o seu processo de formação são promovidos os conhecimentos, as habilidades e as atitudes a respeito da segurança do paciente. Ainda, ao analisar isoladamente cada um dos cursos, foi possível verificar que a enfermagem apresentou média de 4,04, evidenciando que os estudantes concordam que são desenvolvidas competências para a segurança do paciente durante o seu processo de formação, enquanto o curso de medicina apresentou uma média de 3,34, apontando que os estudantes consideram-se indiferentes ou neutros quanto ao desenvolvimento de competências para a segurança do paciente durante o seu processo de formação.

O constructo *estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança* evidenciou média geral (3,06). Nesse constructo, dos 235 estudantes de graduação em enfermagem e medicina que participaram do estudo, apenas 44 estudantes (18,7%) indicaram que concordam ou concordam totalmente que durante o seu processo de formação foram orientados acerca de ações e estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente. O curso de enfermagem apresentou média de 3,55, demonstrando que os estudantes consideram-se indiferentes ou neutros em relação às estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança. Já o curso de medicina apresentou uma média de 2,69, de modo que os estudantes discordam quanto à promoção e orientação de ações para o fortalecimento da cultura de segurança durante o seu processo de formação.

No constructo *gerenciamento do erro*, obteve-se como média geral (3,12), observando-se que dos 235 estudantes, somente 37 (15,7%) demonstraram que concordam ou concordam totalmente que durante o seu processo de formação foram orientados acerca das ações sobre a gestão do erro. Entre os estudantes de enfermagem, verificou-se uma média de 3,45, revelando que os mesmos consideram-se indiferentes ou neutros acerca das orientações recebidas sobre as ações diante da possibilidade da ocorrência de um erro no seu processo de formação. Entre os estudantes de medicina, a média apresentada foi de 2,87, evidenciando que os mesmos

discordam quanto a receber orientações acerca das ações que envolvem a gestão do erro no seu processo de formação.

A tabela 2 apresenta o comparativo entre os diferentes períodos do curso de enfermagem, o que permite evidenciar que os estudantes que estão na metade do curso, no terceiro e quarto ano, possuem maiores médias (3,65) em relação ao constructo *estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança* do que as apresentadas pelos estudantes do final do curso, no quinto ano (3,33).

Tabela 2- Comparativo entre os períodos do curso de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente.

Domínios- (ECSPEEM)	N	Período (3º e 4º ano) Média Geral (DP)	N	Período Final (5ºano) Média Geral (DP)	Teste T independente Valor de P (<0,05)
1.Desenvolvimento de competências para a segurança do paciente	68	4,09 (0,48)	33	3,95 (0,59)	0,210
2.Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança	68	3,65 (0,60)	33	3,33 (0,73)	0,024
3.Gerenciamento do erro	68	3,54 (0,77)	33	3,27 (1,00)	0,143

Na tabela 3, correspondente aos distintos períodos do curso que se encontravam os estudantes de medicina, evidenciou-se que os estudantes que estavam na metade do curso, no terceiro e quarto ano, apresentaram maiores médias que os que se encontravam no quinto ano, nos três constructos analisados: *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente, estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança e gerenciamento do erro*.

Tabela 3- Comparativo entre os períodos do curso de medicina acerca da cultura de segurança do paciente.

Domínios- (ECSPEEM)	N	Período (3º e 4º ano) Média Geral (DP)	N	Período Final (5ºano) Média Geral (DP)	Teste T independente Valor de P (<0,05)
1.Desenvolvimento de competências para a segurança do paciente	95	3,45 (0,60)	39	3,07 (0,77)	0,008
2.Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança	95	2,77 (0,75)	39	2,49 (0,74)	0,054
3.Gerenciamento do erro	95	2,97 (0,72)	39	2,61 (0,90)	0,017

Ao analisar a cultura de segurança do paciente de forma geral no ambiente de formação, obteve-se como resultado que os estudantes do curso de graduação em enfermagem a avaliaram

como “boa” (58 alunos, 57,4%), enquanto os estudantes do curso de graduação em medicina a avaliaram como ruim (53 alunos, 39,6%). Ainda, a análise de regressão linear simples demonstrou que dois constructos exercem efeitos positivos na cultura de segurança do paciente no processo de formação dos estudantes do curso de graduação em enfermagem. A ordem de influência para a cultura de segurança do paciente no processo de formação dos estudantes de graduação em enfermagem foi exposta pelo índice Beta, o qual evidenciou que os constructos *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente* ($\beta=0,24$ e $p<0,05$) e *gerenciamento do erro* ($\beta=0,28$ e $p<0,05$) são os maiores preditores para gerar efeitos positivos na cultura de segurança do paciente no processo de formação dos estudantes de graduação em enfermagem. O teste possui valor de coeficiente de determinação ajustada (R quadrado ajustado= 0,319) apresentando um valor de 31,9% (Tabela 4).

Tabela 4- Análise de regressão linear simples das categorias da Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina (ECSPEEM) do curso de enfermagem.

VARIÁVEL	BETA (β)	SIGMA (ρ)
<i>1.Desenvolvimento de competências para a segurança do paciente</i>	0,24	0,020
<i>2.Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança</i>	0,16	0,183
<i>3.Gerenciamento do erro</i>	0,28	0,013

Nível de significância de 5% com um intervalo de confiança de 95%.

Já em relação ao curso de medicina, a análise de regressão linear demonstrou que os três constructos exercem efeitos positivos na cultura de segurança do paciente no processo de formação. Dessa maneira, o índice Beta evidenciou como maiores preditores os constructos: *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente* ($\beta=0,373$ e $p<0,05$) e *estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança* ($\beta=0,328$ e $p<0,05$) para gerar efeitos positivos na cultura de segurança do paciente durante o processo de formação dos estudantes de graduação em medicina. Com menor impacto, o constructo *gerenciamento do erro* ($\beta=0,192$ e $p<0,05$) também se apresentou como um preditor importante para estimular e promover efeitos positivos na cultura de segurança do paciente no processo de formação dos estudantes de graduação em medicina. O teste possui valor de coeficiente de determinação ajustada (R quadrado ajustado= 0,585) apresentando um valor de 58,5%.

Tabela 5- Análise de regressão linear simples das categorias da Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina (ECSPEEM) do curso de medicina.

VARIÁVEL	BETA (β)	SIGMA (ρ)
<i>1.Desenvolvimento de competências para a segurança do paciente</i>	0,373	0,000
<i>2.Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança</i>	0,38	0,000
<i>3.Gerenciamento do erro</i>	0,192	0,008

Nível de significância de 5% com um intervalo de confiança de 95%

DISCUSSÃO

No constructo *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente*, os estudantes de enfermagem apresentaram maiores médias no que se refere ao grau de concordância quanto ao desenvolvimento de competências para a segurança do paciente no ambiente de formação do que os estudantes de medicina. Esses dados foram semelhantes aos resultados de um estudo realizado com estudantes de medicina e enfermagem de três universidades na Espanha, o qual demonstrou que em relação aos aspectos que envolvem a segurança do paciente, os estudantes de enfermagem receberam mais orientações durante o seu processo de formação quando comparados aos estudantes de medicina. Esse estudo apontou também, que existe uma sensibilidade maior por parte dos docentes de enfermagem em relação a inclusão do tema segurança do paciente no ensino dos estudantes⁽²¹⁾.

Ainda, os achados da presente pesquisa corroboram com um estudo realizado na Austrália com estudantes de graduação em enfermagem, o qual revelou que a maioria dos estudantes concordaram que os aspectos mais amplos da segurança do paciente foram abordados durante sua formação acadêmica no curso de graduação em enfermagem⁽²²⁾. No Paquistão, foi evidenciado a importância de abordar o tema segurança do paciente no ensino dos estudantes de graduação em medicina, visando a redução de erros e de danos aos pacientes durante o cuidado em saúde, bem como a promoção do aprendizado contínuo perante a ocorrência de um erro. Tal estudo destacou que é essencial promover a cultura de segurança no ensino dos estudantes de medicina, uma vez que a ausência da mesma pode se constituir em um elemento que gera resistência a práticas e ações em prol da segurança do paciente na assistência em saúde⁽²³⁾.

Já no tocante ao constructo *estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança*, os estudantes de enfermagem demonstraram-se indiferentes ou neutros em relação a tais estratégias, enquanto os estudantes de medicina discordaram quanto à orientação de ações para

o fortalecimento da cultura de segurança durante o seu processo de formação. Nesse sentido, uma Universidade Pública do Sul do Brasil reforça tais resultados em um estudo realizado com acadêmicos de enfermagem, evidenciando que a edificação de uma cultura de segurança do paciente envolve um trabalho em conjunto nos distintos ambientes acadêmico e hospitalar. Dessa maneira, durante o processo de formação dos estudantes da área da saúde, é essencial uma formação voltada para a implantação da cultura de segurança, com currículos que estimulem o trabalho em equipe e a construção de estratégias direcionadas para fortalecer a cultura de segurança⁽¹⁶⁾.

Já no contexto dos estudantes de medicina, um estudo realizado na Áustria sugere que se faz necessário adaptar os currículos das instituições acadêmicas para abordar os tópicos que envolvem a segurança do paciente, visando proporcionar um cuidado em saúde seguro, já que esse estudantes serão os futuros profissionais atuantes em saúde⁽²⁴⁾. Do mesmo modo, na Argentina, foi evidenciado a importância de promover durante o processo de formação dos estudantes de medicina os aspectos que envolvem a segurança do paciente, com a finalidade de difundir o tema e de possibilitar a implementação de ações e estratégias voltadas à segurança e à qualidade no cuidado em saúde⁽²⁵⁾.

No constructo *gerenciamento do erro*, os estudantes de enfermagem, apesar de apresentarem maiores médias do que os estudantes de medicina, também se demonstraram indiferentes ou neutros em relação às orientações que englobam ações diante da possibilidade de erros na assistência à saúde. Em consonância com esses dados, um estudo realizado com acadêmicos de enfermagem relatou que os estudantes quando foram questionados sobre o que desejavam melhorar na sua formação para segurança do paciente, apontaram as questões que envolvem o erro, responsabilidade e comportamento diante da ocorrência de erros no cuidado em saúde, demonstrando a necessidade de promover as ações que envolvem o gerenciamento do erro durante o cuidado, visando desse modo estabelecer e fomentar uma cultura de segurança positiva na assistência em saúde⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, duas universidades Quenianas demonstraram que mais da metade dos estudantes de enfermagem que participaram do estudo concordaram a respeito da importância em relatar problemas que envolvem a segurança, uma vez que estimular o relato de eventos envolvendo a segurança durante o cuidado em saúde, corrobora para a promoção de práticas seguras tanto no âmbito acadêmico quanto profissional ⁽²⁶⁾.

Ainda em relação a esse constructo, os estudantes de medicina discordaram acerca do recebimento de orientações para o gerenciamento dos erros na assistência à saúde. Nesse mesmo contexto, um estudo realizado com estudantes de medicina do quarto ano da

Universidade de Hong Kong demonstrou que os alunos gostariam de adquirir durante o seu processo de formação habilidades perante a ocorrência de um erro, já que cerca de 90% dos estudantes consideraram importante aprender a analisar a causa de um erro, bem como as habilidades de comunicação e melhores condutas diante de uma falha na assistência em saúde. Tais estudantes consideraram o erro como algo inevitável, porém mais de um quarto dos alunos relatou que médicos competentes não cometem erros, fato que demonstra uma interpretação errônea acerca do erro humano e suscita na necessidade de investir e fortalecer a cultura de segurança⁽²⁷⁾.

No que concerne os resultados apresentado sobre o comparativo entre os diferentes períodos do curso de graduação, os estudantes de enfermagem que estavam na metade do curso apresentaram maiores médias em relação ao constructo *estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança* do que as apresentadas pelos estudantes do final do curso. Já os estudantes de medicina que estavam na metade do curso apresentaram maiores médias que os que se encontravam no final do curso tanto no que se refere as *estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança* quanto nos constructos *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente e gerenciamento do erro*.

Tais resultados permitem inferir que estudantes percebem uma melhor abordagem dos aspectos que envolvem a cultura de segurança no ambiente acadêmico, durante as aulas teóricas e práticas. Contudo, quando confrontados com a realidade das instituições de saúde durante os estágios do período final de formação, sentem-se mais discordantes em relação à promoção da cultura de segurança.

Partindo dessa premissa, um estudo identificou que as definições sobre segurança e cultura de segurança são conhecidas pelos estudantes de enfermagem, porém não são incorporadas nas rotinas e nas práticas diárias, demonstrando que a falta da incorporação da cultura de segurança na assistência pode acarretar maior vulnerabilidade aos estudantes em relação aos erros em saúde⁽²⁸⁾. Ainda, em conformidade com esses achados, um estudo realizado no Canadá com estudantes de graduação em medicina e estagiários de pós-graduação, demonstrou que os estudantes se consideraram menos confiantes em relação aos tópicos que envolvem a cultura de segurança do paciente e o gerencialmente dos erros durante a assistência em saúde⁽²⁹⁾.

Tais resultados demonstram que durante o processo de formação, os estudantes se percebem mais familiarizados acerca das definições que envolvem a cultura de segurança do paciente no ambiente acadêmico do que nas instituições de saúde, o que pode ser influenciado pela própria cultura de segurança do paciente existente nas instituições que os estudantes

realizam seus estágios finais. Desse modo, se faz necessário que tanto as instituições formadoras quanto às instituições de saúde que auxiliam na formação de recursos humanos em saúde invistam em práticas seguras e no fortalecimento da cultura de segurança do paciente, contribuindo com uma geração de profissionais mais conscientes e comprometidos com a qualidade do cuidado.

Cabe destacar que, de forma geral, os estudantes de enfermagem indicaram que a cultura de segurança é promovida no ambiente acadêmico de forma satisfatória. Em contrapartida, os estudantes de medicina apontaram que a abordagem da cultura de segurança em seu processo de formação é ruim. Em consonância com esse resultado, um estudo realizado no Irã com estudantes de medicina e enfermagem apresentou dados relacionados aos saberes que envolvem a segurança do paciente com os estudantes de medicina e enfermagem, demonstrando que os estudantes de enfermagem apresentaram um conhecimento maior sobre o tema⁽¹⁵⁾. Esse resultado demonstra uma sensibilidade maior na enfermagem sobre a importância de promover a segurança durante a formação acadêmica em relação à medicina.

Na China, evidenciou-se que durante o processo de formação dos estudantes de medicina a temática cultura de segurança do paciente não é abordada de maneira específica, tendo em vista que nenhum dos participantes relatou ter recebido algum ensino formal. Assim, a formação voltada para a cultura de segurança do paciente pode auxiliar na implementação de melhores práticas durante a assistência em saúde e na educação dos estudantes de medicina, fato que demonstra a relevância de impulsionar as discussões acerca do erro e do relato de erro durante a formação dos estudantes de medicina, pois a educação exerce um papel importante na divulgação e na ascensão da segurança do paciente⁽³⁰⁾.

Ainda, verificou-se que os constructos *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente e gerenciamento do erro* são os que mais causam impacto na avaliação dos estudantes de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente em seus ambientes de formação. Em relação ao curso de medicina, os constructos *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente e estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança* foram os de maior impacto para gerar efeitos positivos na avaliação dos estudantes sobre a cultura de segurança do paciente no ambiente de formação.

Assim, considerando que o constructo *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente* apresentou o maior impacto na avaliação geral dos estudantes dos dois cursos pesquisados, evidencia-se a necessidade de estimular o conhecimento, as habilidades e as atitudes em prol da segurança do paciente no ambiente de formação dos estudantes de enfermagem e medicina, exercendo efeitos positivos na cultura de segurança.

CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou verificar que os estudantes do curso de graduação em enfermagem consideram como boa a cultura de segurança do paciente no seu ambiente de formação, enquanto os estudantes do curso de graduação em medicina entendem a cultura de segurança do paciente como ruim no seu ambiente de formação. Os estudantes de enfermagem apresentaram maiores médias nos três constructos analisados: desenvolvimento de competências para a segurança do paciente; estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança e gerenciamento do erro.

Esse artigo apresenta como **limitação** o fato de ter sido realizado em uma população específica de uma Universidade do Sul do Brasil, fato esse que não possibilita a generalização dos resultados encontrados, pois a amostra de estudantes de medicina e enfermagem, embora representativa, não caracteriza os distintos ambientes universitários do Brasil.

Por fim, esse **estudo contribui para estimular novas pesquisas na área da saúde**, com o intuito de promover a cultura de segurança do paciente no processo de formação dos estudantes. Faz necessário estimular e divulgar no ensino dos estudantes da área da saúde os aspectos que contemplam a segurança do paciente, bem como a promoção de ações para o fortalecimento da cultura de segurança e o gerenciamento dos erros com a finalidade de favorecer mudanças positivas em prol de um ambiente em saúde seguro e de qualidade à população.

REFERÊNCIAS

1. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2012;2(2):290-299. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976924966>
2. Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: AMGH Editora; 2013.
3. Bogarin DF et al. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 2014;19(3):491-497. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.33308>
4. Eberle CC, Silva APSS. Compreensão de estudantes de enfermagem sobre a segurança do paciente. *Rev. baiana enferm*. 2016;30(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i4.21701>
5. World Health Organization. *Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009*. World Health Organization, WHO; 2009.

6. Kohn LT et al. To err is human: building a safer health system (Vol. 6). Washington: National Academies Press; 2000.
7. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme 2005. Geneva: WHO; 2004.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2014.
9. Fičko LS et al. Assessment of educational needs of nursing students for improving patient safety. *Croat Nurs*. 2017; 1(1):25-37. DOI: 10.24141/2/1/1/2
10. World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011.
11. Farley D, Zheng H, Rousi E, Leotsakos A. Field test of the world health organization multi-professional patient safety curriculum guide. *PloS one*. 2015;10(9). DOI: 10.1371/journal.pone.0138510
12. Brasil. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília; 2013.
13. Leotsakos, A et al. "Educating future leaders in patient safety." *Journal of multidisciplinary healthcare* 7 (2014): 381, 2014. DOI: 10.2147/JMDH.S53792
14. Stevenson E, Chudgar SM, Turner K, Molloy M, Phillips B, Engle DL, Clay AS. How we engage graduating professional students in interprofessional patient safety. *Nursing forum*. 2016;51(4):233-237. DOI: 10.1111/nuf.12146
15. Nabilou B, Feizi A, Seyedin H. Patient safety in medical education: Students' perceptions, knowledge and attitudes. *PloS one*. 2015;10(8). DOI: 10.1371/journal.pone.0135610
16. Ilha P, Radünz V, Tourinho FSV, Marinho MM. Patient safety from the perspective of nursing students. *Cogitare Enfermagem*. 2016;21(5). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.43620>
17. Hill MM, Andrew H. "Investigação por questionário. *Lisboa: Edições Sílabo* (2002).
18. Hulley SB et al. *Delineando a pesquisa clínica*. Artmed Editora, 2008.
19. Gaya A. "Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa." *Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa*. 2008.
20. Brasil. "Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde." *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* (2012).

21. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016;31(3):141-145. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.08.008>
22. Usher K, Woods C, Parmenter G, Hutchinson M, Mannix J, Power T, Jackson D. Self-reported confidence in patient safety knowledge among Australian undergraduate nursing students: a multi-site cross-sectional survey study. *International journal of nursing studies*. 2017;71:89-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.006>
23. Misbah S, Mahboob U. Strengths, weaknesses, opportunities, and threats analysis of integrating the World Health Organization patient safety curriculum into undergraduate medical education in Pakistan: a qualitative case study. *Journal of educational evaluation for health professions*. 2017;14(35). DOI: <https://doi.org/10.3352/jeehp.2017.14.35>
24. Schwappach D, Sendlhofer G, Kamolz LP, Ko'le W, Brunner G. Speaking up culture of medical students within an academic teaching hospital: Need of faculty working in patient safety. *PLoS ONE*. 2019;14(9). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222461>
25. Ladenheim R, Macchiavello D, Milberg M. Inclusión de la seguridad del paciente en la carrera de Medicina: descripción de la experiencia y percepción de los estudiantes. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017;32(6):316-321. DOI: [10.1016/j.cali.2017.07.002](https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.07.002)
26. Mbutia NN, Moleki, MM. Preregistration nursing students' perceived confidence in learning about patient safety in selected Kenyan universities. *Curationis*. 2019;42(1). DOI: <https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1974>
27. Leung GKK, Patil N G. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. *Hong Kong Medical Journal*. 2010;16(2):101-105.
28. Hartmann C, Novaretti MCZ. Percepção dos estudantes do curso superior de enfermagem sobre segurança do paciente. *Revista Espacios*. 2016;37(18).
29. 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 Qual Saf*. 2015;24(2):135-141. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003142>
30. Liu H, Li Y, Zhao S, Jiao M, Lu Y, Liu J, Wang Y. Perceptions of patient safety culture among medical students: a cross-sectional investigation in Heilongjiang Province, China. *BMJ open*. 2018;8(7). DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020200>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa dissertação, os resultados encontrados foram apresentados sob forma de dois artigos, o primeiro artigo intitulado: *Elaboração e validação da escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina*; e o segundo artigo intitulado: *Cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de graduação de enfermagem e medicina*.

Os dois artigos revelam a necessidade em promover e fortalecer a temática cultura de segurança do paciente no ensino dos estudantes de medicina e enfermagem, uma vez que as pesquisas envolvendo a temática estão mais direcionadas para o ambiente hospitalar no âmbito dos profissionais de saúde. Assim, verifica-se a necessidade de difundir esse tema no processo de formação dos estudantes, uma vez que serão os futuros profissionais atuantes na área da saúde, de modo que capacitá-los desde a formação acerca da cultura de segurança visa a estimular atitudes proativas nos estudantes sobre os eventos que envolvem a segurança.

Em relação aos resultados encontrados no artigo intitulado: *Elaboração e validação da escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina*, foi possível evidenciar que a *Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina* (ECSPEEM) demonstrou-se como um instrumento válido e confiável para analisar a cultura de segurança do paciente presente na formação dos estudantes, também mostrou-se como um instrumento de grande relevância devido à carência de escalas sobre cultura de segurança específicas para uso com estudantes de enfermagem e medicina. Por fim, a escala ECSPEEM apresentou 29 itens divididos em três constructos: *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente, estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança e gerenciamento do erro*.

A *Escala de cultura de segurança do paciente para estudantes de enfermagem e medicina* (ECSPEEM) foi construída e validada de modo específico para utilização com estudantes de enfermagem e medicina. Evidencia-se, assim, a importância e a particularidade desse estudo, uma vez que preencheu uma lacuna existente acerca da ausência de instrumentos e estudos que envolvem a cultura de segurança do paciente no ambiente acadêmico, já que os instrumentos que avaliam a cultura ainda são, em sua maioria, pensados e elaborados para profissionais de saúde e ambientes hospitalares, sendo apenas adaptados para o contexto acadêmico.

No tocante aos resultados encontrados no segundo artigo, intitulado *Cultura de segurança do paciente na formação dos estudantes de graduação de enfermagem e medicina*, foi possível observar diferenças significativas em relação aos estudantes de enfermagem e medicina quanto à cultura de segurança do paciente no ambiente de formação, verificando-se maiores médias entre os estudantes de enfermagem no que se refere ao desenvolvimento de competências para a segurança do paciente, as estratégias para fortalecimento da cultura de segurança e o gerenciamento do erro. Os achados do estudo evidenciaram a necessidade de difundir a cultura de segurança do paciente no ambiente de formação dos estudantes de enfermagem e medicina, com o intuito de promover saberes que contemplam a formação de profissionais mais críticos, reflexivos e comprometidos com a segurança no cuidado em saúde.

Os resultados apresentados por esse estudo possibilitaram inferir que os estudantes de ambos os cursos evidenciaram que os elementos que envolvem a cultura de segurança do paciente são mais abordados e trabalhados no contexto acadêmico durante as aulas práticas e teóricas. No entanto, no tocante aos aspectos que envolvem a cultura de segurança na realidade das instituições de saúde durante os estágios do período final de formação, os estudantes sentem-se mais discordantes em relação à promoção da cultura de segurança.

Nesse sentido, o constructo *desenvolvimento de competências para a segurança do paciente* apresentou o maior impacto na avaliação geral dos estudantes de medicina e enfermagem. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de estimular o conhecimento, as habilidades e as atitudes em prol da segurança do paciente no ambiente de formação dos estudantes.

Assim, esse estudo proporcionou identificar lacunas durante o processo de formação dos estudantes de medicina e enfermagem acerca dos tópicos que contemplam a cultura de segurança do paciente, reforçando a necessidade de estimular o conhecimento acerca da temática no ensino, visando a promover nos estudantes atitudes voltadas para um ambiente em saúde que preze pela qualidade na assistência ao paciente.

Por fim, essa pesquisa apresentou como limitação o fato de ter sido realizada em apenas uma universidade do Sul do Brasil, apenas com os cursos de graduação em medicina e enfermagem, de modo que os resultados do referido estudo não podem ser generalizados. Diante disso, são necessárias outras investigações acerca da cultura de segurança do paciente no ambiente de formação dos estudantes da área da saúde utilizando a escala ECSPEEM elaborada e validada nesse estudo, visando à confirmação de suas propriedades psicométricas ao ser utilizada em outros contextos e a comparação dos resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão 2005-2010: principais realizações/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2010.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União**, v. 26, 2013.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2015.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária** – Brasília: Anvisa, 2016.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.
- AYANIAN, J. Z.; MARKEL, H. Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. **The New England journal of medicine**, v. 375, n. 3, p. 205, 2016.
- BARI, A *et al.* Patient safety awareness among postgraduate students and nurses in a tertiary health care facility. **Pakistan journal of medical sciences**, v. 33, n. 5, p. 1059, 2017.
- BARNSTEINER, J.; DISCH, J. Creating a Fair and Just Culture in Schools of Nursing. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 117, n. 11, p. 42-48, 2017.
- BRASIL. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**: Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 1, n. 18, 1999.
- _____. **Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009**. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária-VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União, 2009.
- _____. **Resolução, Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho nacional de saúde. Disponível em< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 2 abr. 2013a. Seção 1, Nº 62, p.43.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 2013b.
- _____. 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, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Resolução - **RDC N° 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: **2013d**.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: MS, **2014a**.

_____. **Resolução RDC no 51, de 29 de setembro de 2014**. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: MS, **2014b**.

BOGARIN, D. F. *et al.* Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 491-497, 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. 1, n. 13, p. 7-13, 2015.

CAUDURO, G. M. R. *et al.* Patient safety in the understanding of health care students. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 38, n. 2, p.1-8, 2017.

COUTO, R. C. *et al.* **II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil**. 2018.

COX, S; FLIN, R. Safety culture: philosopher's stone or man of straw?. **Work & Stress**, v. 12, n. 3, p. 189-201, 1998.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CROLL, B. A. *et al.* Promoting a culture of safety: use of the hospital survey on patient safety culture in critical access hospitals. Briefing Paper, n. 30, p. 1-18. **Portland, ME: Flex Monitoring Team**. 2012.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. G.; ROWE, R. **Estatística sem matemática para as ciências da Saúde**. Porto Alegre: PENSO, 2017.

DEVELLIS, R.F. **Scale development: theory and applications**. Newbury Park, CA: Sage, 2012.

DEKKER, S; BREAKKEY, H. 'Just culture:'improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. **Safety Science**, v. 85, p. 187-193, 2016.

DEKKER, S. Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization, Third Edition (Página 1). 3ª Edição: **Taylor & Francis**. 2017.

DISCH, J. *et al.* CE: Original Research Exploring How Nursing Schools Handle Student Errors and Near Misses. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 117, n. 10, p. 24-31, 2017.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

EBERLE, C. C.; SILVA, A. P. S. S. Compreensão de estudantes de enfermagem sobre a segurança do paciente. **Rev. baiana enferm**, v. 30, n. 4, 2016.

ELSOUS, A *et al.* Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (short form 2006). **Oman medical journal**, v. 32, n. 2, p. 115, 2017.

ELMONTSRI, M *et al.* Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review. **BMJ open**, v. 7, n. 2, p: e013487, 2017.

FAMOLARO, T *et al.* **Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report**. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). **Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality**; 2018.

FARLEY, D *et al.* Field test of the world health organization multi-professional patient safety curriculum guide. **PLoS One**, v. 10, n. 9, p. 01-16, 2015.

FAROKHZADIAN, J.; NAYERI, N. D.; BORHANI, F. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. **BMC health services research**, v. 18, n. 1, p. 654, 2018.

FASSINI, P.; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012.

FAVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel, SPSS e Stata**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

FAWCETT, T. (J.) N., RHYNAS, S. J. Re-finding the 'human side' of human factors in nursing: helping student nurses to combine person-centred care with the rigours of patient safety. **Nurse Educ. Today**, v. 34, n. 9, p. 1238-1241, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.01.008>

FIČKO, L. S. *et al.* Assessment of educational needs of nursing students for improving patient safety, **Croatian Nursing Journal**, v.1, n.1, p. 25-37, 2017.

FONSECA A. S; PETERLINI F. L.; COSTA D. A. **Segurança do paciente**. 1ª Edição: São Paulo: Martinari, 2014.

FRIESEN, M. A.; FARQUHAR, M. B.; HUGHES, R. The nurse's role in promoting a culture of patient safety. **Center for American Nurses**, v.20, n. 7, p. 1-26, 2005.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. **Projeto pedagógico do curso de medicina**. Rio Grande: FURG, 2015.

FURG. Pró-reitoria de graduação. **Projeto pedagógico do curso de enfermagem**. Rio Grande, 87p., 2018.

GAYA, A (col.). **Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

- HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ quality & safety**, v. 20, n. 4, p. 338-343, 2011.
- HILL, M.M.; HILL, A. **Investigação por questionário**. Lisboa: Sílabo, 2002.
- HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ILHA, P. *et al.* Patient safety from the perspective of nursing students. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, p.1-10, 2016.
- KAMRAN, R. *et al.* Patient Safety Awareness Among Undergraduate Medical Students in Pakistani Medical School. **Pakistan journal of medical sciences**, v. 34, n. 2, p. 305, 2018.
- KHATRI, Naresh; BROWN, Gordon D.; HICKS, Lanis L. From a blame culture to a just culture in health care. **Health care management review**, v. 34, n. 4, p. 312-322, 2009.
- KILLAM, L. A. *et al.* Unsafe clinical practices as perceived by final year baccalaureate nursing students: Q methodology. **BMC nursing**, v. 11, n. 1, p. 26, 2012.
- KOHN, K. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Org). **To err is human: building a safer health system**. Washington, 1ª Edição: **DC: National Academy Press**, 2000.
- LADENHEIM, R.; MACCHIAVELLO, D.; MILBERG, M. Inclusión de la seguridad del paciente en la carrera de Medicina: descripción de la experiencia y percepción de los estudiantes. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 32, n. 6, p. 316-321, 2017.
- LEE, S. E. *et al.* Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: A literature review. **Western journal of nursing research**, v. 41, n. 2, p. 279-304, 2019.
- LEOTSAKOS, A. *et al.* Educating future leaders in patient safety. **Journal of multidisciplinary healthcare**, v. 7, p. 381, 2014.
- LEUNG, G. K. K.; PATIL, N. G. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception, **Hong Kong Medical Journal**, n. 16, v.2, p. 101-105, 2010.
- LEUNG, G. K. K. *et al.* Patient safety culture among medical students in Singapore and Hong Kong, **Singapore Medical Journal**, v. 54, n.9, p.501-505, 2013.
- LIU, He *et al.* Perceptions of patient safety culture among medical students: a cross-sectional investigation in Heilongjiang Province, China. **BMJ open**, v. 8, n. 7, p.1-9, 2018.
- MANSOUR, M. J. *et al.* Integrating Patient Safety Education in the Undergraduate Nursing Curriculum: A Discussion Paper. **The open nursing journal**, v. 12, p. 125-132, 2018.
- MARX, D. A. **Patient safety and the " just culture": a primer for health care executives**. Trustees of Columbia University, v.1, n.1, p.1-2, 2001.

MEDEIROS A. B. A, ENDERS B. C, LIRA A. L. B. C. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 518-524, 2015.

NABILOU, B.; FEIZI, A.; SEYEDIN, H. Patient safety in medical education: Students' perceptions, knowledge and attitudes. **PloS one**, v. 10, n. 8, p.1-8, 2015.

NEUHAUSER D. Ernest Amory Codman MD. **BMJ Quality & Safety**, v. 11, n. 1, p. 104-105, 2002.

NIGHTINGALE F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

NOVIYANTI, L. W.; HANDIYANI, H.; GAYATRI, D. Improving the implementation of patient safety by nursing students using nursing instructors trained in the use of quality circles. **BMC nursing**, v. 17, n. 2, p. 53, 2018.

PAIXÃO, T. C. R. *et al.* Competências gerenciais relacionadas à segurança do paciente: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 4, p. 245-253, 2017.

PEARSON, P.; STEVEN, A.; DAWSON, P. Patient safety in health care professional educational curricula: Examining the learning experience. P. 1-214, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora, 2011.

REASON, J. **Human error: models and management**. **Bmj**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

PRATES, C. G.; STADŇIK, C. M. **Segurança do Paciente - Gestão de Risco e Controle de Infecções Hospitalares**– 1º Edição: Porto Alegre: Editora Moriá, 2017.

SAMMER, C. E. *et al.* What is patient safety culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SANTOS, V.E.P; RADÜNZ, Vera. O estresse de acadêmicos de enfermagem e a segurança do paciente. **Revista. Enfermagem UERJ**, v.9, n.4, p. 616-620, 2011.

SEIFFERT S. L., GONÇALVES L. D., WOLFF, M. L. W. A Expertise de Nightingale e o manual brasileiro de acreditação de organizações de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 556- 559, 2011.

SILVA, M. R., MATTOS, A. M. Ignaz Semmelweis e a febre puerperal: algumas razões para a não aceitação de sua hipótese. **Filosofia e História da Biologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 85-98, 2015.

SORRA, J. *et al.* AHRQ Hospital survey on patient safety culture: User's guide. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2016.

SOUSA, P., MENDES, W. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 1º Edição: **SCIELO-Editora FIOCRUZ**, 2014.

STEVENSON, E. *et al.* How we engage graduating professional students in interprofessional patient safety. In: **Nursing forum**. v.51, n. 4, p. 233-237, 2016.

UBEDA, G. ¿ Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente?. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 31, n. 3, p. 173-176, 2016.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ª Edição: **AMGH Editora**, 2013.

WEAVER, S. J. *et al.* Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 158, n. 5_Part_2, p. 369-374, 2013.

WEGNER, W. *et al.* Education for culture of patient safety: Implications to professional Training. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, p. 1-8, 2016.

WHO. World Health Organization. **World Health Assembly, 55. Fifty-Fifth World Health Assembly, Geneva, 19-28 May 2002: resolutions and decisions, annexe**, Geneva: WHO, 2002.

_____. World Health Organization. **World alliance for patient safety: forward programme**. Geneva: WHO, 2004.

_____. World Health Organization. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. **Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde**, Geneva: WHO, 2009.

_____. World Health Organization. **WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. Geneva: WHO, 2011.

_____. World Health Organization et al. **Patient safety: making health care safer**. Geneva: World Health Organization; 2017 a.

_____. World Health Organization. **Medication without harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, Geneva: WHO 2017b.

YOSHIKAWA, J. M. *et al.* Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013.

ZAMBON, L. S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. **MedicinaNet**, 2008. Disponível em: < <http://www.medicinanet.com.br/ler.Vxlpub>.

APÊNDICE A

“ESCALA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA” (ECSPEEM)

A **cultura de segurança do paciente** é definida como a soma de valores, ações, percepções, metas e comportamentos que demonstram o compromisso com a segurança e a gestão em saúde, visando alterar sentimentos como o medo e a punição pela chance de aprender diante dos erros durante o cuidado realizado em saúde (WHO, 2011).

BLOCO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	
1. Curso:	[1] Enfermagem [2] Medicina
2. Sexo:	[1] Feminino [2] Masculino
3. Idade:	
4. Ano no curso:	

BLOCO 2 - Este instrumento busca analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação da área da saúde.

- Pedimos que você reflita sobre suas vivências em sala de aula, no ambiente acadêmico, e nas aulas práticas e estágios, nas instituições de saúde.

PARA COMPLETAR ESSE INSTRUMENTO, MARQUE UM "X" DE ACORDO COM O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA COM AS QUESTÕES A SEGUIR:	1- DISCORDO TOTALMENTE	2. DISCORDO	3. INDIFERENTE OU NEUTRO	4.CONCORDO	5.CONCORDO TOTALMENTE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO, SÃO PROMOVIDOS (AS):					
1.Valores e atitudes compatíveis com a segurança do paciente					
2. Conhecimentos acerca da segurança do paciente					
3. Conhecimentos acerca da cultura de segurança do paciente					
4. Discussões sobre os desafios globais para a segurança do paciente					
Q01. Essa é uma questão de controle, para verificar seu nível de atenção. Por favor, assinale a opção 2 discordo					
5.Competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) em prol da segurança do paciente					
6.Ações e estratégias para a segurança do paciente					
7. Melhores práticas voltadas a assistência em saúde					
8. Cuidados que promovem a qualidade e segurança aos pacientes					

PARA COMPLETAR ESSE INSTRUMENTO, MARQUE UM "X" DE ACORDO COM O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA COM AS QUESTÕES A SEGUIR:	1- DISCORDO TOTALMENTE	2. DISCORDO	3. INDIFERENTE OU NEUTRO	4.CONCORDO	5.CONCORDO TOTALMENTE
ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO, AS SEGUINTESS ESTRATÉGIAS SÃO ORIENTADAS:					
9. Discussões de que os erros decorrem de falhas no sistema organizacional					
10. Discussões de questões que envolvem os erros e os eventos adversos na assistência em saúde					
11. Discussões referentes aos erros que acontecem na assistência em saúde, mas que não afetam o paciente (<i>near miss</i>)					
12. Discussões sobre o gerenciamento de riscos e eventos adversos					
13. Conhecimentos e capacitações a respeito da utilização de protocolos de segurança do paciente					
14. Condutas e diretrizes para comunicar os erros e os eventos adversos aos pacientes (<i>disclosure</i>)					
Q02. Essa é uma questão de controle, para verificar seu nível de atenção. Por favor, assinale a Opção 3 indiferente ou neutro					
15. Soluções de problemas e melhorias no processo de trabalho					

PARA COMPLETAR ESSE INSTRUMENTO, MARQUE UM "X" DE ACORDO COM O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA COM AS QUESTÕES A SEGUIR:	1- DISCORDO TOTALMENTE	2. DISCORDO	3. INDIFFERENTE OU NEUTRO	4.CONCORDO	5.CONCORDO TOTALMENTE
16.Aprendizagem organizacional diante das falhas na assistência a saúde					
17. Cultura do relato, a qual visa estimular o diálogo e o relato diante de um erro na assistência em saúde					
18. Cultura justa, que busca estabelecer a diferenciação de profissionais cuidadosos dos que apresentam comportamentos imprudentes					
19. A conduta de como proceder após a ocorrência de um erro					
20.A identificação, a comunicação e a notificação diante da ocorrência de um erro na assistência em saúde					
21.A implementação de mudanças no processo de trabalho após a ocorrência do erro					
GERENCIAMENTO DO ERRO NO SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO, DIANTE DA POSSIBILIDADE DA OCORRÊNCIA DE ERROS EM SAÚDE, É ORIENTADO(A) OU ESTIMULADO(A):					
22. O relato de erros sem o sentimento de medo e culpa					
23. A comunicação aberta e clara do erro ao paciente e família					
24. O aprendizado contínuo diante da ocorrência de erros na assistência em saúde					

PARA COMPLETAR ESSE INSTRUMENTO, MARQUE UM "X" DE ACORDO COM O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA COM AS QUESTÕES A SEGUIR:	1- DISCORDO TOTALMENTE	2. DISCORDO	3. INDIFERENTE OU NEUTRO	4.CONCORDO	5.CONCORDO TOTALMENTE
25. Um ambiente de confiança mútua, de apoio e enfrentamento					
Q03. Essa é uma questão de controle, para verificar seu nível de atenção. Por favor, assinale a opção 5 concordo totalmente					
26.O apoio ao colega/profissional da equipe de saúde					
27. O fato de que o erro pode acontecer independente da competência profissional					
28. O fato de que o erro pode acontecer independente da atenção e dedicação do profissional					
29. A análise dos erros como falhas do sistema e não apenas como falhas individuais					

DE FORMA GERAL:

1. Como você avalia a cultura de segurança no seu ambiente de formação?

PÉSSIMO RUIM NEM RUIM / NEM BOM BOM EXCELENTE



APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)²

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 DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA**”, de autoria da Prof^a Dr^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem.

PROCEDIMENTOS: Fui informado (a) de que o objetivo do estudo será “Elaborar e validar um instrumento que permita analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação de enfermagem e medicina” “Analisar a cultura de segurança do paciente na formação de estudantes de graduação de enfermagem e medicina”. A metodologia empregada prevê o desenvolvimento, validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. A participação é livre e voluntária, podendo você participante, desistir a qualquer momento, retirando este consentimento sem penalização alguma. 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. Minha identidade 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.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS/FURG):
(53) 3237.4652

Assinatura do participante: _____

Data: ____ / ____ / ____.

² O presente TCLE terá duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa.

ANEXO



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER N° 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.

Prof. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG