

# Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais

Patient safety: knowledge between multiprofessional residents

João Lucas Campos de Oliveira<sup>1</sup>, Simone Viana da Silva<sup>1</sup>, Pamela Regina dos Santos<sup>1</sup>,  
Laura Misue Matsuda<sup>2</sup>, Nelsi Saete Tonini<sup>1</sup>, Anair Lazzari Nicola<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar o conhecimento de residentes multiprofissionais na área da saúde sobre o tema segurança do paciente. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, desenvolvido com pós-graduandos dos cursos/especialidades de residência da área da saúde de uma universidade pública do Paraná. Os participantes (n=78) responderam um questionário contendo nove questões objetivas relacionadas com a segurança do paciente. Os dados foram analisados por estatística descritiva, em medidas de proporção. O mínimo de 75% de acertos foi considerado ponto de corte para avaliação positiva. **Resultados:** A amostra foi composta por profissionais predominantemente jovens, oriundos de programas médicos. Quase metade dos itens avaliados (n=5) alcançou o padrão de positividade estabelecido, com destaque para os que trataram dos momentos de higienização das mãos (98,8%) e o objetivo do Programa Nacional de Segurança do Paciente (92,3%). A identificação do paciente foi o pior item avaliado (37,7%). Na análise por áreas profissionais, somente a Enfermagem alcançou o padrão de acertos estabelecido. **Conclusão:** O conhecimento dos residentes foi limiar.

**Descritores:** Segurança do paciente; Internato e residência; Gestão do conhecimento

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the knowledge of multiprofessional residents in health about the security of the patient theme. **Methods:** Cross-sectional study, quantitative, developed with graduate courses/residence specialties of health in a public university of Paraná, Brazil. Participants (n=78) answered a questionnaire containing nine objective questions related to patient safety. Data were analyzed using descriptive statistics, in proportion measures. The minimum 75% of correct answers was considered the cutoff for positive evaluation. **Results:** The sample was predominantly composed of young people

from medical programs. Almost half of the items evaluated (n=5) achieved the established positive pattern, especially those who dealt with the hand hygiene moments (98.8%) and goal of the Patient Safety National Program (92.3%). The identification of the patient was the worst rated item (37.7%). In the analysis by professional areas, only the Nursing reached the standard of hits established. **Conclusion:** Knowledge of the residents was threshold.

**Keywords:** Patient safety; Internship and residency; Knowledge management

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a segurança do paciente é considerada um dos pilares críticos da qualidade na saúde. O potencial danoso da assistência à saúde é inegável, e a segurança do paciente é compreendida como a redução dos riscos atrelados ao cuidado a um mínimo aceitável.<sup>(1)</sup>

Para almejar a segurança no cuidado, recomendam-se o emprego de estratégias que visem à padronização de processos de trabalho; a identificação de riscos seguidos do planejamento da assistência; o consumo crítico de conhecimento científico; o compromisso gerencial em prol deste bem, incluindo a cultura não punitiva por conta de erros, e a melhor comunicação entre os profissionais e usuários.<sup>(1-4)</sup>

Os profissionais de saúde devem apresentar conhecimentos e habilidades para identificar os erros e tomar as medidas adequadas para revertê-los, bem como preveni-los oportunamente, para que, com isso, ocorram mudanças na cultura de segurança das organizações.<sup>(3,5)</sup> Recentemente, a formação em segurança do paciente,

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Autor correspondente: João Lucas Campos de Oliveira – Rua Universitária, 2069 – CEP: 85819-110 – Cascavel, PR, Brasil – Tel.: (45) 3306-2597 – E-mail: enfjoalcampos@yahoo.com.br

Data de submissão: 16/9/2016 – Data de aceite: 13/1/2017

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3871

em termos curriculares, tanto na graduação como na pós-graduação na área da saúde, é recomendação imperativa no Brasil.<sup>(1)</sup>

Reconhece-se a importância de se diagnosticar/avaliar o conhecimento de profissionais da saúde da segurança do paciente. No entanto, tanto no contexto do ensino como da pesquisa, isto tem sido abordado apenas com estudantes de graduação – mais especialmente das áreas de Medicina e Enfermagem.<sup>(5-7)</sup> Bohomol et al., por exemplo, analisaram documentalmente o ensino sobre o tema em pauta, incluindo outras áreas na saúde (Farmácia e Fisioterapia) que não as citadas, e focando no processo de graduação.<sup>(8)</sup>

O presente estudo enfoca o conhecimento sobre segurança do paciente entre residentes multiprofissionais da área da saúde e justifica-se pelo fato de que, possivelmente, a detecção das falhas e fortalezas na formação/conhecimento entre tais agentes é um fator que alicerça a tomada de decisão em busca de melhorias para o cuidado mais seguro. Isto porque estes sujeitos, apesar do caráter prático do seu aprendizado, ainda estão em processo de formação e podem ser agentes de mudanças no contexto futuro do trabalho. Com isso, questionou-se: como se apresenta o (des)conhecimento de residentes multiprofissionais da área da saúde sobre segurança do paciente?

## OBJETIVO

Verificar o conhecimento de residentes multiprofissionais na área da saúde sobre o tema segurança do paciente.

## MÉTODOS

Pesquisa descritiva, transversal, quantitativa, desenvolvida com base nos programas de residência da área da saúde ofertados por uma universidade pública do interior do Estado do Paraná. Dentre os pós-graduandos vinculados aos programas, com exceção da especialidade farmácia industrial, todos exerciam atividades de treinamento em serviço (característica de cursos de residência) em um hospital de ensino próprio da universidade.

O hospital contempla 210 leitos para atendimento de média e alta complexidade, exclusivamente destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS). É campo majoritário para 51 vagas anuais de residência em cinco áreas: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Odontologia. Dentre estas áreas, os programas de residência se desdobram em 14 especialidades, vinculadas

à Medicina (n=7), Enfermagem (n=1), Fisioterapia (n=2), Farmácia (n=3) e Odontologia (n=1). No momento do estudo, existiam 113 (100%) residentes em curso.

A população do estudo compreendeu a totalidade dos residentes matriculados no período da coleta de dados, que foi procedida entre março a maio de 2016. A inclusão se pautou na matrícula ativa do residente e em sua presença nos campos de ensino teórico e/ou prático. Com base nisto, foram excluídos residentes ausentes do campo por férias e/ou licença por qualquer motivo; que se esquecesse de participar do estudo (coleta de dados) após três convites consecutivos; ou que não fossem encontrados em seus locais de treinamento em serviço ou salas de aula após três tentativas.

Para localização dos sujeitos, foi solicitada formalmente a relação dos nomes dos residentes para cada coordenação de área/especialidade. Os possíveis participantes foram recrutados em local de treinamento em serviço e/ou salas de aula, e convidados a participarem do estudo mediante esclarecimento de seu objetivo e forma de condução. Diante ao aceite informal dos sujeitos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue a eles para leitura e assinatura, em duas vias de igual teor e igualmente assinadas pelo pesquisador.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário autoaplicável que contemplava a extração de variáveis de caracterização demográfica e de formação dos residentes. Havia também uma parte específica direcionada à coleta de informações sobre segurança do paciente, a qual foi construída com base nos ditames nacionais oficiais disponíveis sobre o tema e disposta em nove questões com respostas do tipo múltipla escolha de quatro alternativas (a-b-c-d), com apenas uma possibilidade de acerto (Apêndice A).<sup>(1,9,10)</sup>

As questões (n=9) da parte específica do questionário foram distribuídas nos seguintes pontos de avaliação: objetivo do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); riscos de infecção; principais metas/protocolos de segurança do paciente dispostas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); momentos para a higienização das mãos; momentos do *checklist* de cirurgia segura; taxonomia em segurança do paciente (ênfase em erros e eventos adversos); úlceras por pressão (gradação de estágios); recomendações para identificação do paciente; e prevenção de quedas.<sup>(1,9,10)</sup>

Para verificar sua adequabilidade, o questionário foi previamente aplicado em uma amostra aleatória de seis sujeitos para teste piloto entre graduandos da área da saúde, o que legitimou a empregabilidade do instru-

mento. Além disto, o questionário foi avaliado por três docentes enfermeiros, sendo que dois possuíam título de Doutor, e um era Mestre e Doutorando. A apreciação destes pesquisadores demonstrou unanimidade sobre a aplicabilidade do instrumento para fins da pesquisa. Futuramente, espera-se que o instrumento seja submetido e refinado por procedimentos cabíveis de validação, o que certamente é recomendado, por não se ter conhecimento de algum material que proceda à avaliação ora proposta.

Os dados extraídos dos questionários foram sumarizados em planilhas eletrônicas do *software* Microsoft Office Excel, versão 2010 e, posteriormente, submetidos à análise estatística descritiva, com uso de medidas de proporção. Para objetividade na avaliação, estabeleceu-se o valor de 75% como ponto de corte à apreciação positiva do conhecimento. Este valor foi definido por não se ter ciência de alguma diretriz que estabeleça parâmetros de avaliação do conhecimento em segurança do paciente e também por corresponder ao ponto de corte de um instrumento que avalia o clima de segurança do paciente em hospitais, cujo tema tem afinidade com o desta pesquisa.<sup>(11)</sup>

Todas as exigências éticas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas e o projeto deste estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, recebendo parecer favorável com protocolo 1.311.148/2015, número de CAAE: 48192015.9.0000.0107.

## RESULTADOS

Por elegibilidade, o estudo contou com uma amostra de 78 participantes, ou seja, 69% da população pré-elegível (n=113). As perdas amostrais se deram pelos seguintes critérios: residentes em férias/licenças (n=11); não encontrados nos campos de treinamento em serviço e/ou salas de aula por três tentativas (n=6); e que se esqueceram de responder ao questionário após três convites (n=18).

Na tabela 1 constam os dados de caracterização dos participantes, de acordo com idade, sexo, ano do curso de residência e área de formação profissional. A tabela 2 ilustra a distribuição dos participantes, segundo as especialidades de residência pesquisadas. Na tabela 3, constam as informações referentes ao conhecimento dos residentes sobre a segurança do paciente, por item avaliado. Por fim, a tabela 4 sumariza os achados atinentes à avaliação do conhecimento sobre segurança do paciente por área de formação profissional, ou seja, por frequência de respostas individual a cada área.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra

Variável	n (%)
Idade	
20-23	24 (30,7)
24-27	41 (52,5)
28-31	9 (11,5)
32-35	3 (3,8)
Não responderam	1 (1,5)
Sexo	
Feminino	53 (67,9)
Masculino	25 (32,1)
Ano do curso de residência	
R1	53 (67,9)
R2	22 (28,3)
R3	3 (3,8)
Área de formação	
Medicina	29 (37,2)
Enfermagem	13 (16,7)
Fisioterapia	15 (19,2)
Farmácia	15 (19,2)
Odontologia	6 (7,7)
Total	78 (100)

**Tabela 2.** Especialidade de residência dos participantes

Especialidade de residência	n (%)
Cirurgia Geral	4 (5,1)
Clínica Médica	3 (3,9)
Neurocirurgia	2 (2,5)
Obstetrícia e Ginecologia	11 (14,1)
Ortopedia e Traumatologia	3 (3,9)
Pediatria	6 (7,6)
Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica	13 (16,6)
Fisioterapia Hospitalar	10 (12,8)
Fisioterapia em Terapia Intensiva	5 (6,5)
Análises Clínicas	3 (3,9)
Farmácia Hospitalar	9 (11,6)
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	6 (7,6)
Farmácia Industrial	3 (3,9)
Total	78 (100)

**Tabela 3.** Conhecimento de residentes multiprofissionais sobre segurança do paciente

Tema da questão	Acertos n (%)	Erros n (%)	Total n (%)
Objetivo do PNSP	72 (92,3)	6 (7,7)	78 (100)
Riscos de infecção	63 (80,8)	15 (19,2)	78 (100)
Principais metas de segurança do paciente (ANVISA)	66 (84,7)	12 (15,3)	78 (100)
Momentos para a higienização das mãos	77 (98,8)	1 (1,2)	78 (100)
Checklist de cirurgia segura	55 (70,5)	23 (29,5)	78 (100)
Taxonomia em segurança do paciente (erros e eventos adversos)	47 (60,2)	31 (39,8)	78 (100)
Úlceras por pressão	60 (77)	18 (23)	78 (100)
Identificação do paciente	29 (37,7)	48 (62,3)	77 (100)*
Prevenção de quedas	57 (74)	20 (26)	77 (100)*

\* Itens em branco não foram considerados.

PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente; ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**Tabela 4.** Conhecimento sobre segurança do paciente entre residentes multiprofissionais, por área profissional

Área de formação profissional	Acertos n (%)	Erros n (%)	Total n (%)
Medicina	191 (73,8)	68 (26,2)	259 (100)
Enfermagem	105 (89,8)	12 (10,2)	117 (100)
Fisioterapia	100 (74)	35 (26)	135 (100)
Farmácia	96 (71)	39 (29)	135 (100)
Odontologia	34 (63)	20 (37)	54 (100)

## DISCUSSÃO

Foi constatado que a amostra era em sua maioria jovem. Acredita-se que isto ocorreu porque os programas de residência, originalmente, são destinados para profissionais recém-graduados, comumente com idade pouco avançada. Este achado também se ancora no fato de que a maior parcela dos investigados cursava o primeiro ano de residência. Apesar de os dados serem isolados, eles levam à reflexão de que a maior parte dos pesquisados provavelmente concluíra a graduação há pouco tempo e por isto, em tese, deveria ter tido contato recente com conteúdos referentes à segurança do paciente.

A formação em segurança do paciente é um fator imperativo no Brasil desde 2013, ou seja, período que contemplou a graduação da expressiva maioria dos residentes investigados – considerando sua idade.<sup>(1,9)</sup> Acredita-se que, talvez, as Instituições de Ensino Superior ainda passam por revisões nas grades curriculares e conteúdos abordados, o que, no contexto da segurança é importante, já que este tema vai além dos saberes técnicos/tecnicistas ainda muito presentes nos cursos de saúde. Conforme recomendação nacional, os residentes devem ter a oportunidade de apreender os conteúdos que entornam as práticas e a gestão de segurança do paciente também na residência, visto seu caráter de pós-graduação na saúde.<sup>(1)</sup>

Ressalta-se que a maior concentração dos participantes cursava a residência na área médica, fato que certamente esteve atrelado ao maior número de especialidades ofertadas neste campo profissional. Sabe-se que os cursos de residência, ou seja, o treinamento em serviço na saúde como forma de especialização, se origina desta área do saber.<sup>(12)</sup>

Sobre o conhecimento da segurança do paciente, o primeiro item analisado tratou da Portaria do Ministério da Saúde que instituiu o PNSP, que tem como um dos principais objetivos promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde.<sup>(1)</sup> Obteve-se elevado percentual de acerto neste item, fato que revela ampla disseminação

do conhecimento geral ou fácil identificação sobre o propósito elementar do PNSP. Este dado, porém, não pode ser considerado como um saber que legitima as melhores práticas em saúde, ainda que constitua um bom direcionamento da divulgação de uma importante política que rege tais ações e que certamente merece ser comungada com máxima abrangência pelo capital humano produtor do cuidado, incluindo os residentes.

O pior item de avaliação do conhecimento dos residentes se refere à recomendação da identificação do paciente. Este foi um dado preocupante, uma vez que o processo em pauta é elementar para a prestação do cuidado planejado ao paciente certo, mas que não garante a minimização de erros assistenciais, caso a equipe de saúde deixe de utilizar os meios de identificação, atualmente orientados por pulseira, de forma racional e crítica.<sup>(10,13)</sup> Desta forma, o fato de mais da metade dos residentes não conhecer o método de identificação do paciente é um dado alarmante, pois sinaliza a necessidade prévia da verificação do uso racional da identificação, uma vez que não se sabe como proceder à mesma, podendo resultar em baixa adesão à esta barreira de segurança.

Corroborando o que foi exposto, estudo realizado no mesmo local desta pesquisa, demonstrou que, de 1.068 observações em pacientes internados, em 250 (cerca de 24% da amostra) não constavam nenhum identificador daqueles avaliados (pelo leito ou via pulseira), ou seja, certamente estavam mais expostos aos erros e eventos adversos.<sup>(14)</sup> Isto denota que o conhecimento baixo dos residentes é preocupante, pois, do contrário, talvez pudessem ser agentes promotores para a melhor taxa de adesão encontrada na organização em que exercem suas atividades.

Pesquisa recentemente realizada em um hospital de grande porte do Rio Grande do Sul, com intuito de analisar o impacto de ações educativas nos resultados do indicador de adesão à verificação da pulseira de identificação de pacientes antes da realização de cuidados de maior risco, constatou melhorias importantes na intervenção proposta, demonstrando aumento de adesão ao longo do tempo para até 94,37%, o que levou à conclusão de que tais estratégias, embasadas na sensibilização dos profissionais, têm potencial para melhorar a prática que alavanca a segurança no cuidado.<sup>(15)</sup> O dado descrito no referido estudo, apesar de não refletir a prática de adesão, e sim o conhecimento dos pesquisados sobre o procedimento de identificação, também pode ser uma justificativa para capacitar os residentes e, possivelmente, ampliar a proposta a toda a organização hospitalar.

Os resultados positivos em relação aos momentos para higienização das mãos obtidos neste estudo reforçam a avaliação satisfatória dos riscos de infecção.



Este é um dado louvável, porque o ato de higienizar as mãos é reconhecido como uma das barreiras de segurança mais custo-efetivas, no bojo da prevenção de infecções, porém, o conhecimento da relevância deste procedimento em prol do cuidado seguro não garante sua adesão.<sup>(10,16)</sup> Portanto, os resultados aqui descritos limitam-se ao conhecimento “teórico” dos residentes, não sendo possível inferir sobre sua prática na adesão correta nos momentos de higienização das mãos, bem como sobre as outras ações de segurança, o que inclusive se conforma como uma limitação desta investigação.

Sobre o *checklist* de cirurgia segura, percebe-se que este item não alcançou o padrão de positividade estabelecido. Isto pode estar atrelado ao fato de que esta etapa do protocolo de cirurgia segura compreende ao período transoperatório e que, não raras vezes, é acompanhado apenas por profissionais médicos e da equipe de enfermagem.<sup>(10)</sup> Neste aspecto, talvez os participantes das demais áreas não possuíssem conhecimento do uso dessa ferramenta.

Ressalta-se que, além de médicos, enfermeiros e toda a equipe cirúrgica, os profissionais da odontologia merecem estar atentos aos momentos de segurança operatória, já que suas ações sabidamente também convergem para intervenções deste escopo. O conhecimento pontual de cada área sobre os itens isolados não foi mensurado, incorrendo na impossibilidade de afirmar o (des)conhecimento dos residentes de odontologia do *checklist* de cirurgia segura, mesmo com a avaliação geral por áreas negativa, o que é uma perspectiva profícua para estudos futuros.

Em relação ao item que avaliou a taxonomia em segurança do paciente, com enfoque na definição de erros e eventos adversos, percebe-se que os resultados foram melhores do que aqueles constatados em um estudo realizado no interior do Estado de São de Paulo com graduandos de enfermagem, os quais autorreferiram com maior frequência o desconhecimento do termo evento adverso em comparação aos erros.<sup>(6)</sup> A residência mostra-se assim como um meio importante de capacitar as pessoas na/para prática e, atrelado ao saber científico, viabilizado pelo curso de especialização, pode agregar valor ao conhecimento do capital humano, tornando-o mais reflexivo, crítico e resolutivo.

A residência na área profissional da enfermagem apresentou o maior conhecimento sobre segurança do paciente. A razão para este dado pode estar ligada ao fato de que a categoria representa a classe com o maior tempo de contato direto com o usuário; permeia todos os processos de atendimento; e, também, no contexto do enfermeiro, possui a dimensão gerencial em seu trabalho, o que inclui ações austeras de gestão da qualidade e viabilização de estratégias cíclicas e sistemáticas para a segurança do paciente.<sup>(2,17)</sup>

No contexto geral, as áreas profissionais (Enfermagem, Medicina e Fisioterapia) que sabidamente têm o contato direto mais frequente com o cliente/paciente hospitalizado foram as que apresentaram melhor conhecimento do cuidado seguro, o que talvez tenha relação com os resultados satisfatórios referentes à classificação de úlceras por pressão e também à prevenção de quedas, as quais, diferentemente da identificação do paciente, cujo item teve baixa pontuação de acertos, compreendem estratégias para a segurança de cunho mais clínico/aplicado. Isto é relevante, uma vez que a residência ainda caracteriza-se como uma fase de formação dos profissionais e pode servir como suporte para a incorporação de uma cultura favorável para a segurança, por meio do desenvolvimento de saberes vinculados ao trabalho clínico/assistencial, alicerçados ao conhecimento científico.<sup>(3)</sup>

Recomenda-se que os cursos investigados, em especial de Odontologia e Farmácia, (re)planejem ações de ensino-aprendizagem com foco na segurança do paciente, uma vez que seus profissionais também exercem impacto na qualidade da atenção e na segurança do paciente. Por conta da impossibilidade de generalização dos achados deste estudo, sugere-se a realização de pesquisas analíticas com enfoque no conhecimento de estudantes/residentes/profissionais dos resultados diretos na qualidade e na segurança do paciente.

## CONCLUSÃO

O conhecimento da segurança do paciente entre residentes multiprofissionais foi limiar, uma vez que quase metade dos itens de avaliação alcançou a positividade mínima e somente a enfermagem obteve o padrão estabelecido entre as diferentes áreas profissionais. O enfermeiro foi, assim, o profissional mais habilitado desde a sua formação para protagonizar as ações de gestão estratégica para a assistência (mais) segura.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1o de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF); 2013 [citado 2016 Ago 8]. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
2. Oliveira RM, Leitão IM, Silva LM, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(1):122-9.
3. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JL, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):474-81.
4. Bohrer CD, Marques LG, Vasconcelos RO, Oliveira JL, Nicola AL, Kawamoto AM. [Communication and patient safety culture in the hospital environment: vision of multiprofessional team]. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):50-60. Portuguese.

5. Yoshikawa JM, Sousa BE, Peterlini MA, Kusahara DM, Pedreira ML, Avelar AF. Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):21-9.
6. Bogarin DF, Zanetti AC, Brito MF, Machado JP, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety: knowledge of undergraduate nursing students. *Cogitare Enferm.* 2014; 19(3):448-54.
7. Bohomol E, Cunha IC. Teaching patient safety in the medical undergraduate program at the Universidade Federal de São Paulo. *einstein (São Paulo).* 2015;13(1):7-13.
8. Bohomol E, Freitas MA, Cunha IC. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. *Interf Comum Saude Educ.* 2016;20(58):727-41.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolos básicos de segurança do paciente [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2016 Ago 8]. Disponível: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>
11. de Carvalho RE, Cassiani SH. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(3):575-82.
12. Botti SH, Rego S. [The teaching-learning process in medical residency]. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(1):132-40. Portuguese.
13. Hoffmeister LV, de Moura GM. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(1):36-43.
14. Tres DP, Oliveira JL, Vituri DW, Alves SR, Rigo DF, Nicola AL. Quality of care and patient safety: assessment based on indicators. *Cogitare Enferm.* 2016;21(5):1-7.
15. Hemesath MP, dos Santos HB, Torelly SE, da Silveira Barbosa A, de Magalhães AM. [Educational strategies to improve adherence to patient identification]. *Rev Gaucha Enferm.* 2015;36(4):43-8. Portuguese.
16. Bathke J, de Cunico PA, Maziero EC, Cauduro FLF, Sarquis LM, de Cruz ED. [Infrastructure and adherence to hand hygiene: challenges to patient safety]. *Rev Gaucha Enferm.* 2013;34(2):78-85. Portuguese.
17. Vituri DW, Évora YD. [Total quality management and hospital nursing: an integrative literature review]. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(5):945-52. Review. Portuguese.

#### Apêndice A Instrumento de coleta de dados

##### Instruções para preenchimento do questionário

Esta pesquisa buscará analisar seu conhecimento sobre segurança do paciente. Para isso, é necessário que você assinie o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e depois, responda a algumas questões de caracterização sobre o seu curso de Residência, e depois, algumas sobre Segurança do Paciente. Preencher todo o questionário deverá levar entre 10 e 15 minutos.

**Segurança do paciente** pressupõe a redução dos riscos atrelados ao cuidado a um mínimo aceitável.

**1) Idade:** \_\_\_\_anos.

**2) Sexo:**  Feminino  Masculino

**3) Ano de residência:**

R1  R2  R3  R4  R5

**4) Qual sua área de residência?**

- a) Residente em Medicina
- b) Residente em Enfermagem
- c) Residente em Fisioterapia
- d) Residente em Farmácia
- e) Residente em Odontologia

**5) Qual o seu programa (especialidade) de residência?**

- a) Cirurgia Geral
- b) Clínica Médica
- c) Neurocirurgia
- d) Obstetrícia e Ginecologia
- e) Ortopedia e Traumatologia
- f) Pediatria
- g) Cardiologia
- h) Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica
- i) Fisioterapia Hospitalar
- j) Fisioterapia em Terapia Intensiva
- k) Análises Clínicas
- l) Farmácia Hospitalar
- m) Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

continua...

...Continuação

**QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE****Em todas as questões há apenas uma possibilidade de resposta. Obrigado!****6) Em 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529. O PNSP tem por objetivo:**

- a) Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde.
- b) Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no Ensino Superior na área da saúde.
- c) Corresponsabilizar o paciente pela sua segurança, visto que ele é o principal provedor da mesma.
- d) Construir compromissos e dar prioridade à redução das infecções.

**7) Um dos pontos principais do Programa Nacional de Segurança do Paciente diz respeito à higienização das mãos para evitar infecções. Seu foco é:**

- a) Explicar que a forma de reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde parte somente do paciente.
- b) Aumentar a conscientização do impacto das infecções associadas ao cuidado para diminuir a incidência de infecções.
- c) Diminuir a responsabilidade de outras formas que geram infecções, já que a maior causa destas se dá por meio da higienização incorreta ou ausente das mãos.
- d) Seguir rigorosamente os protocolos para que ocorra queda do número de notificações de infecções relacionada à assistência.

**8) Quais são as principais estratégias de segurança do paciente dispostas pela ANVISA?**

- a) Higienização das mãos, identificação do paciente, comunicação efetiva; salvar vidas.
- b) Prevenção de queda, prevenção de úlcera por pressão, administração segura de medicamentos, uso seguro de dispositivos intravenosos, CCIH.
- c) Procedimentos cirúrgicos seguros, administração segura de sangue e hemocomponentes, utilização segura de equipamentos, monitorização do paciente e higiene.
- d) Identificação correta do paciente, melhorar a comunicação dos profissionais de saúde, higienização das mãos, administração segura de medicamentos, procedimentos cirúrgicos seguros, reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

**9) A higienização das mãos é uma das práticas de maior relevância no cuidado à saúde das pessoas. A ANVISA e a Organização Mundial da Saúde recomendam os momentos para este procedimento, tais como:**

- a) Antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após contato com as áreas próximas ao paciente.
- b) Antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimentos sépticos, após risco de exposição a fluidos corporais somente.
- c) Antes de contato com o paciente se necessário, se forem realizado procedimentos que tenham contato com fluidos corporais e antes de procedimentos assépticos.
- d) Antes de contato se o paciente for de isolamento, após o contato com o paciente, e se usou luvas não há necessidade de higienização das mãos.

**10) A utilização de listas de verificação (checklist) nos procedimentos cirúrgicos traz inúmeras vantagens, ajudando a equipe de saúde a reduzir a possibilidade de ocorrência de danos ao paciente no perioperatório. O checklist de cirurgia segura é:**

- a) Uma lista de verificação única, não adaptável às particularidades do serviço, a qual se aplica em três momentos: antes da indução da anestesia, antes da incisão cirúrgica, e antes de o paciente sair da sala de operação.
- b) Uma lista de verificação única, porém adaptável às particularidades do serviço, a qual se aplica em dois momentos principais: antes da indução da anestesia e antes do paciente sair da sala de operação.
- c) Uma lista de verificação única, adaptável às particularidades do serviço, a qual se aplica em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia.
- d) Uma lista de verificação única, não adaptável às particularidades do serviço, a qual se aplica em quatro momentos principais: antes da indução cirúrgica, antes da incisão na pele, antes do paciente sair da sala de cirurgia e após o paciente voltar para o quarto.

**11) A segurança do paciente tornou-se um movimento mundial, exigindo o estabelecimento de uma linguagem comum que contribua para o processo de comunicação efetiva em saúde. Escolha a definição correta:**

- a) Incidente sem dano é um evento que não atingiu o paciente e não causou dano discernível.
- b) Evento adverso é um evento ou circunstância que acontece esporadicamente, sem afetar diretamente o paciente.
- c) *Near miss* é o incidente que atingiu o paciente.
- d) Erro é definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto.

**12) A úlcera por pressão é toda lesão na pele e/ou nos tecidos subjacentes, geralmente desenvolvida geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado da pressão isolada, ou da pressão em combinação com a fricção e o cisalhamento. Deste modo, pode-se dizer que:**

- a) Possui quatro estágios, sendo: (I) pele intacta com eritema não branqueável, (II) perda parcial da espessura da pele, (III) perda total da espessura da pele, (IV) perda total da espessura dos tecidos, com exposição de ossos, tendões e/ou músculos.
- b) A ferida pode evoluir ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). Sua evolução é lenta não expondo outras camadas de tecido.
- c) A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV não varia necessariamente com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas.
- d) Não é possível avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão por meio de escalas, sendo recomendado apenas o exame físico diário do paciente.

**13) Com base no Protocolo de Identificação do Paciente disposto pela ANVISA, o recomendável para esta barreira de segurança é:**

- a) Necessário no mínimo um identificador, disposto em pulseira branca ou em outra cor que a instituição padronizar.
- b) Necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, posicionada em um membro do paciente para que seja conferida antes do cuidado.
- c) O número do leito e do prontuário são identificadores recomendados na pulseira do paciente.
- d) Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas podem ser utilizadas como identificadoras do paciente, devido à facilidade de visualização, diminuindo riscos de erros de identificação.

continua...

...Continuação

**QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE****Em todas as questões há apenas uma possibilidade de resposta. Obrigado!****14) A finalidade do Protocolo Prevenção de Quedas é reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente. Sobre isso, pode-se afirmar:**

- a) A avaliação do risco de queda é feita somente no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição.
- b) As escalas de avaliação de risco de queda são universais, para todos os grupos de paciente, por exemplo, adulto e pediátrico.
- c) A escala utilizada com maior frequência é a de Morse. Ela avalia o grau dos fatores que predispõem à queda e permite classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda.
- d) O serviço de saúde não tem responsabilidade na provisão de recursos para a prevenção da queda, sendo este um cuidado exclusivo da equipe de profissionais.

**"GABARITO" DAS QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Questão	Alternativa correta
6	A
7	B
8	D
9	A
10	C
11	D
12	A
13	B
14	C