

## A importância da biossegurança na abordagem da segurança do paciente entre docentes médicos de uma Faculdade de Medicina no Estado da Paraíba

Cláudia Monic Silva de Lima<sup>1</sup>, Maria de Fátima Oliveira dos Santos<sup>2,\*</sup>, Thalita Esther Oliveira dos Santos<sup>1</sup>, Daniel Filipe Oliveira dos Santos<sup>1</sup>, Nathan Barros de Oliveira<sup>3</sup>, Thales da Silva Ribeiro<sup>1</sup> e Ana Letícia Oliveira Cadena<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. Curso de Bacharelado em Medicina. Rodovia BR-230, km 22, S/Nº. Água Fria. João Pessoa-PB, Brasil (CEP 58053-000).

<sup>2</sup>Centro Universitário UNIESP. Estrada de Cabedelo. Rodovia BR-230, km 14, S/Nº. Morada Nova. Cabedelo-PB, Brasil (CEP 58109-303). \*E-mail: fatimadeosantos@hotmail.com.

<sup>3</sup>Faculdade de Ciências Médica da Paraíba. Estrada de Cabedelo. Rodovia BR- 230, km 9, S/Nº. Amazonia Park. Cabedelo-PB, Brasil (CEP 58106-402).

**Resumo.** A presente pesquisa tem como proposta central analisar a compreensão da biossegurança e segurança do paciente entre docentes médicos de uma faculdade de medicina. A relevância dessa abordagem deve-se a sua crescente importância na melhoria da qualidade de assistência. Tendo como objetivo geral, analisar a compreensão sobre biossegurança e segurança do paciente entre docentes médicos. A pesquisa realizou-se nas dependências do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) onde funciona o Curso de Medicina, localizado na Cidade de João Pessoa (PB), entre fevereiro e março de 2020. A população foi composta por 100 docentes médicos. A coleta dos dados deu-se através de um questionário *online* (Google Forms), elaborado pelas pesquisadoras e disponibilizado através de um link por aplicativo de celular. Os dados provenientes da coleta foram analisados pelo SPSS, versão 18,0, a partir de estatísticas descritivas (frequência, porcentagem, média e desvio padrão). Para eventuais correlações entre as variáveis, utilizou-se os testes Qui-Quadrado e o T de Student, para as variáveis contínuas com distribuição normal o nível de significância adotado foi de 5%. A análise da associação entre as variáveis realizou-se pela construção de matrizes e testes de independência ou tabelas de contingências, com o cálculo das frequências relativas e absolutas e aplicação de testes de hipóteses (Teste T, Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney) e de normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov), considerando o nível de significância de  $\alpha = 0,05$ . Os resultados ainda mostraram forte correlação entre os conhecimentos sobre biossegurança e segurança do paciente, adesão aos protocolos e a notificação de eventos adversos. Deste

Recebido  
11/07/2022

Aceito  
30/07/2022

Disponível *on line*  
15/08/2022

Publicado  
31/08/2022



Acesso aberto



ORCID

0000-0002-0057-1626  
Cláudia Monic Silva de Lima

modo, quanto mais conhecimento o profissional tem sobre o tema, maior é a adesão aos protocolos e maior a concordância sobre notificações de evento adversos e sua discussão no ambiente de trabalho. Há necessidade de estudos adicionais para somar informações a respeito da temática aqui trabalhada. Para futuros estudos seria interessante pensar em outros aspectos que envolvem a segurança do paciente com docentes médicos. Esta pesquisa ainda sugere que seja válida a ampliação de cursos de atualização sobre segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Organizações hospitalares; Cultura hospitalar; Biossegurança; Gestão em saúde.

**Abstract. *The importance of biosafety in approaching patient safety among medical professors at a Faculty of Medicine in the State of Paraíba.*** The main purpose of this research is to analyze the understanding of patient safety with medical professors at Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). The relevance of this approach is due to its growing importance in improving the quality of care. With the general objective, to analyze the understanding of patient safety among medical professors at Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). The specific objectives: to outline the socio-demographic profile of the research teaching physicians; evaluate the knowledge of teaching physicians about patient safety; verify adherence to safety protocols in care practice; evaluate the understanding of adverse events in healthcare. The research was carried out at the UNIPÊ where the medical course, located in the City of João Pessoa (PB), between February and March 2020. The population consisted of 100 medical professors. Data collection took place through an online questionnaire (Google Forms), developed by the researchers and made available through a link by cell phone application. The data from the collection were analyzed by SPSS, version 18.0, using descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation). For possible correlations between the variables, the Chi-square test and the Student's t test were used, for continuous variables with normal distribution, the level of significance adopted was 5%. The analysis of the association between the variables was performed by the construction of matrices and independence tests or contingency tables, with the calculation of relative and absolute frequencies and application of hypothesis tests (T Test, Kruskal-Wallis or Mann-Whitney) and normality (Kolmogorov-Smirnov Test), considering the significance level of  $\alpha = 0.05$ . The results also showed a strong correlation between Knowledge about patient safety, Adherence to protocols and the notification of Adverse Events. Thus, the more knowledge the professional has on the topic, the greater the adherence to the protocols and the greater the agreement on Adverse Event notifications and their discussion in the workplace. There is a need for additional studies to add information about the theme discussed here. For future studies it would be interesting to think about other aspects that involve patient

- 0000-0001-5766-4631  
Maria de Fatima  
Oliveira dos Santos
- 0000-0001-5645-0471  
Thalita Esther Oliveira  
dos Santos
- 0000-0003-1247-5639  
Daniel Filipe Oliveira  
dos Santos
- 0000-0001-8733-6399  
Nathan Barros de  
Oliveira
- 0000-0001-9431-7129  
Thales da Silva Ribeiro
- 0000-0002-7563-138X  
Ana Letícia Oliveira  
Cadena

safety with medical professors. This research also suggests that the expansion of patient safety update courses is valid.

**Keywords:** Patient safety; Hospital organizations; Hospital culture; Biosecurity; Health management.

## Introdução

Diversos países têm alertado, através de estudos, sobre a elevada frequência e gravidade dos prejuízos decorrentes da assistência à saúde. Portanto, há um movimento global com a finalidade de melhorar e promover a segurança do paciente, oferecendo cuidados de qualidade à população. Para isso, é necessário um envolvimento de esforços multidisciplinares, desenvolvendo um gerenciamento de riscos e um ambiente seguro (Dias et al., 2014; Maia et al., 2018).

A segurança do paciente destacou-se em 1991, através dos resultados do estudo *Harvard Medical Practice Study* (HMPS), onde os danos sofridos pelos pacientes que recebiam cuidados assistenciais em hospitais americanos foram investigados, revelando que mais da metade deles poderiam ter sido evitados (Baker, 2004). No entanto, o estopim da discussão dessa temática aconteceu em 2000, com a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM) "To Err is Human", revelando que nos Estados Unidos mais pessoas morriam de erros médicos que de acidentes rodoviários (Bell et al., 2014) e cerca de 44.000 a 98.000 das mortes, na sua maioria, eram potencialmente evitáveis, tendo como principal causa os erros na administração de medicamentos (Liang et al., 2019; Webster et al., 2019).

Como consequência disso e em corroboração de denúncias de vítimas dos serviços de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem a segurança do paciente como motivo de preocupação desde 2002, lançando em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, sendo o Brasil um dos países que a compõe. Os objetivos desse programa eram, principalmente, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os números de eventos adversos (WHO, 2005).

O conceito de segurança do paciente é dado pela OMS como um conjunto de ações voltadas para oferta de proteção contra riscos de danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde. Esses danos são referentes ao comprometimento da estrutura ou função do corpo e constituem um sério problema dos cuidados de saúde, com consequências clínicas, econômicas e sociais, sendo denominados de Eventos Adversos (WHO, 2009).

Por sua vez, os Evento Adverso (EA) conceituam-se como uma lesão não intencional, resultando em uma incapacidade temporária ou permanente, podendo prolongar o tempo de internação hospitalar ou ter o óbito como resultado dos cuidados prestados. Esses eventos indesejáveis afetam negativamente a qualidade da assistência a saúde (WHO, 2009; Dutra et al., 2017), no entanto, a maioria não resulta de negligência ou falta de treinamento, mas ocorre principalmente devido a causas latentes inerentes ao sistema de saúde (De Vries et al., 2008).

Dentro de todo esse contexto mundial, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 529/2013, tendo como uma de suas estratégias a vigilância e monitoramento dos incidentes na assistência à saúde com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado (Brasil, 2013). O PNSP ainda possui como uma de suas regulamentações a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, a qual institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e avalia a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Bathke et al., 2013). Desde então, o Ministério da Saúde tem trabalhado incessantemente a

fim de levar esse novo paradigma de segurança a todos os serviços de saúde do território brasileiro (Pavão, 2015).

Esta mesma portaria que institui o PNSP cria o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) e outras publicações ocorrem, dentre elas a Portaria MS nº 1.377/2013 (Brasil, 2013), que aprovou três protocolos básicos de segurança do paciente (Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão). Logo em seguida, a Portaria MS nº 2.095/2013 (Brasil, 2013) aprovou outros três protocolos (Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente; o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos).

Além disso, vale destacar que a biossegurança se destina a prevenção, minimização ou eliminação de riscos que podem comprometer à saúde dos seres vivos, do meio ambiente e qualidade do trabalho. Por isso, durante a rotina de trabalho hospitalar, é necessário que o trabalhador esteja atento as normas de biossegurança a fim de se evitar acidentes de trabalho e eventos adversos com os pacientes (Pires et al., 2019).

Diante desse contexto, o esperado é que o seguimento dos protocolos de segurança esteja intimamente relacionado como componente importante da Qualidade de Serviços em Saúde, atuando na redução dos eventos adversos e promovendo um cuidado seguro da saúde (Mendes et al., 2018). Através disso, no Brasil, há uma tendência para o desenvolvimento de pesquisas a fim de observar essa relação entre o uso de protocolos de segurança e a qualidade da assistência a saúde. Todavia, os estudos nacionais sobre o tema ainda são escassos (Serra et al., 2016).

Logo, torna-se relevante saber o que os profissionais da saúde, principalmente os médicos que exercem docência, entendem por Segurança do Paciente, o quanto seguem os respectivos protocolos relacionados com essa temática e como isso pode influenciar na qualidade da prestação de cuidados e na promoção de uma cultura de segurança (Notaro et al., 2019).

Sendo assim, entende-se que os esforços para promover uma assistência a saúde de qualidade e segura está baseado numa cultura de segurança, tendo esta por definição a passagem de valores, atitudes, experiências e comportamentos compartilhados entre as equipes de saúde (Verbakel et al., 2016). Ao abordar esse termo, o seu conceito também inclui a possibilidade de se aprender com os erros cometidos, afinal, não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que os profissionais são passíveis de cometerem erros (Cooper et al., 2017).

A presente pesquisa teve como proposta central analisar a compreensão sobre segurança do paciente com docentes médicos do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Nessa perspectiva, estudar a segurança do paciente com estes profissionais, traz a possibilidade de saber seus conhecimentos sobre essa temática, outrossim, ratifica-se que essa investigação possa proporcionar uma reflexão mais assertiva, modificando e aprimorando o processo de cuidar nas suas interfaces, visando que práticas confiáveis façam diferença na segurança dos pacientes.

Sendo assim, buscou-se reunir dados com o propósito de responder ao seguinte problema de pesquisa: sabendo que a maior parte dos eventos adversos são evitáveis e que seguir os protocolos de segurança instituídos estão atrelados a uma assistência a saúde de qualidade e segura, o quanto os médicos docentes compreendem sobre segurança do paciente? Afinal, o maior desafio desse tema está relacionado à causas multifatoriais e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos organizacionais e técnicos são complexos e mal planejados (Lima et al., 2014).

Diante dessa contextualização, a pesquisa levantou a seguinte hipótese: A compreensão sobre segurança do paciente contribui para uma assistência a saúde de qualidade e redução de eventos adversos. Analisar a compreensão sobre biossegurança e

segurança do paciente entre docentes médicos do Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ).

## Materiais e métodos

Estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado com 60 docentes médicos da graduação do curso de medicina no período de janeiro a março de 2020. Os critérios de inclusão para os docentes médicos eram o desejo participar livremente da investigação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de maneira online. Excluíram-se os questionários que apresentaram resposta incompleta e os participantes que desistiram de contribuir com a pesquisa sem prejuízo pessoal.

Foi utilizado para coleta de dados um questionário *on line* (*Google Forms*), elaborado pelos pesquisadores, o qual apresentava respostas de múltiplas escolhas, o questionário foi disponibilizado por meio do compartilhamento de um link em aplicativos de celular, sendo dividido em duas partes. A primeira caracterizou os sujeitos, sexo, idade, tempo de formado, se possui pós-graduação e qual especialidade que atua, tempo de atuação como docente e atividades desenvolvidas no curso de graduação que atuava. A segunda parte do questionário abordou um conjunto de questões sobre a percepção dos participantes a respeito da biossegurança nas questões da segurança do paciente, gerando assim, as informações necessárias para atingir os objetivos da pesquisa.

Os dados foram analisados, estatisticamente, com o auxílio de um programa computacional, ou seja, um pacote estatístico SPSS, versão 18,0, a partir de estatísticas descritivas (frequência, porcentagem, média e desvio padrão). Os resultados obtidos foram sistematizados numa tabela elaborada. Utilizou-se os parâmetros da estatística descritiva, com adoção das medidas usuais de tendência central e dispersão, e cálculos de frequências simples e relativas. Para eventuais correlações entre as variáveis, foram utilizados os testes Qui-Quadrado e o teste T de Student, para as variáveis contínuas com distribuição normal adotou-se o nível de significância estatística de 5%.

Inseriu-se os dados coletados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel e estes foram analisados por meio de estatística descritiva, assim como a caracterização da amostra e a análise das variáveis de interesse. A análise da associação entre as variáveis foi realizada pela construção de matrizes e testes de independência ou tabelas de contingências, com o cálculo das frequências relativas e absolutas e aplicação de testes de hipóteses (Teste T, Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney) e de normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov), considerando o nível de significância de  $\alpha = 0,05$ . As análises seguintes se darão em duas fases, abordadas na sequência.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do UNIPÊ, com CAAE 26161619.3.0000.5176. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos a respeito do caráter do estudo, de seus objetivos, do livre consentimento, do sigilo dos dados coletados, assim como do direito de declinar de sua participação, em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo ou dano. As informações obtidas foram codificadas, em sigilo, sob a responsabilidade dos pesquisadores. Antes do início da coleta dos dados e em respeito ao previsto na Resolução CNS nº 466/2012 (Brasil, 2012), elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - anuência do participante da pesquisa, o qual foi assinado *on line*. A assinatura do termo é livre de subordinação ou intimidação, com esclarecimento detalhado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, riscos e benefícios.

## Resultados e discussão

De uma amostra de 100 médicos docentes em atividade no Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), um total de 60% aceitou participar da pesquisa e responder ao questionário *online*. A primeira parte do questionário referia-se aos dados sociodemográficos, contendo cinco perguntas, e a segunda parte aos conhecimentos sobre Segurança do Paciente, com 10 perguntas.

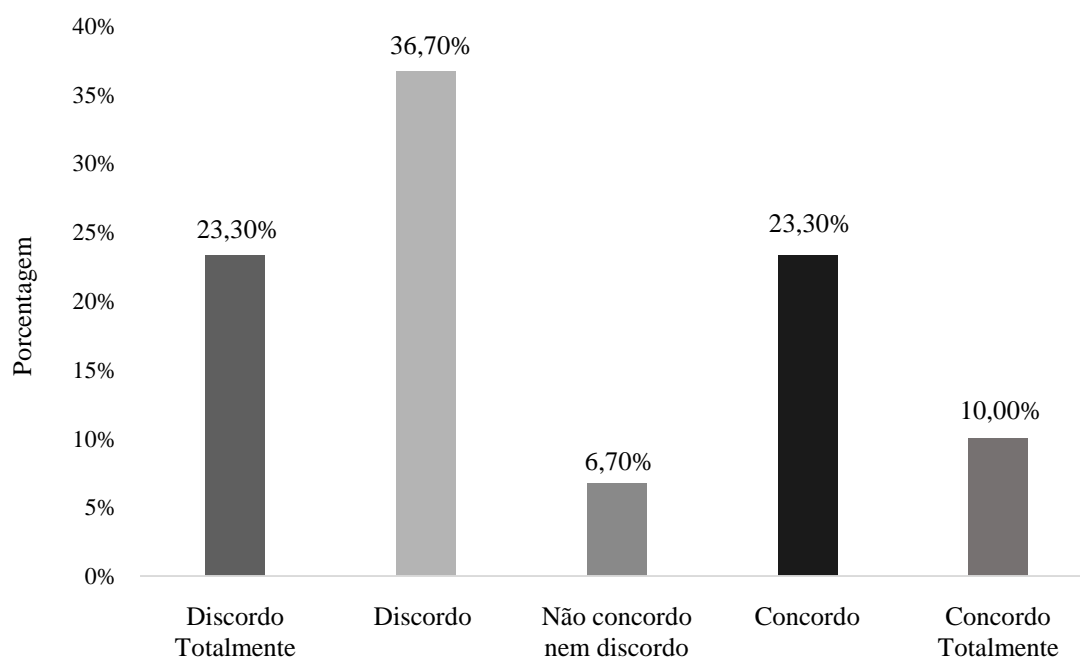
**Tabela 1.** Características sociodemográficas (N = 60).

Variáveis	f (%)
<b>Gênero</b>	
Feminino	29 (51,7%)
Masculino	31 (48,3%)
<b>Idade</b>	
< 30 anos	2 (3,3%)
30-40 anos	20 (33,3%)
40-50 anos	26 (43,3%)
> 50 anos	12 (20%)
<b>Tempo de formado (em anos)</b>	
< 10 anos	15 (25%)
10-20 anos	23 (38,3%)
20-30 anos	15 (25%)
> 30 anos	7 (11,7%)
<b>Especialidade</b>	
Anestesiologia	2 (3,3%)
Cardiologia	2 (3,3%)
Cirurgia digestiva	3 (5,0%)
Cirurgia vascular	1 (1,7%)
Clínica Médica	1 (1,7%)
Cuidados paliativos	1 (1,7%)
Endocrinologia	2 (3,3%)
Gastroenterologia	1 (1,7%)
Geriatria	2 (3,3%)
Ginecologia e Obstetrícia	4 (6,7%)
Hematologia	1 (1,7%)
Infectologia	1 (1,7%)
Intensivista/Emergência	4 (6,7%)
Medicina de Família	8 (13,3%)
Médico Generalista	3 (5,0%)
Nefrologia	2 (3,3%)
Neurocirurgia	2 (3,3%)
Neurologista	1 (1,7%)
Oftalmologia	2 (3,3%)
Ortopedia	2 (3,3%)
Otorrinolaringologia	1 (1,7%)
Pediatria	5 (8,3%)
Psiquiatria	4 (6,7%)
Reumatologia	2 (3,3%)
Sanitarista	1 (1,7%)
Urologia	2 (3,3%)
<b>Pós-Graduação</b>	
Sim	55 (91,7%)
Não	5 (8,3%)

Nota: f – frequência absoluta; % -frequência relativa.

A Tabela 1 resume aos dados sociodemográficos dos participantes do estudo (sexo, idade, especialidade médica, tempo de formado e pós-graduação). Quanto ao gênero, 51,7% masculino e 48,3% feminino. No que se refere à idade dos participantes, houve predomínio entre 40 e 50 anos, cerca de 43,3%. Observa-se que, dentre as categorias profissionais, as que obtiveram mais destaque foram medicina de família (13,3%) e pediatria (8,3%) com maiores frequências. Com relação ao tempo de formado, constatou-se um predomínio entre 10 e 20 anos, cerca de 38,3%. Com relação à pós-graduação, 91,7% revelaram possuir.

Cabe destacar que na parte do questionário relacionada aos conhecimentos sobre Segurança do Paciente, as respostas foram analisadas quali e quantitativamente. A primeira pergunta explorava se as atividades desenvolvidas na graduação abordavam sobre Segurança do Paciente. A maior parte dos profissionais discordaram ( $f = 22$ ; 36,7%) ou discordaram totalmente ( $f = 14$ ; 23,3%), a Figura 1 representa os resultados obtidos:



**Figura 1.** Na sua graduação em Medicina as atividades desenvolvidas abordavam sobre segurança do paciente?

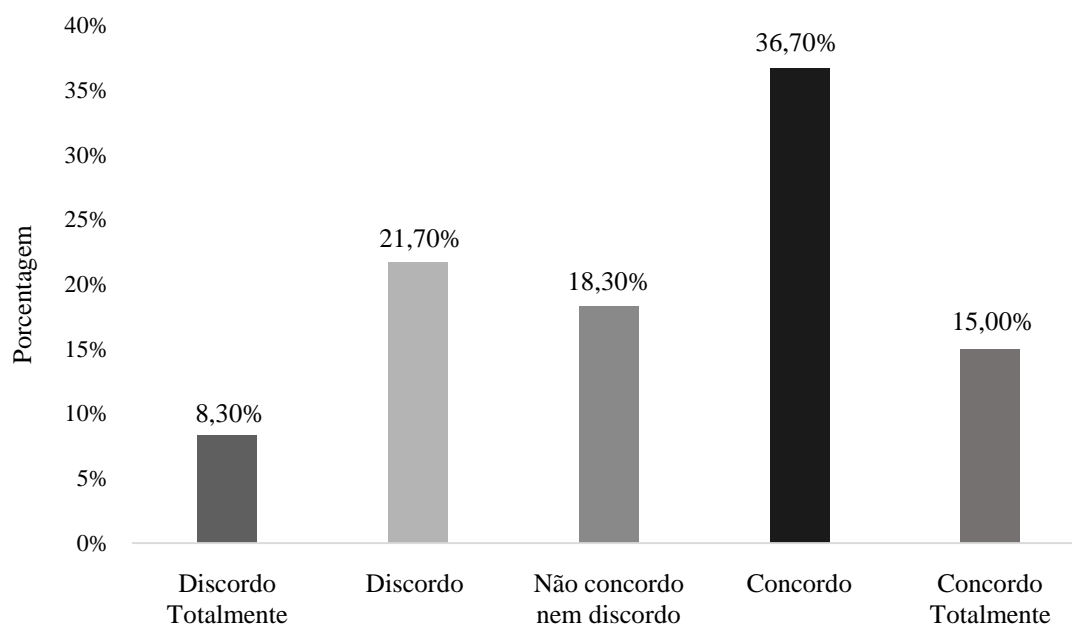
É importante pontuar que, a deficiência da abordagem sobre segurança do paciente no ambiente acadêmico é referida em diversas pesquisas com aprofundamento nesse tema. Essa discussão tem sido instigada pela crescente inquietação com os erros que acontecem em diversos cenários da assistência em saúde (Bohomol et al., 2016). Nesse contexto, a OMS, através do desenvolvimento de um guia multidisciplinar, o *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*, tem investido esforços na inclusão da segurança do paciente nos currículos de profissionais de saúde (Cauduro et al., 2017).

No Brasil, uma tentativa semelhante tem sido realizada pelo Ministério da Saúde mediante o PNSP, tendo como um dos objetivos específicos o de despertar a inclusão do tema Segurança do Paciente nos currículos de ensino técnico, graduação e pós-graduação na área da saúde, porém não há nenhuma orientação clara em como alcançar esse objetivo (Bohomol et al., 2016). Além disso, considerando que o PNSP é recente, a inclusão da

segurança do paciente na grade curricular, a fim de ser ensinada e praticada, ainda pode ser considerada precária (Cauduro et al., 2017).

Sendo assim, os resultados desse primeiro questionamento da pesquisa já eram esperados, tendo em vista que essa proposta só começou a surgir por volta do ano de 2013, outrossim, a maioria dos profissionais participantes tinham mais que dez anos de formados em Medicina. Esse cenário de fragilidade na grade curricular se repete nas graduações médicas de outros países, a exemplo de um estudo realizado em Seul, que avaliou as competências de Segurança do Paciente entre estudantes da área da saúde do último ano. Na pesquisa, 233 estudantes tiveram seus conhecimentos sobre o tema mensurados usando a Pesquisa de Educação em Saúde para Profissionais de Saúde (H-PEPSS) e um teste objetivo, com os escores médios de 3,4 e 1,7 de 5,0, respectivamente (Hwang et al., 2016).

Os resultados ainda levaram a observar que o quesito abordando os médicos docentes sobre a leitura de artigos ou textos de Segurança do Paciente obteve como resultado que a maior parte afirmou concordar ( $f = 22$ ; 36,7%) ou concordar totalmente ( $f = 9$ ; 15%). Para melhor visualização, segue a Figura 2.



**Figura 2.** Costuma ler artigos ou textos que abordam a temática biossegurança segurança do paciente?

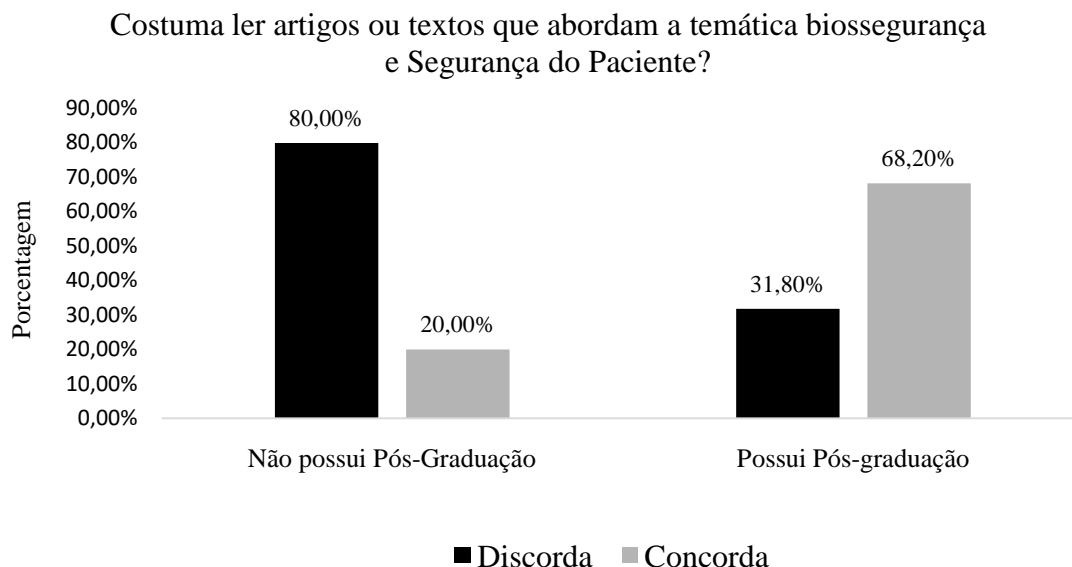
Para efeito de discussão e comparação, não foram encontrados estudos na literatura que expusessem dados de pesquisas acerca da leitura, por parte dos profissionais da saúde, de artigos ou textos que tratem de Biossegurança e Segurança do Paciente. Entretanto, uma parte expressiva dos participantes da pesquisa informou ler a respeito do tema, o que por sua vez pode contrabalancear os resultados negativos de uma abordagem deficiente ao longo da graduação médica, conforme relatado no questionamento anterior. Para mais, os profissionais devem estar familiarizados com a Segurança do Paciente, principalmente, dentro das suas especialidades, uma vez que a leitura dentro do campo de atuação seja a mais habitual.



Também foi encontrada uma associação significativa entre a pós graduação e com a pergunta “Costuma ler artigos ou textos que abordam a temática Segurança do Paciente?” visto que a maioria das pessoas que concordam em ler artigos possuem pós-graduação (68,20%), vide Equação 1. Por outro lado, pessoas que não possuem pós-graduação discordaram em ler artigos científicos acerca da temática da segurança do paciente, como pode ser observado na Figura 3.

$$[X^2(1) = 4,48; p = 0,034]$$

(Equação 1)

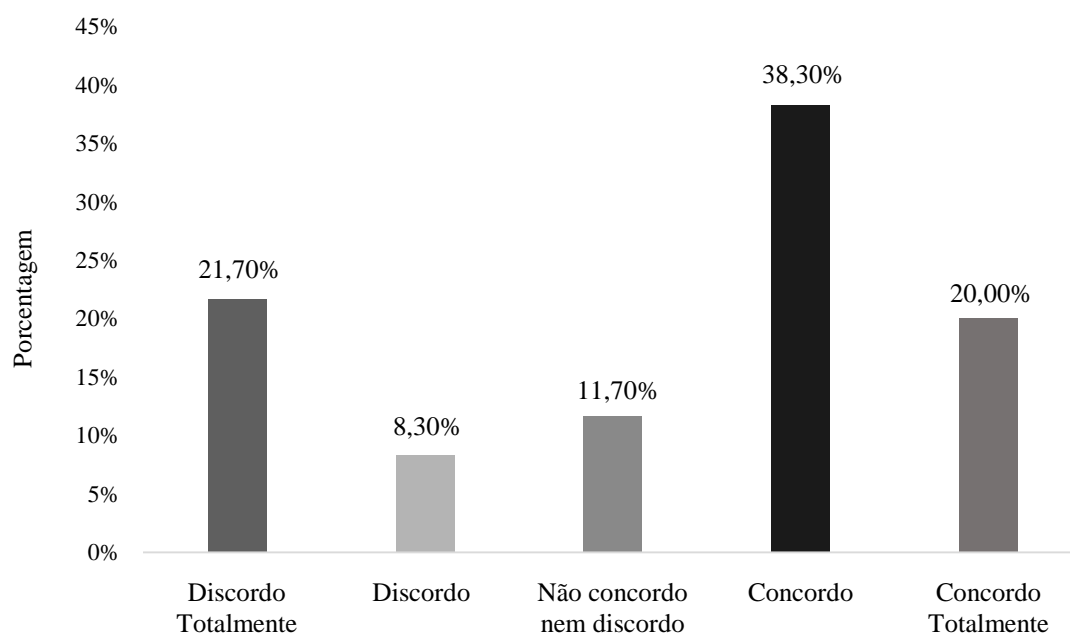


**Figura 3.** Associação entre a Pós-graduação e a leitura de artigos.

Em relação ao questionamento acerca da realização de cursos de atualização sobre Segurança do Paciente, demonstrou que a maioria dos participantes da pesquisa afirmaram concordar ( $f = 23$ ; 38,3%) ou concordar totalmente ( $f = 12$ ; 20%). A Figura 4 ilustra esses resultados obtidos.

Na última década tem acontecido um aumento nos esforços de aprimoramento da segurança do paciente com o desenvolvimento da ciência desse tema, porém com maior proporção em países desenvolvidos. Um estudo foi realizado na Universidade de Maastricht, na Holanda, onde o método de ensino é o *Problem Based Learning* (PBL). A pesquisa foi feita por docentes e descobriu-se que a participação dos alunos num curso de segurança do paciente contribuiu para a construção da sua consciência situacional, atitudes e comportamento em relação a essa temática (Eltony et al., 2017).

Em corroboração, outro estudo similar, realizado na Universidade de Freiburg, desenvolveu um curso *online* obrigatório sobre segurança do paciente nos moldes do PBL, chamado e-learning, sendo implementado no terceiro ano da graduação em medicina. Esse curso baseou-se no guia multidisciplinar da OMS e era a primeira instância em que os alunos da instituição foram formalmente ensinados sobre o tema, concentrando aspectos gerais de trabalho em equipe, conscientização situacional e gerenciamento de erros. Participaram 321 estudantes de medicina que receberam pesquisas *online* antes e depois de participarem do curso e-learning. O nível médio de conhecimento inicial sobre segurança do paciente foi de 36,27% (DP 23,88). Após a conclusão do programa de e-learning, o nível de conhecimento aumentou para 76,45% (DP 22,97) (Gaupp et al., 2016).

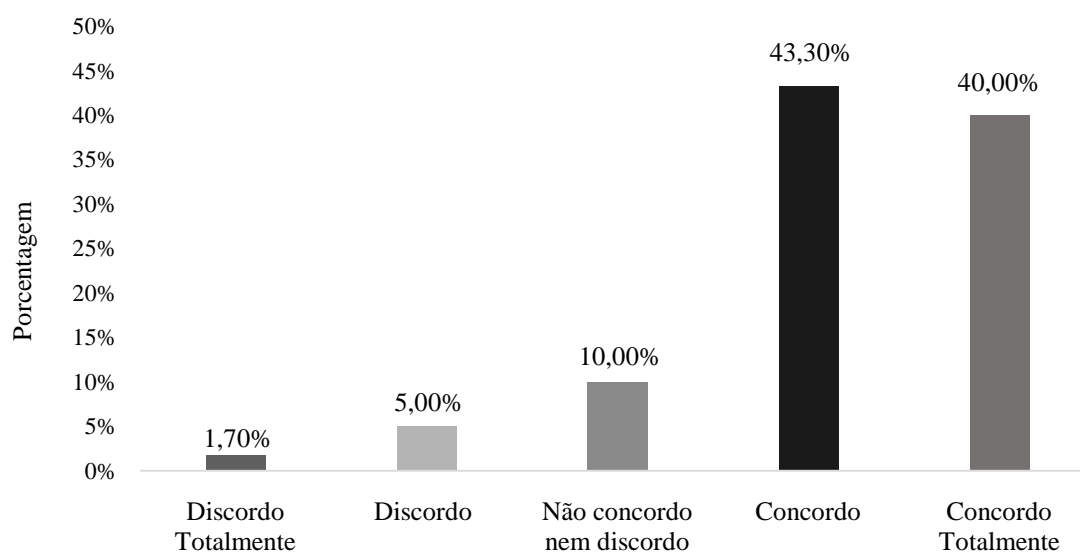


**Figura 4.** Cursos de atualização sobre biossegurança e segurança do paciente.

Ambas as pesquisas citadas acima demonstram que um curso de atualização sobre Segurança do Paciente tem potencial de influenciar positivamente na assistência à saúde, promovendo conscientização e conhecimento dos participantes sobre essas questões. A generalização dos resultados é limitada por incluírem apenas exemplos de duas Universidades europeias e em uma delas a participação no curso on-line era obrigatória. Contudo, seria válida a tentativa de ampliar cursos online dentro dessa temática para estudantes e profissionais da saúde no Brasil, pois ainda que os resultados dessa presente pesquisa afirmem que grande parte dos médicos docentes realizem cursos de atualização, uma parcela considerável declarou ter conhecimentos insatisfatórios dentro da segurança do paciente, tópico que será melhor detalhado ao longo desse trabalho.

No questionamento que aborda os profissionais docentes sobre seguir os protocolos instituídos para a Segurança do Paciente na(s) unidade(s) em que trabalha, os resultados obtidos convergem que a maioria concorda ou concorda totalmente ( $f = 50$ ; 83,3%). Esses resultados estão ilustrados na Figura 5.

Vários estudos mostram que seguir protocolos instituídos para Segurança do Paciente implica na redução de eventos adversos, o que contribui para qualidade de vida e prestação de cuidados assistenciais (Healy, 2012). Embora sabendo que os protocolos se mostrem eficazes e na maioria das vezes um instrumento de baixo custo, os estudos analisados relatam que não é fácil implementar novas práticas, sendo necessário esforços intensos para fazer com que os profissionais da saúde sigam os protocolos com empenho. Além do mais, os protocolos são instrumentos legais e devem ser construídos dentro dos princípios da medicina baseada em evidências (Gomes et al., 2018).



**Figura 5.** Seguimento dos protocolos sobre segurança do paciente na unidade de trabalho.

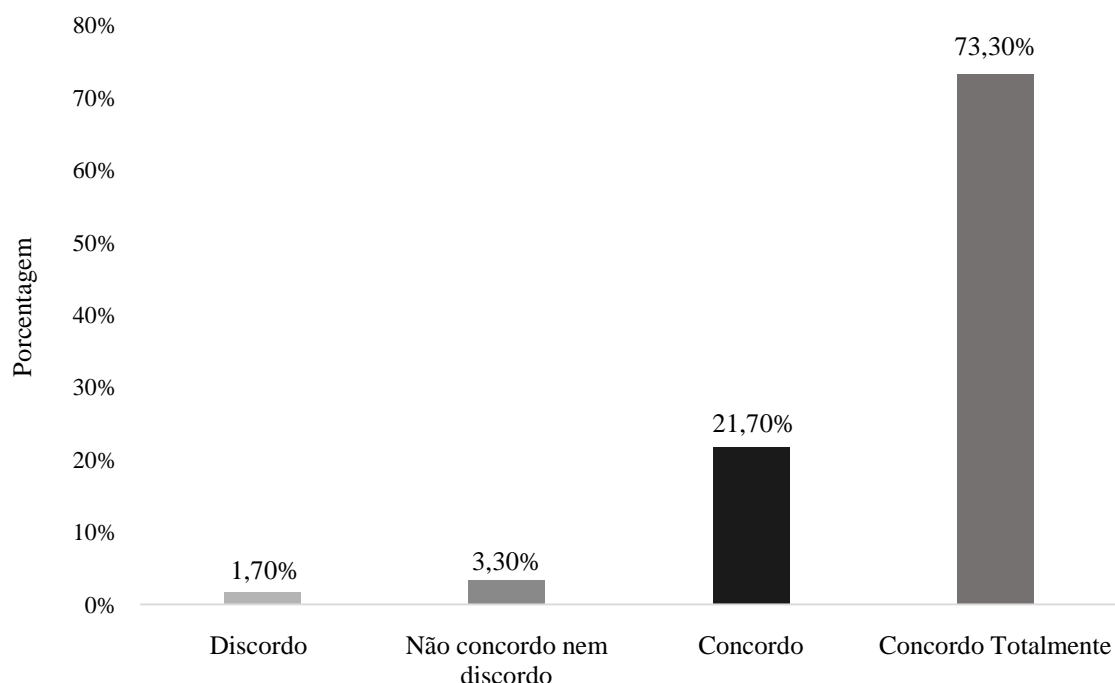
Ainda nessa questão, observa-se uma crescente incidência de agravos e acidentes no ambiente hospitalar e diante disso as normas de biossegurança buscam prevenir ou eliminar riscos que podem comprometer a saúde das pessoas e a qualidade de trabalho exercido pelos profissionais de saúde. Assim, protocolos de biossegurança e segurança do paciente são fundamentais para tornar a prática mais segura (Pires et al., 2019).

Uma análise secundária do conjunto de dados do European Surgical Outcome Study (EuSOS) foi realizada e, com isso, um estudo observacional correlacionou a prevalência do uso do checklist de cirurgia segura da OMS com a mortalidade hospitalar. Participaram diversos países europeus e pacientes a partir de 16 anos de idade submetidos a cirurgia não cardíaca, sendo incluídos um total de 45.591 pacientes de 426 hospitais. Os pesquisadores registraram se uma lista de verificação cirúrgica foi usada no tratamento de cada paciente, sendo constatado seu uso em 67,5% deles e acentuada variação entre países (0%-99,6% dos pacientes). Nesse estudo europeu, utilizar uma lista de verificação cirúrgica foi associado a menor mortalidade hospitalar bruta e pareceu ser eficaz e de baixo custo, sugerindo uma redução nos gastos com saúde associados a essa intervenção (Jammer et al., 2015).

Tendo em vista que o Checklist de cirurgia segura é o protocolo mais conhecido e pesquisado a nível mundial, este foi tomado como um exemplo para efeito de discussão e comparação. Contudo, deve-se ter em mente que os profissionais responderam com base nos protocolos instituídos nos seus respectivos locais de trabalho e adequados com as suas especialidades. Com isso, apesar dos resultados terem evidenciado que mais de 80% dos médicos docentes afirmaram fazer uso dos protocolos instituídos para a segurança do paciente, estes podem não ser executados de maneira eficiente, pois não condiz com a nossa realidade de alta frequência de eventos adversos a nível nacional.

Vale ressaltar que dentro das correlações estatísticas houve significativa relação entre o escore de adesão aos protocolos e médicos docentes que fizeram pós-graduação ( $z = -2,16$ ;  $p = 0,031$ ). Além disso, os respondentes com pós-graduação concordam mais em seguir os protocolos ( $z = -2,07$ ;  $p = 0,038$ ). A idade e tempo de formação não apresentaram diferenças significativas.

No quesito que investigava se os profissionais consideravam que os protocolos deveriam ser obrigatórios, a maioria concordou ou concordou totalmente ( $f = 57$ ; 96%). A Figura 6 ilustra esses resultados.



**Figura 6.** Considera que os protocolos deveriam ser obrigatórios?

A obrigatoriedade dos protocolos nos serviços de saúde teria a finalidade de evitar eventos adversos e promover qualidade na prestação da assistência. Uma pesquisa feita no Hospital Universitário de Haukeland, na Noruega, avaliou as percepções e atitudes dos membros da equipe cirúrgica quanto a falhas nos procedimentos e “quase acidentes”. Dos 427 profissionais que atuavam no bloco cirúrgico, 275 aceitaram participar de um questionário que, dentre vários itens, refletia se os eventuais erros poderiam ser evitados com o protocolo *time out* do *checklist* de Cirurgia Segura da OMS. A maioria dos participantes ( $f = 263$ ; 96%) acreditava que o mesmo poderia auxiliar na prevenção de cirurgias erradas e 91% concordavam que deveria ser obrigatório nas salas de operações (Haugen et al., 2013).

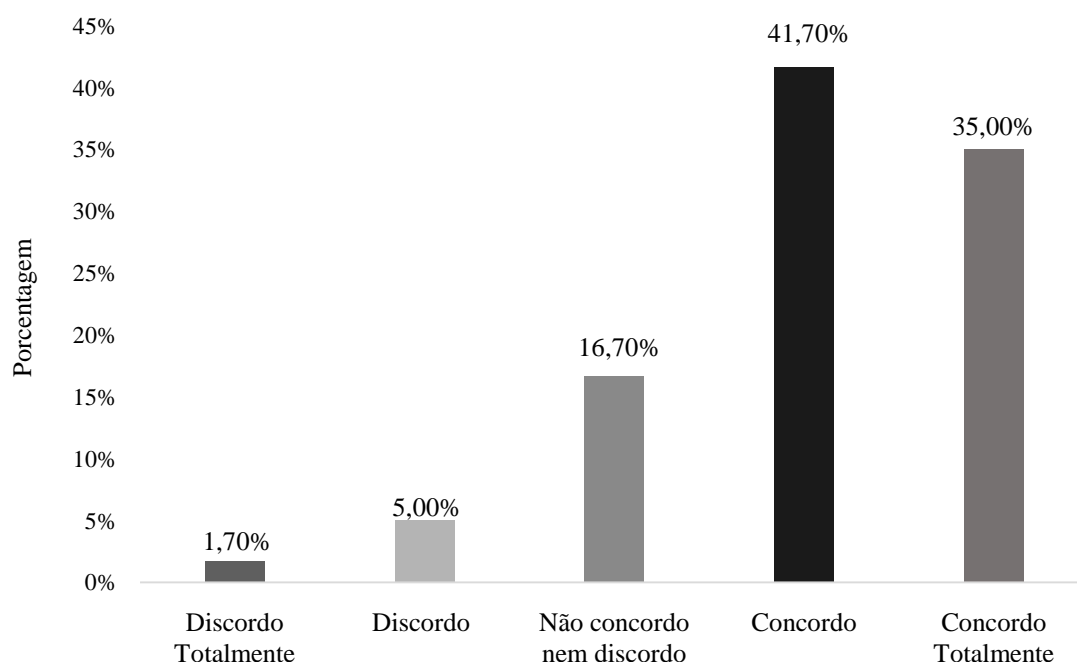
Um relevante estudo canadense, realizado na província de Ontário, faz oposição ao que tem sido um consenso na literatura. Foram analisados resultados dos procedimentos cirúrgicos antes e após a adoção de listas de verificação de segurança cirúrgica, buscando associação entre o uso das listas de verificação com mortalidade (no hospital ou 30 dias após a cirurgia) e complicações decorrentes da cirurgia (até 30 dias após o procedimento). Observou-se que não houve redução significativa na mortalidade operatória após a implementação do *checklist*, assim como nos riscos de complicações cirúrgicas, visitas ao departamento de emergência ou readmissões hospitalares 30 dias após alta (Urbach et al., 2014).

Para Giles et al. (2017), a razão para não se observar nenhum benefício nesse estudo é que as listas de verificação podem não ter sido realmente usadas na prática

diária. Ou seja, simplesmente implementar ou exigir o uso de protocolos pode não resultar na adesão ou em melhorias dos resultados. Dessa forma, mesmo que por quase unanimidade, os médicos docentes dessa pesquisa tenham concordado com a obrigatoriedade dos protocolos, isso não significa que o seguimento dos mesmos seja de fato realizado. Sugere-se que outras iniciativas devam ser tomadas: como treinamento multidisciplinar, educação continuada e medidas para envolver a equipe.

Ainda em relação ao questionamento sobre considerar os protocolos obrigatórios, uma diferença marginalmente significativa foi identificada quanto ao sexo ( $z = -1,94$ ;  $p = 0,052$ ), visto que mulheres concordam mais do que homens na obrigatoriedade dos protocolos.

O questionamento abordando se os participantes médicos docentes notificavam eventos adversos obteve como resultado que a grande parte concorda ( $f = 25$ ; 41,7%) ou concorda totalmente ( $f = 21$ ; 35%) a cerca dessa notificação. Os resultados podem ser mais bem observados na Figura 7.



**Figura 7.** Notificação de eventos adversos.

Um estudo observacional realizado na Turquia, no período de 2007 a 2016, revelou um número total de 220 relatórios de eventos adversos, resultando numa proporção de 0,07% para o total de visitas ao Departamento de Emergência de um Hospital Universitário (Aksu e Akkas, 2019). Em outro exemplo, 18 hospitais participantes da Rede de Pesquisa Aplicada em Atendimento de Emergência Pediátrica (PECARN) tiveram uma análise de um ano, entre 2007 e 2008, dos relatórios de eventos adversos, demonstrando apenas 487 casos notificados (Ruddy et al., 2015). Na Austrália foi realizado um estudo piloto sobre a implementação de um sistema *online* de notificações de eventos adversos nos Departamentos de Emergência, relatando uma taxa de notificação de 0,08% no período de 354 dias (Schultz et al., 2014).

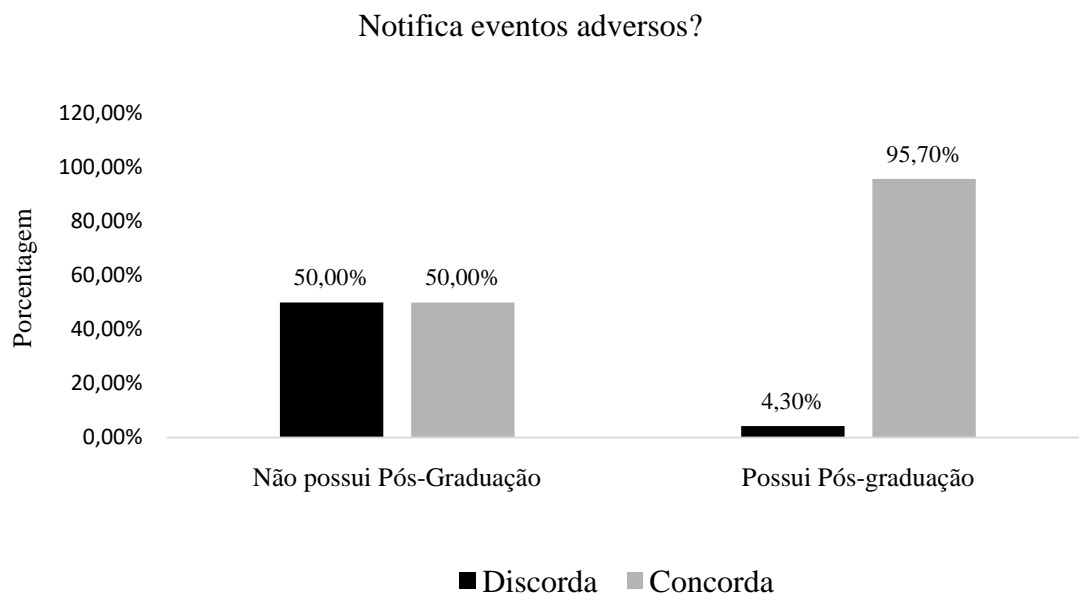
Em nível nacional, uma pesquisa realizada num hospital sentinela na Região Centro-Oeste brasileira, analisou 100 fichas de notificações de eventos adversos, no período de três anos, evidenciando subnotificações e outras falhas, revelando que os profissionais desconheciam a importância da notificação dos eventos adversos (Bezerra et al., 2009). Em outro estudo, desenvolvido num hospital Universitário em Goiânia, constatou a ocorrência de 264 eventos adversos no período de 2005 a 2009 e também concluiu que há subnotificações (Carneiro et al., 2011). Outro exemplo num hospital público no sul do Brasil, registrou, durante dois meses, 31 eventos adversos com o uso de um instrumento de notificação (Lima e Barbosa, 2015).

Nesse contexto, observa-se que tanto a literatura internacional quanto nacional realizam subnotificações de eventos adversos, o que se apresenta incoerente em relação aos resultados obtidos da aplicação do questionário dessa pesquisa, haja vista os participantes, em sua maioria, relataram notificar eventos adversos. Apesar dessa contrariedade, é importante ressaltar que o ato de notificar deve ser estimulado, pois sua análise repercute na prevenção desses eventos, os quais não devem ser considerados como uma forma de punir o profissional, mas antes de tudo, de fornecer estratégias que diminuam sua ocorrência e reconheça o erro como parte integrante do sistema (Carneiro et al., 2011).

É importante destacar que na presente pesquisa houve uma associação significativa entre pós-graduação e notificação de eventos adversos, através da Equação 2, e melhor apresentado na Figura 8.

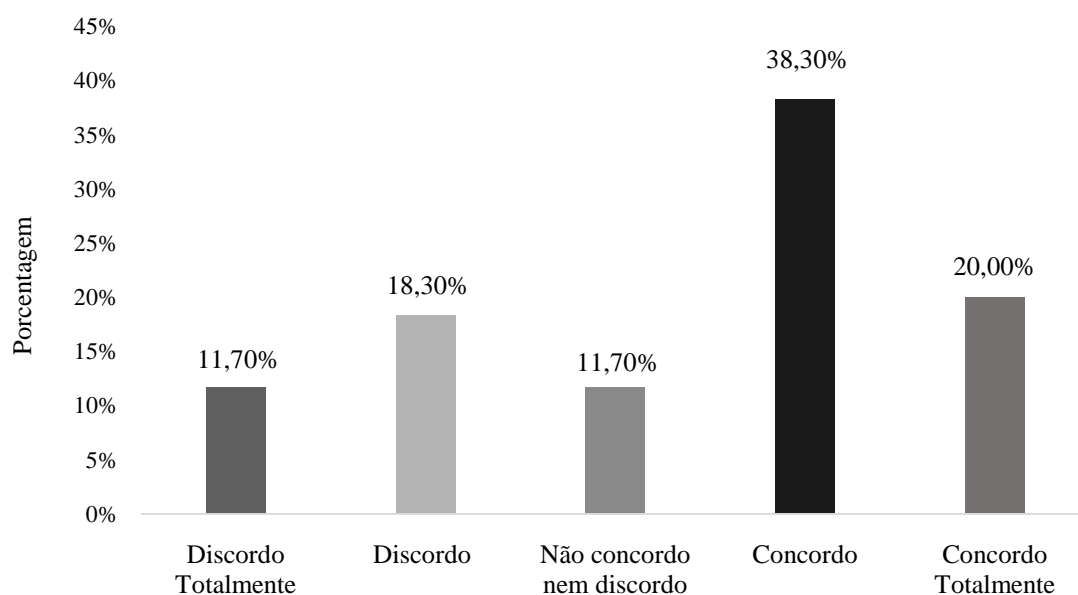
$$[X^2(1) = 10,41; p = 0,001]$$

Equação 2



**Figura 8.** Associação entre a pós-graduação e notificação de eventos adversos.

Na pergunta que abordava se eventos adversos possuía discussão no ambiente de trabalho, a grande parte relatou concordar ou concordar totalmente ( $f = 35$ ; 58,3%), conforme a Figura 9.



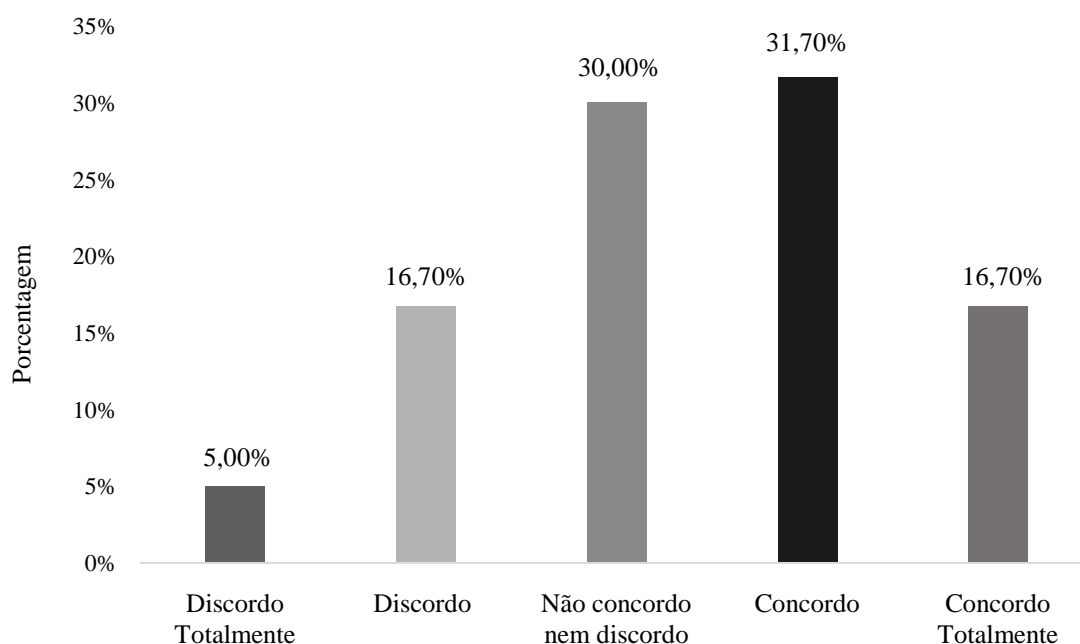
**Figura 9.** Evento Adverso é discutido no ambiente de trabalho.

Cabe destacar que, um cuidado seguro e de qualidade está diretamente relacionado a frequência de eventos adversos (Sillero-Sillero e Zabalegui, 2019). Diversos fatores estão atrelados a ocorrência de erros na assistência a saúde, como falhas humanas, competência profissional para avaliar riscos e também questões relacionadas ao sistema, além das condições e características do ambiente em que a prática dos profissionais é desenvolvida (Lake et al., 2016). Além disso, pode-se observar que muitos profissionais apresentam receio de comentar sobre eventos adversos por entenderem que serão punidos pelo ocorrido, ao contrário de encará-los como algo que merece ser analisado e fazer levantamento de propostas para mudanças (Marinho et al., 2018).

Ainda é válido ressaltar que o tradicionalismo punitivo em relação aos eventos adversos tem sido uma das maiores barreiras em receber informações sobre os mesmos, bem como dos seus fatores causais, o que não colabora para que haja discussão sobre as suas consequências, possibilidades de prevenção e melhoria na assistência a saúde (Silva, 2010). Diante disso, é necessário ter a compreensão de que os sistemas de saúde falham e, ao mesmo tempo, permitem que essas falhas alcancem os pacientes e causem eventos adversos, logo, repreensão ou advertências não modificarão essa realidade inerente da prestação de cuidados em saúde (Herr et al., 2015).

Nesse íterim, a presente pesquisa faz um contra ponto na literatura sobre o tema, visto que a maioria dos respondentes afirma discutir sobre eventos adversos no seu local de trabalho, o que pode auxiliar para que fatores contribuintes para ocorrência de erros pela prestação de assistência a saúde sejam identificados. Contudo, outra parte importante afirmou não discutir eventos adversos e outros fatores podem ser levados em consideração, além dos já citados, como a sobrecarga de trabalho, um ambiente laboral hostil e estrutura precária ou insuficiente, contribuindo para que uma parte significativa não comente sobre eventos adversos no local de trabalho.

O questionamento que procurava saber se os participantes da pesquisa se sentiriam seguros se fossem tratados como pacientes no ambiente em que trabalham, obteve quase metade das respostas como concordar ou concordar totalmente ( $f = 29$ ; 48,4%), em seguida, boa parte relatou não concordar nem discordar ( $f = 18$ ; 30%), como melhor ilustrado na Figura 10.



**Figura 10.** Segurança no serviço em que trabalha.

Sentir-se seguro na prestação de cuidados a saúde, segundo Limbourn e Celenza (2011), na posição de paciente, incluem: comunicação mais eficaz com seu médico, com o potencial de melhorar a precisão da avaliação de problemas; cumprimento aprimorado das instruções terapêuticas; e uma maior disposição de retornar para mais cuidados médicos. Já para os médicos, uma maior satisfação no trabalho com maior autoestima, uma sensação de ser valorizado pela comunidade e criação de um ambiente de trabalho positivo são resultados importantes.

A satisfação geral tem sido associada a: o grau em que a equipe cuidou do paciente como pessoa; percepções de segurança; habilidades técnicas dos enfermeiros; e satisfação com a espera de um médico (Limbourn e Celenza, 2011). Reforçando essa linha de pensamento, Hall et al. (2016) numa pesquisa de revisão sistemática, identificou 27 estudos que mediram o bem-estar dos profissionais, sendo que 16 desses estudos encontraram uma correlação significativa entre um bem-estar ruim e pior segurança do paciente.

Ainda segundo o mesmo autor supracitado, dos 30 estudos que mediram *burnout*, 21 correlacionaram que níveis moderados ou altos estão associados com maus resultados na segurança do paciente. Essa revisão de literatura implicou na necessidade de as organizações de saúde considerarem a melhoria da saúde mental dos profissionais que prestam assistência a saúde, além da criação de ambientes de trabalho mais seguros, ao planejar intervenções para melhorar a segurança do paciente.

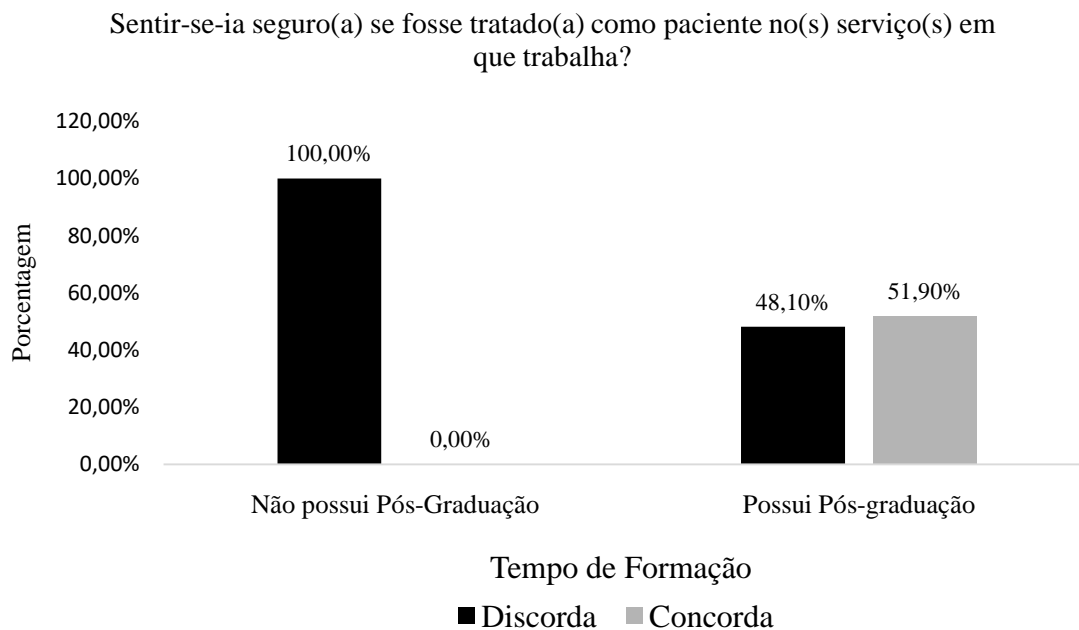
Mediante o exposto e os resultados obtidos da presente pesquisa, pode-se observar que a maioria dos médicos docentes concordou em sentirem-se seguros caso fossem tratados como pacientes nos serviços em que trabalham. Desse modo, pode-se inferir que os respondentes observam nos seus respectivos ambientes laborais algumas qualidades como: uma boa comunicação, cumprimento dos planos terapêuticos propostos, um clima harmonioso no local de trabalho, boa infraestrutura e não se sentiriam sobrecarregados. Ainda é importante salientar que se observou uma associação estatística significativa entre pós-graduação e sentir-se seguro caso fosse tratado como paciente no



serviço em que trabalha, segundo a Equação 3, ( $z = -2,27$ ;  $p = 0,023$ ), pois profissionais médicos com pós-graduação se sentem mais seguros quando comparados àqueles que não a possuem, como melhor explicitado na Figura 11.

$$[X^2(1) = 7,20; p = 0,007]$$

Equação 3

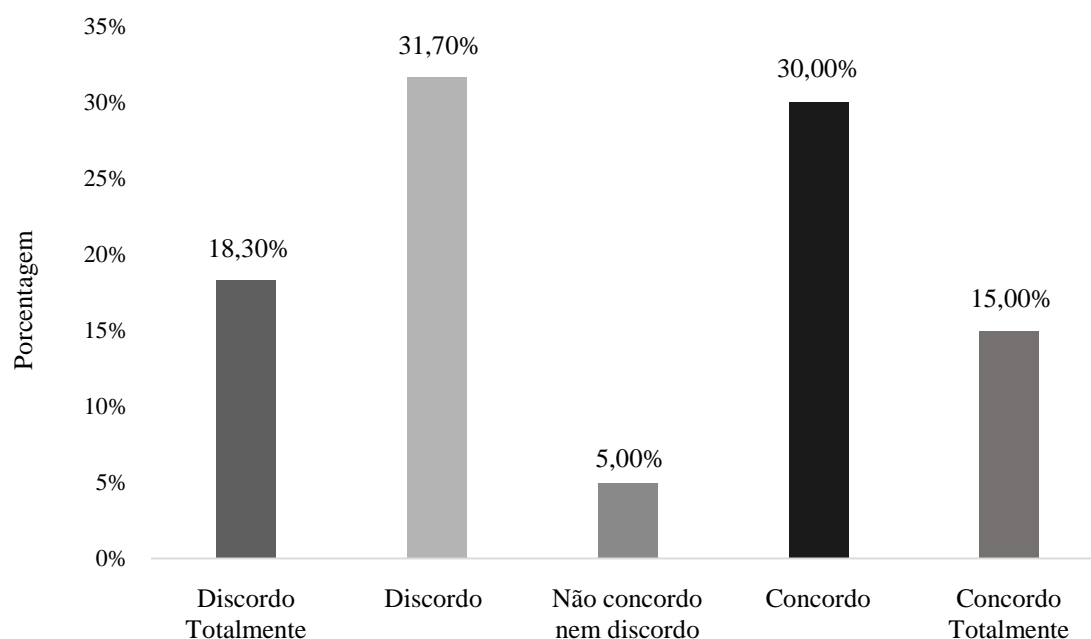


**Figura 11.** Associação entre pós-graduação e sentir-se seguro se fosse tratado como paciente no serviço em que trabalha.

Referente ao quesito que aborda os docentes sobre o conhecimento dos protocolos lançados pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente, a maioria dos respondentes discordaram ou discordaram totalmente ( $f = 30$ ; 50%), além de praticamente a outra metade relatar concordar ou concordar totalmente ( $f = 27$ ; 45%), conforme a Figura 12.

O PNSP, instituído em 2013 pelo Ministério da Saúde, possui seis protocolos a fim de promover a Segurança do Paciente e uma assistência à saúde de qualidade: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos, prevenção de Úlcera por Pressão, Prevenção de Quedas, Identificação do Paciente e o de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos (Brasil, 2013).

Há o reconhecimento da necessidade e importância de se investigar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre a segurança do paciente, entretanto o que se observa são grandes volumes de pesquisa avaliando apenas estudantes da graduação, principalmente dos Cursos de Medicina e Enfermagem (Yoshikawa et al., 2013), sendo poucos os estudos abordando profissionais que já atuam na saúde.



**Figura 12.** Conhece os protocolos lançados pelo Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP)?

Uma pesquisa elaborada por Oliveira et al. (2017) foi desenvolvida numa universidade pública do interior do Paraná, tendo como um dos objetivos avaliar o conhecimento sobre o PNSP entre os pós-graduandos nos programas de residência da área da saúde através da aplicação de um questionário. Participaram os residentes das áreas de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia e Farmácia, em sua maioria jovens e recém-formados. Obteve-se elevado percentual de acerto no item referente ao PNSP (92,3%), fato que revela ampla disseminação do conhecimento geral ou fácil identificação sobre o propósito elementar do PNSP. No entanto, isso não significa, necessariamente, boas práticas de saúde.

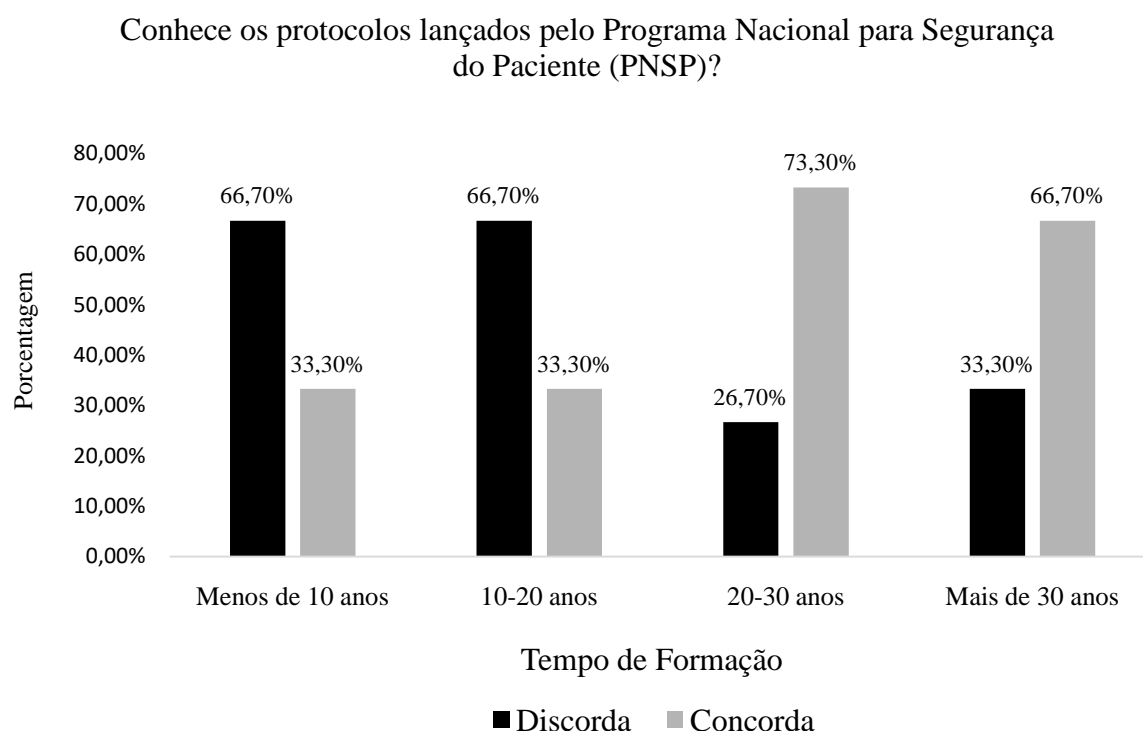
No caso da presente pesquisa, constatou-se que metade dos médicos docentes afirmaram desconhecer os protocolos do PNSP. Observou-se uma associação significativa entre o tempo de formado e se Conhece os protocolos lançados pelo Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP) de acordo com a Equação 3. Como apresentado na Figura 13, profissionais com mais de 20 anos de formados concordaram mais conhecer sobre o PNSP em comparação com os profissionais com menos tempo de formados, indo contrário aos resultados obtidos no estudo citado anteriormente. Também observou-se uma associação significativa entre Pós-graduação e conhecer sobre o PNSP, segundo a Equação 4. A maioria dos que possuem pós-graduação conhecem o PNSP (51,9%). Já entre os que não possuem pós-graduação, nenhum declarou conhecer o PNSP.

$$[X^2(3) = 7,79; p = 0,050]$$

Equação 3

$$[X^2(1) = 4,93; p = 0,026]$$

Equação 4



**Figura 13.** Associação do conhecimento dos protocolos e o tempo de formação.

Partindo para um conhecimento mais específico sobre os protocolos, no que se refere ao conhecimento sobre identificação do paciente, ainda segundo Oliveira et al. (2017), apenas 37,7% dos participantes tiveram um resultado satisfatório ao serem avaliados, sendo avaliado como o pior item. Esse fato é alarmante, pois sinaliza uma falta grave em não saber utilizar os meios de identificação de forma racional e crítica, podendo acarretar em eventos adversos graves aos pacientes.

Em se tratando do protocolo de Cirurgia Segura, uma pesquisa realizada durante o 44º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, em novembro de 2012, aplicou um questionário sobre Cirurgia Segura entre os 3.231 participantes do evento, visando a saber o conhecimento que os participantes possuíam a respeito desse protocolo. O número de formulários devolvidos e analisados foi de 502, destes, 65,3% declararam não estar familiarizados total ou parcialmente com a Lista de Verificação, sendo que 72,1% relataram nunca ter recebido treinamento para utilizá-la (Motta Filho et al., 2013).

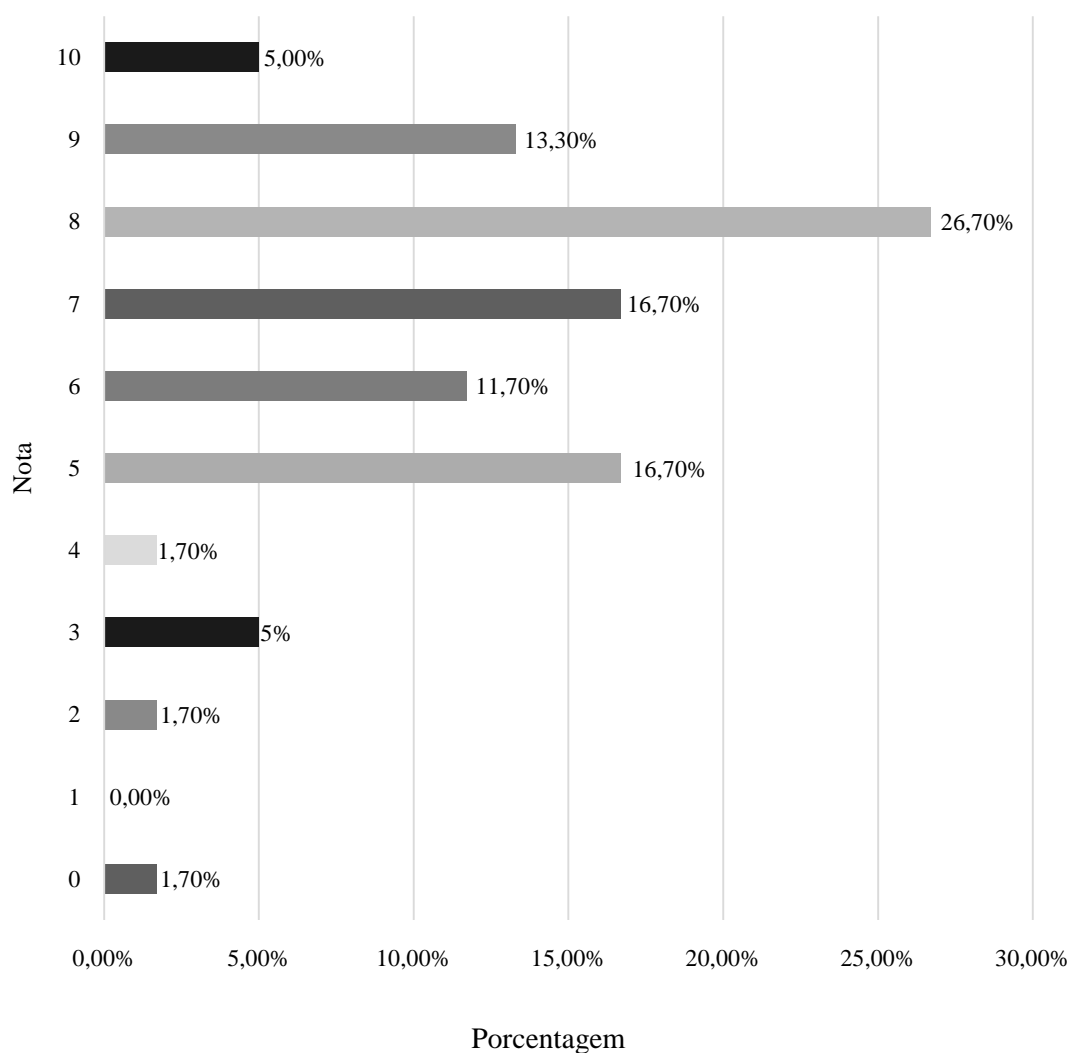
Já em relação à Prática de Higiene das mãos, um estudo desempenhado num hospital filantrópico de João Pessoa entrevistou 56 profissionais de diversas categorias, aplicando um questionário adaptado e preconizado pela OMS. Constatou-se que 100% dos participantes consideravam importante a higienização das mãos e as reconheciam como fatores contribuintes para indução de infecções. Além disso, 92,5% afirmaram ser importante essa prática após entrar em contato com objetos dos pacientes. Porém, a taxa total de adesão a higiene das mãos foi de 8,5%, sendo a menor adesão observada após o contato com o paciente (Oliveira et al., 2019).

No que se refere ao protocolo de prevenção de úlceras por pressão, uma pesquisa foi desenvolvida por Fernandes e Amaral (2012) na UTI adulto e neonatal e nas enfermarias adultas e pediátricas do Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF), na Cidade de Vassouras-RJ, a fim de verificar o conhecimento dos profissionais sobre esse

respectivo protocolo pela aplicação de um teste. Observou-se que os auxiliares e técnicos de enfermagem acertaram em média 69,4% dos itens do teste, os enfermeiros 73,6%, os fisioterapeutas 79,2% e os médicos 72,7%.

Ainda é válido destacar que parte significativa dos eventos adversos estão atrelados a erros de medicação (Webster et al., 2019), evidenciando a importância do conhecimento do protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Um estudo realizado por Llapa-Rodriguez et al. (2017) na UTI cirúrgica de um hospital público do estado de Sergipe, avaliou o quanto enfermeiros e técnicos de enfermagem conheciam sobre o Protocolo de Segurança na administração de medicamentos da ANVISA. Demonstrou-se que cerca de 66,7% e 54,5% dos enfermeiros e técnicos, respectivamente, afirmaram não conhecê-lo.

O último quesito indagava a nota que os respondentes atribuíam aos seus conhecimentos sobre segurança do paciente. A maioria atribuiu uma nota maior ou igual a 7 ( $f = 37$ ; 61,7%), enquanto uma outra parte significativa atribuiu uma nota menor ou igual a 6 ( $f = 23$ ; 38,5%). A Figura 14 representa esses resultados.



**Figura 14.** Que nota você atribui ao seu conhecimento sobre segurança do paciente em uma escala de Zero (nenhum conhecimento) a dez (conhecimento total)?

Para Alenezi et al. (2019), espera-se que os médicos tenham melhores conhecimentos e percepções acerca da segurança do paciente, haja vista estarem imbuídos de maior responsabilidade e de treinamento mais sofisticado em relação a outros profissionais. Entretanto, Alzahrani et al. (2018) desenvolveram estudos em dois hospitais da Arábia Saudita e constataram uma pontuação mais baixa sobre o conhecimento dos médicos em segurança do paciente em comparação com os enfermeiros.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos por Durani et al. (2013) comparou o conhecimento sobre segurança do paciente entre médicos juniores e especialistas, utilizando uma adaptação de três questionários validados no país. O conhecimento autodeclarado e a conscientização dos conceitos de segurança do paciente foram altos entre os médicos recém-formados quando comparado aos mais experientes.

Em contrapartida ao estudo acima, a presente pesquisa demonstra que a maioria dos médicos docentes atribuem a si um conhecimento satisfatório sobre segurança do paciente, sendo que 75% deles são graduados em medicina há mais de 10 anos, quando ainda não havia esforços o suficiente para inclusão do tema na grade curricular. Logo, supõe-se que os profissionais são experientes e atribuem seus conhecimentos em segurança do paciente as suas práticas profissionais. Essa linha de pensamento corrobora com a pesquisa realizada por Ilha et al. (2016), na qual avaliou a compreensão de acadêmicos de enfermagem acerca da segurança do paciente, revelando um alto conhecimento sobre a cultura de segurança, porém relacionado ao empirismo de suas vivências, carecendo de sustentação teórica.

O presente estudo ainda observou nas análises estatísticas a relação entre o Conhecimento sobre Segurança do Paciente, Adesão aos protocolos e Notificação de Eventos Adversos. Os itens do questionário do presente estudo foram somados em três escores: 1) Conhecimento sobre segurança do paciente; 2) Adesão aos protocolos de segurança; e 3) Notifica Eventos Adversos. Foram realizadas análises da correlação de Pearson entre as variáveis. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Coeficientes de correlação entre as variáveis.

	Conhecimento sobre segurança do paciente	
	R	P
Adesão aos protocolos	0,56	0,000
Eventos adversos	0,58	0,000

Nota: r - coeficiente de correlação de Pearson; p - probabilidade de erro do tipo I.

Os resultados mostraram que houve uma correlação forte, significativa e positiva entre os Conhecimentos sobre segurança dos pacientes e Adesão aos protocolos ( $r = 0,56$ ;  $p < 0,001$ ). Deste modo, quanto mais conhecimento o profissional tem sobre o tema, maior é a adesão aos protocolos. Similarmente, evidenciou-se uma relação positiva e forte entre o Conhecimento sobre segurança do paciente e a notificação de Eventos adversos ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,001$ ). Sendo assim, quanto mais conhecimento se tem sobre segurança do paciente maior é a concordância sobre as notificações e discussão dos eventos adversos no local de trabalho. A partir destes índices, a hipótese de que a compreensão sobre segurança do paciente contribui para uma assistência a saúde de qualidade e redução de eventos adversos foi confirmada.

## Conclusão

O tema de biossegurança e segurança do paciente é difícil, pois envolve variados fatores, mas, tem como estimativa garantir ao profissional de saúde segurança no exercício laboral e a redução de risco e danos desnecessários afiliados a assistência em saúde até um mínimo aceitável (Runciman et al., 2009). O trabalho permitiu identificar a importância da segurança do paciente com docentes médicos do curso de medicina de uma faculdade privada de João Pessoa, os dados coletados e analisados nos levam a reflexão do que representa atualmente a segurança do paciente para os participantes dessa pesquisa.

Em relação ao sexo, o estudo revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres com relação à pontuação total no quesito da temática de segurança do paciente, porém, mulheres concordaram mais do que homens na obrigatoriedade dos protocolos.

No que se refere aos médicos docentes que possuem pós-graduação houve significativa correlação estatística com a adesão aos protocolos institucionais, leitura de artigos científicos que abordam a segurança do paciente, notificação de eventos adversos, sentir-se seguro como paciente no(s) serviço(s) em que trabalha e conhecimento sobre os protocolos do PNSP. Em se tratando de idade e tempo de formação, não houve diferenças significativas na adesão aos protocolos institucionais, contudo, observou-se correlação estatística entre os profissionais com mais de 20 anos de formação e o conhecimento dos protocolos do PNSP.

Os resultados ainda mostraram forte correlação entre o Conhecimento sobre segurança do paciente, Adesão aos protocolos e a notificação de Eventos Adversos. Deste modo, quanto mais conhecimento o profissional tem sobre o tema, maior é a adesão aos protocolos e maior a concordância sobre notificações de Eventos Adversos e sua discussão no ambiente de trabalho. A partir destes índices, confirmou-se a hipótese de que a compreensão sobre segurança do paciente contribui para uma assistência a saúde de qualidade e redução de eventos adversos.

Para mais, há necessidade de estudos adicionais para somar informações a respeito da temática aqui trabalhada. Para futuros estudos seria interessante pensar em outros aspectos que envolvem a segurança do paciente com docentes médicos. Esta pesquisa ainda sugere que seja válida a ampliação de cursos de atualização sobre segurança do paciente.

## Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## Referências

- Aksu, N. M.; Akkas, M. Where are we in patient safety in the ED in Turkey? **Medicine**, v. 98, n. 41, p. e17569, 2019.
- Alenezi, A.; Pandaan, R. P. M.; Almazan, J. U.; Pandaan, I. N.; Casison, F. S.; Cruz, J. P. Clinical practitioners' perception of the dimensions of patient safety culture in a government hospital: A one-sample correlational survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 23-24, p. 4496-4503, 2019. <https://doi.org/10.1111/jocn.15038>
- Alzahrani, N.; Jones, R.; Abdel-Latif, M. E. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 736, 2018.

- Baker, G. R. Harvard medical practice study. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. 2, p. 151-152, 2004.
- Bathke, J.; Cunico, P. A.; Maziero, E. C. S.; Cauduro, F. L. F.; Sarquis, L. M. M.; Cruz, E. D. A. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 78-85, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200010>
- Bell, B. G.; Spencer, R.; Avery, A. J.; Campbell, S. M. Tools for measuring patient safety in primary care settings using the RAND/UCLA appropriateness method. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 1, p. 110, 2014. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-110>
- Bezerra, A. L. Q.; Silva, A. E. B. C.; Branquinho, N. C. S. S.; Paranaguá, T. T. B. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 18, p. 467-472, 2009.
- Bohomol, E.; Freitas, M. A. O.; Cunha, I. C. K. O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 727-741, 2016.
- Brasil. **Segurança do paciente: higienização das mãos**. Brasília: ANVISA, 2013.
- Brasil. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013**. Disponível em: <[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)>. Acesso em: 21 maio 2022.
- Carneiro, F. S.; Bezerra, A. L. Q.; Silva, A. E. B. C.; Souza, L. P.; Paranaguá, T. T. B.; Branquinho, N. C. S. S. Adverse events in the surgical clinic of a university hospital: A tool for assessing quality. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 2, p. 204-211, 2011.
- Cauduro, G. M. R.; Magnago, T. S. B. S.; Andolhe, R.; Lanes, T. C.; Ongaro, J. D. Patient safety in the understanding of health care students. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, e64818, 2017. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818>
- Cooper, J.; Edwards, A.; Williams, H.; Sheikh, A.; Parry, G.; Hibbert, P.; Butlin, A.; Donaldson, L.; Carson-Stevens, A. Nature of blame in patient safety incident reports: Mixed methods analysis of a national database. **The Annals of Family Medicine**, v. 15, n. 5, p. 455-461, 2017. <https://doi.org/10.1370/afm.2123>
- De Vries, E. N.; Ramrattan, M. A.; Smorenburg, S. M.; Gouma, D. J.; Boermeester, M. A. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
- Dias, J. D.; Mekaro, K. S.; Tibes, C. M. S.; Zem-Mascarenhas, S. H. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 866-880, 2014.
- Durani, P.; Dias, J.; Singh, H. P.; Taub, N. Junior doctors and patient safety: Evaluating knowledge, attitudes and perception of safety climate. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 1, p. 65-71, 2013. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001009>
- Dutra, D. D.; Duarte, M. C. S.; Albuquerque, K. F.; Santos, J. S.; Simões, K. M.; Araruna, P. C. Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online**, v. 9, n. 3, p. 669-675, 2017. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.669-675>
- Eltony, S. A.; El-Sayed, N. H.; El-Araby, S. El-S.; Kassab, S. E. Implementation and evaluation of a patient safety course in a Problem-Based Learning Program. **Education for Health**, v. 30, n. 1, p. 44-49, 2017. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.210512>

Fernandes, N. C. N.; Amaral, J. P. B. V. Conhecimento da equipe multidisciplinar sobre prevenção, avaliação e tratamento de úlcera de pressão no Hospital Universitário Sul Fluminense/RJ. **Estação Científica-Edição Especial "Fisioterapia"**, v. 1, n. 1, 2012.

Gaupp, R.; Körner, M.; Fabry, G. Effects of a case-based interactive e-learning course on knowledge and attitudes about patient safety: A quasi-experimental study with third-year medical students. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, Article number 172, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0691-4>

Giles, K.; Munn, Z.; Aromataris, E.; Deakin, A.; Schultz, T.; Mandel, C.; Maddern, G.; Pearson, A.; Runciman, W. Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: An observational study. **ANZ Journal of Surgery**, v. 87, n. 12, p. 971-975, 2017. <https://doi.org/10.1111/ans.13638>

Gomes, A. T. L.; Alves, K. Y. A.; Bezerril, M. S.; Rodrigues, C. C. F. M.; Ferreira Júnior, M. A.; Santos, V. E. P. Validation of graphic protocols to evaluate the safety of polytrauma patients. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 5, p. 504-517, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800071>

Hall, L. H.; Johnson, J.; Watt, I.; Tsipa, A.; O'Connor, D. B. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 11, n. 7, e0159015, 2016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>

Haugen, A. S.; Muruges, S.; Haaverstad, R.; Eide, G. E.; Sjøfteland, E. A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out Protocols. **BMC Surgery**, v. 13, n. 1, p. 46, 2013. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-13-46>

Healy, J. M. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 1, p. 88-94, 2012.

Herr, G. E. G.; Aozane, F.; Kolankiewicz, A. C. B. Segurança do paciente: uma discussão necessária. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 2300-2310, 2015.

Hwang, J.-I.; Yoon, T.-Y.; Jin, H.-J.; Park, Y.; Park, J.-Y.; Lee, B.-J. Patient safety competence for final-year health professional students: Perceptions of effectiveness of an interprofessional education course. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 6, p. 732-738, 2016. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1218446>

Ilha, P.; Radünz, V.; Tourinho, F. S. V.; Marinho, M. M. Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 1-10, 2016. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.43620>

Jammer, I.; Ahmad, T.; Aldecoa, C.; Koulenti, D.; Goranović, T.; Grigoras, I.; Mazul-Sunko, B.; Matos, R.; Moreno, R.; Sigurdsson, G. H.; Toft, P.; Walder, B.; Rhodes, A.; Pearse, R. M.; European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group. Point prevalence of surgical checklist use in Europe: Relationship with hospital mortality. **British Journal of Anaesthesia**, v. 114, n. 5, p. 801-807, 2015. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu460>

Lake, E. T.; Hallowell, S. G.; Kutney-Lee, A.; Hatfield, L. A.; Del Guidice, M.; Boxer, B. A.; Ellis, L. N.; Verica, L.; Aiken, L. H. Higher quality of care and patient safety associated with better NICU work environments. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 31, n. 1, p. 24-32, 2016. <https://doi.org/10.1097/ncq.000000000000146>

Liang, C.; Miao, Q.; Kang, H.; Vogelsmeier, A.; Hilmas, T.; Wang, J.; Gong, Y. Leveraging patient safety research: Efforts made fifteen years since To Err Is Human. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 264, p. 983-987, 2019. <https://doi.org/10.3233/shti190371>



- Lima, C. S. P.; Barbosa, S. F. F. Occurrence of adverse events as indicators of quality of care in an Intensive Care Unit. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 222-228, 2015.
- Lima, F. S. S.; Souza, N. P. G.; Vasconcelos, P. F.; Freitas, C. H. A.; Jorge, M. S. B.; Oliveira, A. C. S. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. **Enfermería Global**, v. 13, n. 35, p. 293-309, 2014.
- Limbourn, S.; Celenza, A. Patient perceptions of caring and association with emergency department activity and access block. **Emergency Medicine Australasia**, v. 23, n. 2, p. 169-180, 2011.
- Llapa-Rodriguez, E. O.; Silva, L. S. L.; Menezes, M. O.; Oliveira, J. K. A.; Currie, L. M. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, e2017-0029, 2017. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0029>
- Maia, C. S.; Freitas, D. R. C.; Gallo, L. G.; Araujo, W. N. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, e2017320, 2018. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>
- Marinho, M. M. M.; Radünz, V.; Rosa, L. M.; Tourinho, F. S. V.; Ilha, P.; Misiak, M. Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, e25510, 2018. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25510>
- Mendes, J. R.; Lopes, M. C. B. T.; Vancini-Campanharo, C. R.; Okuno, M. F. P.; Batista, R. E. A. Tipos e frequência de erros na preparação e administração de medicamentos. **Einstein**, v. 16, n. 3, eA04146, 2018. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018A04146>
- Motta Filho, G. R.; Silva, L. F. N.; Ferracini, A. M.; Bähr, G. L. The WHO Surgical Safety Checklist: Knowledge and use by Brazilian orthopedists. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2013.12.010>
- Notaro, K. A. M.; Corrêa, A. R.; Tomazoni, A.; Rocha, P. K.; Manzo, B. F. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3167, 2019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
- Oliveira, J. L. C.; Silva, S. V.; Santos, P. R.; Matsuda, L. M.; Tonini, N. S.; Nicola, A. L. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. **Einstein**, v. 15, n. 1, p. 50-57, 2017. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017A03871>
- Oliveira, M. A.; Leuthier, R. M.; Oliveira Filho, J. R.; Leite, M. A. P.; Fernandes, L. G. A.; Santos, A. F.; Albuquerque, K. F.; Correia, K. G. Hand hygiene: Knowledge and attitudes of healthcare professionals. **Journal of Nursing UFPE On Line**, v. 13, e236418, 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.236418>
- Pavão, A. L. B. Existe ligação entre segurança do paciente e as Áreas de Informação e Comunicação? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 9, n. 4, p. 1-3, 2015. <https://doi.org/10.29397/reciis.v9i4.1057>
- Pires, Y. M. S.; Araújo, V. L. L.; Moura, M. C. L. Saúde do trabalhador em ambiente hospitalar: mapeando riscos e principais medidas de biossegurança. **Revista Uningá**, v. 56, n. 2, p. 115-123, 2019.
- Ruddy, R. M.; Chamberlain, J. M.; Mahajan, P. V.; Funai, T.; O'Connell, K. J.; Blumberg, S.; Lichenstein, R.; Gramse, H. L.; Shaw, K. N.; Pediatric Emergency Care Applied Research Network. Near misses and unsafe conditions reported in a Pediatric Emergency Research

Network. **BMJ Open**, v. 5, n. 9, e007541, 2015. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007541>

Runciman, W.; Hibbert, P.; Thomson, R.; Van Der Schaaf, T.; Sherman, H.; Lewalle, P. Towards an International Classification for Patient Safety: Key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>

Schultz, T. J.; Crock, C.; Hansen, K.; Deakin, A.; Gosbell, A. Piloting an online incident reporting system in Australasian emergency medicine. **Emergency Medicine Australasia**, v. 26, n. 5, p. 461-467, 2014. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12271>

Serra, J. N.; Barbieri, A. R.; Cheade, M. F. M. The situation of reference hospitals for the establishment and operation of patient safety centers. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. esp, p. 1-8, 2016.

Sillero-Sillero, A.; Zabalegui, A. Segurança e satisfação de pacientes com os cuidados de enfermeiros no perioperatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3142, 2019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2646.3142>

Silva, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 422-424, 2010.

Urbach, D. R.; Govindarajan, A.; Saskin, R.; Wilton, A. S.; Baxter, N. N. Introduction of Surgical Safety Checklists in Ontario, Canada. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, p. 1029-1038, 2014. <https://doi.org/10.1056/nejmsa1308261>

Verbakel, N. J.; Langelaan, M.; Verheij, T. J. M.; Wagner, C.; Zwart, D. L. M. Improving patient safety culture in primary care: A systematic review. **Journal of Patient Safety**, v. 12, n. 3, p. 152-158, 2016. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000075>

Webster, C. S.; Henderson, R.; Merry, A. F. Sustainable quality and safety improvement in healthcare: Further lessons from the aviation industry. **British Journal of Anaesthesia**, v. 122, n. 6, p. 723-725, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.06.045>

WHO - World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety: Forward programme**. Genebra: WHO, 2005.

WHO - World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Genebra: WHO, 2009. (Final technical report).

Yoshikawa, J. M.; Sousa, B. E. C.; Peterlini, M. A. S.; Kusahara, D. M.; Pedreira, M. L. G.; Avelar, A. F. M. Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100005>



Informação da Licença: Este é um artigo Open Access distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Attribution, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.