



Percepção de estudantes de medicina sobre segurança do paciente pediátrico na Atenção Primária à Saúde

Medical students' perception of pediatric patient safety in Primary Health Care

Rosana Alves¹, Dantas Foletto Henriques², Gustavo Alves Saldanha², Kátia Valéria Manhabusque², Najla de Abreu Hissa²

RESUMO

Introdução: Na Segurança do Paciente Pediátrico (SPP), alguns fatores, relacionados à vulnerabilidade, podem potencializar a maior ocorrência de danos durante o cuidado recebido pela equipe de saúde. **Objetivo:** Analisar a percepção de estudantes de medicina sobre a SPP na Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Estudo transversal misto, com aplicação de questionários a estudantes de medicina, com perguntas abertas e em *Likert* sobre conteúdos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) nas ações do cotidiano na APS pediátrica, relacionadas a aspectos conceituais e atitudinais. **Resultados:** 114 estudantes participaram, média de idade 21 anos, maioria (71/62,3%) feminina. Apenas 12 (10,5%) informaram conhecer algo sobre o PNSP e a cultura de Segurança do Paciente, e 41 (36%) perceberam dificuldades em propor mudanças no serviço. Os conceitos e as aplicabilidades do PNSP pesquisados entre estudantes demonstraram aproximação nas expressões no *Likert* e análise qualitativa, com pontos de aproximação ao enfoque pediátrico: “Administração de medicações” e “Higienização das mãos” e de afastamento: “Família envolvida com sua segurança” e “Segurança na utilização de tecnologia”. **Discussão:** Apesar das dificuldades em propor mudanças, os estudantes indicaram caminhos relacionados à comunicação efetiva, à organização do cuidado com a criança, ao agendamento da consulta até o cuidado com medicações, a melhorias no processo de ensino-aprendizagem sobre a SPP na APS. **Conclusão:** Apesar do pouco conhecimento em SPP, houve aproximação aos tópicos do PNSP, sendo os aspectos culturais os que apresentam maiores dificuldades na implementação dessas medidas. **Palavras-chave:** Segurança do paciente; Pediatria; Atenção Primária à Saúde; Educação médica; Criança.

ABSTRACT

Introduction: In Pediatric Patient Safety (PPS) some factors, related to vulnerability, can increase the occurrence of harm during the care received by the health team. **Objective:** To analyze the perception of medical students about PPS in Primary Health Care (PHC). **Methods:** Mixed cross-sectional study, with the application of questionnaires to medical students, with open and Likert questions about contents of the National Patient Safety Program (PNSP) in daily actions in pediatric PHC, related to conceptual and attitudinal aspects. Results: 114 students participated, mean age 21 years, majority (71/62.3%) female. Only 12 (10.5%) reported knowing something about the PNSP and the Patient Safety culture and 41 (36%) perceived difficulties in proposing changes in the service. The concepts and applicability of the PNSP researched among students, demonstrated approximation in the expressions in Likert and qualitative analysis, with points of approximation to the pediatric approach: “Administration of medication” and “Hand hygiene” and of removal: “Family involved with their safety” and “Safety in the use of technology”. **Discussion:** Despite the difficulties in proposing changes, the students indicated paths related to effective communication; organization of childcare, from appointment scheduling to medication care; improvements in the teaching-learning process about PPS in PHC. **Conclusion:** Despite little knowledge in SPP, there was an approximation to the topics of the PNSP, with the cultural aspects being the ones that present the greatest difficulties in the implementation of these measures.

Keywords: Patient safety; Pediatrics; Primary Health Care; Medical education; Child.

¹ Centro Universitário Espírito-Santense (Faesa), Vitória/ES, Brasil.

² Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam), Vitória/ES, Brasil.

Correspondência:
rosana.alves@faesa.br

Direitos autorais:
Copyright © 2023 Rosana Alves,
Dantas Foletto Henriques, Gustavo
Alves Saldanha, Kátia Valéria
Manhabusque, Najla de Abreu Hissa.

Licença:
Este é um artigo distribuído em
Acesso Aberto sob os termos da
Creative Commons Atribuição 4.0
Internacional.

Submetido:
28/3/2023

Aprovado:
10/5/2023

ISSN:
2446-5410

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é um tema complexo e de grande relevância na área de saúde, pois envolve a atenção no cuidado centrado no paciente. Tornou-se frequente a divulgação na mídia de ocorrências de danos causados aos pacientes pelos profissionais da saúde, sendo estes acusados de erros. Essa cultura do erro é uma das maiores dificuldades na discussão do tema segurança do paciente, pois a cultura do erro frequentemente está associada à culpa, vista como “o erro deve ser penalizado” ou “o erro como fracasso”. No entanto, novos enfoques apontam que os erros devem ser reconhecidos como um desafio e uma oportunidade de melhoria no sistema de saúde^{1,2}.

Desde os primórdios, a expressão de Hipócrates (460-370 a.C.) “Esforce-se para fazer o bem ou, pelo menos, não fazer mal” indica que qualquer intervenção ao paciente pode causar algum tipo de dano, se realizada de forma inapropriada. O Princípio da Precaução, *Primum non nocere* (“É importante, acima de tudo, não causar danos”), é um dos princípios mais importantes da ética médica moderna. A não maleficência busca informar a primordial função do cuidador em, primeiramente, evitar fazer o mal, questão que vem se tornando alvo de muita discussão, na qual as decisões médicas e farmacológicas têm o potencial de causar danos¹⁻³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety* — ICPS), definiu dano como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim ser físico, social ou psicológico. Esse raciocínio reconhece que os danos abrangem uma série de ações lesivas ao paciente, não se restringindo somente a agravos físicos^{2,4}.

O evento adverso (EA) é definido pela OMS como “incidente que resulta em dano não intencional decorrente da assistência e não relacionado à evolução natural da doença de base do paciente”. Diante disso, tanto EA quanto dano são definições essenciais para o entendimento do que é e como

garantir a segurança do paciente. Os EAs afetam em média 10% das admissões hospitalares em todo o mundo e constituem atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde, a sua presença reflete o marcante distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real⁵.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2013, mas ainda se faz necessário desenvolver estratégias em nível local para a incorporação de um sistema não punitivo. Essas estratégias voltadas para a fomentação de uma cultura que concebe os erros como oportunidades de aprendizado e que não apenas pretende puni-los devem ser iniciadas nos cursos de graduação da área da saúde, estratégias em que a compreensão e o respeito sobre um relato de EA possam ser analisados de forma proativa, com aprendizagem sobre os erros e a inevitabilidade destes^{6,7}.

A maioria dos estudos que aborda a segurança do paciente pediátrico envolve a criança e o adolescente hospitalizado, mas a maior parte dos atendimentos assistenciais ocorre na atenção primária^{8,9}. A literatura internacional descreve dois a três incidentes a cada cem consultas na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁰. No Brasil, Marchon, Mendes Junior e Pavão¹¹ encontraram 1,1% incidente na APS em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, em 2014.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em sua operacionalização — Art. 11 da Portaria n. 2.436/2017, propõe, entre as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, “instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos”. Para tal, foram definidos os microprocessos básicos da APS assim como as etapas necessárias para implantação destas. São exemplos de microprocessos: recepção (atendimento ao público), acolhimento e preparo; vacinação; curativo e farmácia. Para a implantação dos microprocessos básicos da APS são necessários desde a elaboração dos procedimentos operacionais padrão (POPs) até a avaliação da unidade de APS em função do sistema de auditoria^{12,13}.

Em seu Art. 8º, a Resolução de Diretoria Colegiada n. 63/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) propõe estabelecer estratégias e ações voltadas para segurança do paciente, tais como mecanismos de identificação do paciente; orientações para a higienização das mãos; ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde; orientações para administração segura de medicamentos e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada¹⁴.

No que concerne ao paciente pediátrico, alguns fatores, como a falta de entendimento sobre a presença de doença, a fragilidade, a maior vulnerabilidade e a incapacidade de decisão sobre seu próprio cuidado, podem potencializar a maior ocorrência de danos. Realizar um atendimento seguro e de qualidade da criança e do adolescente e de sua família é uma responsabilidade de toda a equipe de saúde, é a essência da clínica ampliada^{8,9}.

Nesse sentido, devem ser buscadas as causas dos danos provocados pela assistência à saúde e perceber a necessidade de implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente pediátrico, bem como de mudanças na atuação dos gestores, da saúde e educação, nas implementações de medidas de segurança do paciente pediátrico nas unidades de saúde. Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar a percepção dos estudantes de medicina sobre a segurança do paciente pediátrico na Atenção Primária à Saúde do ponto de vista assistencial, envolvendo conhecimento e atitude ético-profissional.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal descritivo, com abordagem mista, realizado de agosto de 2020 a março de 2021, em uma escola médica de Vitória/ES. Os critérios de inclusão envolveram estudantes de medicina maiores de 18 anos que tivessem realizado atividades práticas em pediatria na APS. Dessa forma, a população-alvo do estudo foi constituída por estudantes do 7º ao 11º período do curso de graduação de medicina, um total de 350 estu-

dantes matriculados nos semestres mencionados no período do estudo. O cálculo amostral considerou o percentual estimado de 50%, com um erro amostral de 0,05 e nível de significância de 5%. Assim, a amostra foi definida com 55 sujeitos de pesquisa.

O questionário foi composto de três partes. A primeira contemplou o perfil sociodemográfico dos estudantes (idade, sexo, período e cenários de realização de prática). As outras duas partes eram referentes à percepção sobre segurança do paciente — geral e pediátrico —, com 14 questões no total, sendo sete relacionadas a aspectos conceituais e sete relativas a pontos atitudinais nas ações do cotidiano na atenção primária em pediatria. Os questionários foram organizados com perguntas de respostas abertas simples e de escala *Likert* sobre conteúdos do PNPS nas ações do cotidiano na atenção primária em pediatria.

A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de questionários *on-line*, por meio do *Google Forms*. Os dados do perfil sociodemográfico dos participantes foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel*[®] e analisados por meio da estatística descritiva. Os resultados são apresentados por frequências absolutas (n) e relativas (%). A percepção dos participantes foi analisada por meio de análise de conteúdo das respostas abertas, segundo Bardin¹⁵.

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 16287219.0.0000.5065, com cumprimento das exigências em relação ao sigilo e à confidencialidade, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram analisadas respostas de 114 estudantes, com média de 21 anos de idade, maioria (71/62,3%) feminina e (107/94%) do 7º, 8º e 9º períodos. Quando questionados sobre quais locais já frequentaram em atividades práticas em pediatria, todos (100%) confirmaram ter frequentado unidade básica de saúde ou de saúde da família, 80 (70,2%) já haviam frequentado a maternidade e 46 (40,6%), enfermaria em hospital-escola. Outros locais como pronto-so-

corro, unidade de terapia intensiva e hospital geral apresentaram frequência inferior a 20%. Apesar de a grande maioria dos estudantes (91,2%) ter julgado o tema segurança do paciente pediátrico muito importante, apenas 12 (10,53%) informaram conhecer o PNSP.

A análise qualitativa permitiu aprofundar o real entendimento sobre segurança do paciente, por meio das respostas à questão “O que você entende por segurança do paciente?”. As categorias apresentadas, após análise das 100 (87,7%) respostas, estão ilustradas na Figura 1. São elas I. Prevenção de danos; II. Evitar riscos; III. Prevenção específica; e IV. Desconhece.

A categoria “Prevenção de danos” foi apontada em 35 (35%) respostas. A prevenção de danos envolve um conjunto de normas a serem seguidas pelos profissionais de saúde, para prevenir danos aos pacientes, enquanto estão sob cuidados do sistema de saúde. As normas envolvem ações que são descritas como cuidados, procedimentos, técni-

cas, recomendações para reduzir qualquer dano que possa vir a acontecer com o paciente devido à prática médica adotada.

A categoria “Evitar riscos” destaca situações de risco e como evitá-las em 12 (12%) respostas. Os estudantes descreveram risco de agravamento de doença ou provocar uma nova doença; prevenção de acidentes; não exposição a nenhum tipo de risco (físico, biológico, químico); relaciona à não maleficência e oferecer o melhor benefício com menor risco possível; medidas de segurança para não correr riscos evitáveis.

Sobre a categoria “Prevenção específica”, entre as oito (8%) respostas, seis (6%) apontaram a utilização de EPI, um (1%) procedimentos que impeçam a disseminação de doenças em ambiente intra-hospitalar, e um (1%), segurança ao ofertar medicamento ou realizar procedimentos.

Na maioria das respostas (45%), verificou-se que grande parte foi de “Desconhece” ou “Não sei”, outras indicaram cuidados em geral e aspectos éticos,

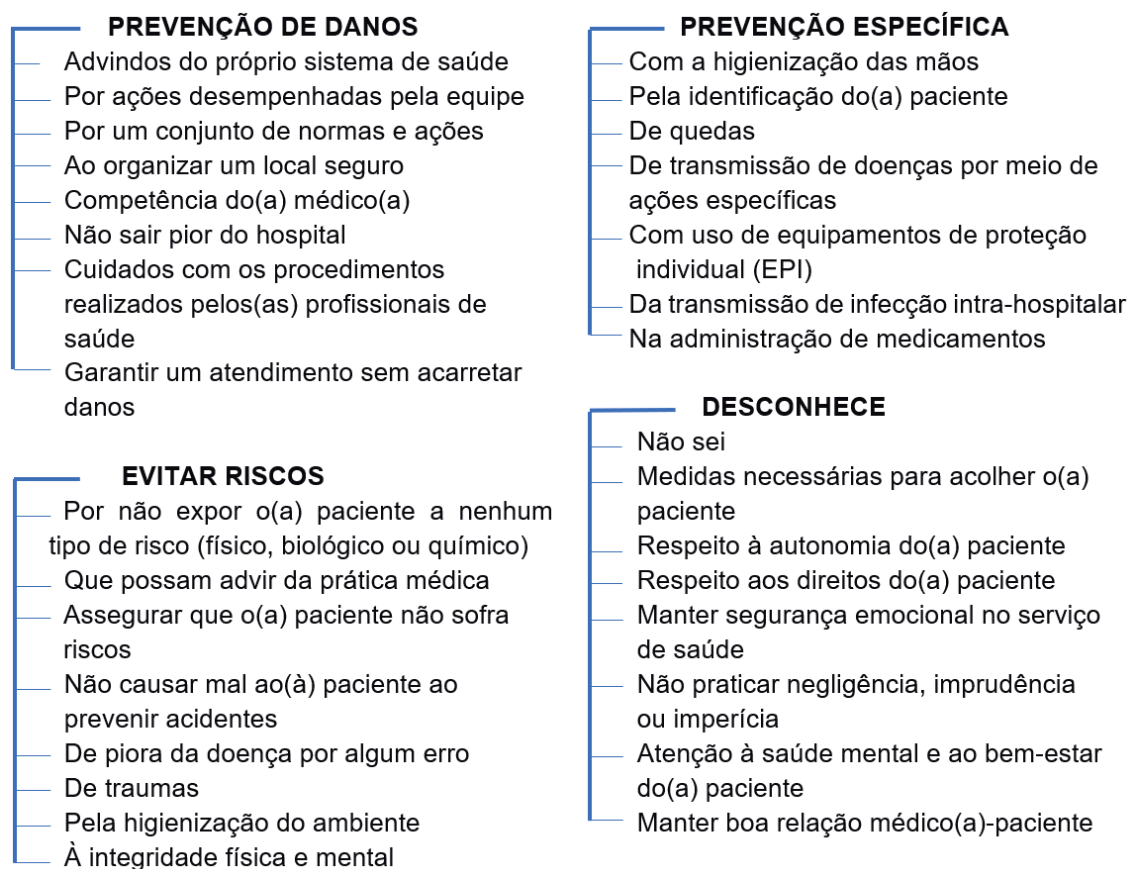


FIGURA 1. Categorias das respostas dos estudantes de medicina sobre seu entendimento acerca da segurança do paciente, n: 100, Vitória/ES, 2021. Fonte: Elaborado pelos autores.

“Atenção ao Paciente”, “Segurança física e emocional no ambiente hospitalar e domiciliar”, “Médico que não pratique imprudência, negligência ou imperícia”, “Manutenção da dignidade e inviolabilidade dos direitos do paciente”, “Cuidado em relação a consulta como um todo, atenção à saúde mental e ao bem-estar” e “O paciente se sentir confiante na relação médico-paciente”.

Duas perguntas abordaram os principais aspectos relacionados à segurança do paciente pediátrico na APS e os componentes do PNSP, ambas com listagem de tópicos. Os estudantes apontaram como os mais importantes e mais associados à prática na APS a “segurança na administração de medicações” (91%) e a “higienização das mãos” (90%). Os tópicos menos apontados foram “segurança na utilização de tecnologias” e “paciente envolvido com sua segurança” (48,7%), conforme Figura 2.

Destaca-se que menos da metade dos estudantes relacionou a “segurança na utilização de tecnologias” à segurança do paciente. Da mesma forma, apenas 48,7% reportaram “paciente envolvido em

sua segurança”. Em contraponto, a “comunicação efetiva” foi resposta de 78,8% dos estudantes.

Quanto à questão “soube ou presenciou alguma falha na segurança do paciente pediátrico na APS?”, 12 (10,53%) estudantes responderam que sim. Sobre o grau de facilidade em sugerir mudanças em prol da segurança do paciente, 41 (36%) estudantes julgaram ser difícil/muito difícil e 48 (42,1%) escolheram a neutralidade ou indiferença, mesmo com a maioria (91,23%) apontando que os profissionais de saúde têm preocupação com a segurança do paciente na prática pediátrica.

Apenas 10% responderam sim à pergunta “soube ou presenciou alguma falha na segurança do paciente pediátrico na APS?”, mas esse número pode estar subestimado, pois apenas a falha na higienização das mãos foi apontada. A maioria, quase 80% dos estudantes, julgou difícil/muito difícil ou não opinaram sobre o “grau de facilidade em sugerir mudanças” em prol da segurança do paciente.

Próximo a um terço dos estudantes sugeriu mudanças no serviço relacionadas a comunicação, aspectos de biossegurança, organização do cuidado

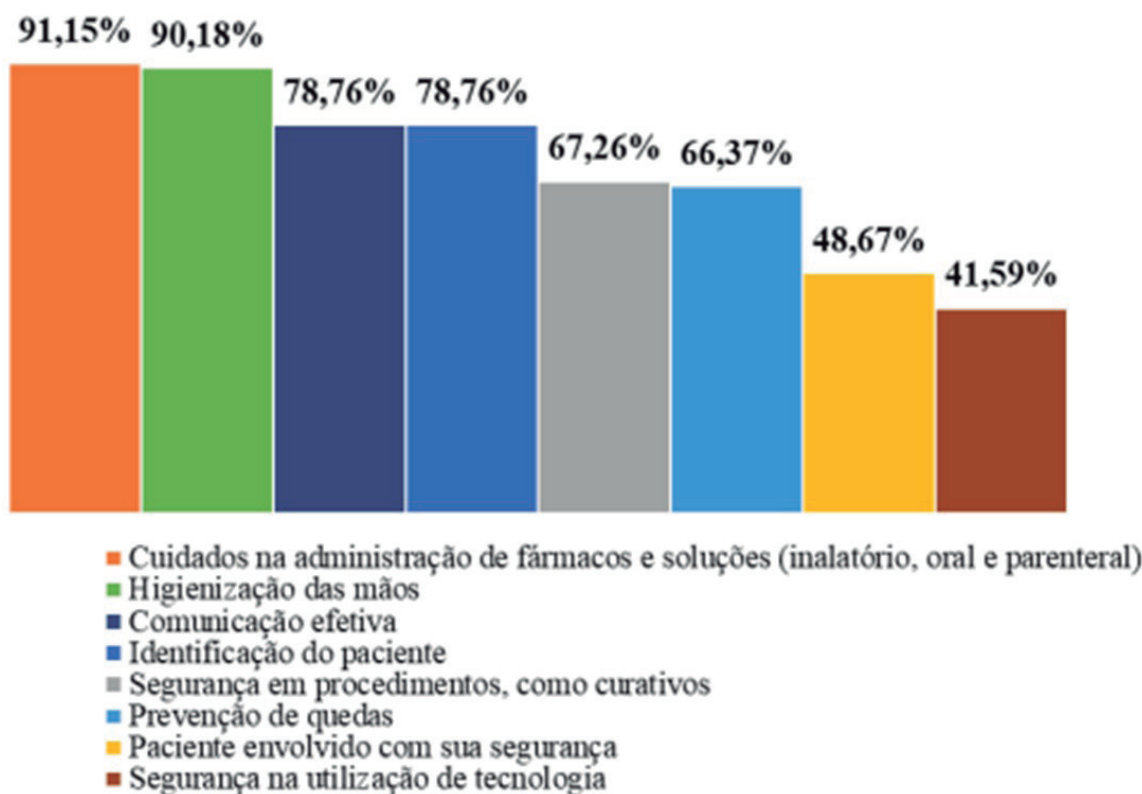


FIGURA 2. Aspectos mais importantes sobre SSP mais associados à prática na APS, segundo estudantes de medicina, n: 114, Vitória/ES, 2021. Fonte: Os autores.

à criança no serviço e melhorias no processo de ensino-aprendizagem sobre o tema.

Apesar das dificuldades deste estudo, 38 (33%) estudantes sugeriram mudanças no serviço, que estão organizadas nas seguintes categorias:

- comunicação mais efetiva entre a equipe de saúde e familiares e entre os componentes da própria equipe;

- aspectos de biossegurança, como o uso de EPI, lavagem das mãos e cumprimento da NR32;

- organização do cuidado ao paciente, desde o agendamento da consulta até o cuidado com medicações e prevenção de quedas; e

- melhorias no processo de ensino-aprendizagem sobre a segurança do paciente.

Sobre a realização de atividades práticas ou teóricas relacionadas à segurança do paciente pediátrico na escola médica em geral, 43,85% dos estudantes não souberam responder se há atividades específicas relacionadas ao tema, 41,23% disseram que o tema não é abordado na graduação médica. Entre os 14,91% que responderam positivamente sobre o ensino de segurança do paciente na graduação, foram descritas atividades que envolviam desde orientações gerais até treinamentos específicos sobre lavagem de mãos e uso e aplicabilidade de EPI, além de seminários pontuais acerca de segurança do paciente no meio hospitalar. Em geral, não há a abordagem do tema na formação de graduação dos participantes da pesquisa.

DISCUSSÃO

Assim como observou-se neste estudo, outros estudos encontraram os mesmos resultados que apontam para o conhecimento inadequado de estudantes sobre segurança do paciente e a necessidade de educação sobre o tema¹⁶⁻¹⁸.

Camacho-Rodriguez¹⁹ demonstrou que ao analisar a cultura de segurança do paciente em relação à idade do profissional de saúde, os mais jovens conheciam mais sobre o tema. Esse fato é justificado pela recente inclusão da disciplina na graduação desde a implantação da política de segurança do paciente na Colômbia em 2008.

Sobre o componente “segurança na administração de medicações” do PNSP destacado pelos estudantes, cabe ressaltar que há alguns processos críticos na APS, tanto para administração na UBS como legibilidade da prescrição; uso de abreviações na prescrição e etiquetas; identificação e dispensação de medicamentos; preparo e administração de medicamentos e reações adversas; identificação do paciente ao qual se destina. Nesse item, a vacinação deve requerer a mesma atenção²⁰.

Outro componente de grande destaque no estudo foi a “higienização das mãos”. Muitas unidades de saúde já disponibilizam, em local visível, as orientações para a boa técnica para a higienização das mãos. Com o advento da pandemia da covid-19, esse procedimento tem sido cada vez mais utilizado, mas a gestão deve manter esse movimento de proteção por meio de treinamentos. A Anvisa adota as recomendações da OMS em relação aos cinco momentos para a higienização das mãos: 1º: antes de contato com o paciente; 2º: após contato com o paciente; 3º: antes da realização de procedimento asséptico, 4º: após risco de exposição a fluidos corporais e 5º: após contato com as áreas próximas ao paciente²¹.

Apesar de ser um assunto muito discutido, devido ao avanço da telemedicina e da inteligência artificial, menos da metade dos estudantes relacionou a “segurança na utilização de tecnologias” à segurança do paciente. Cassiani, Gimenes e Monzani²² apontaram a prescrição eletrônica e a utilização de códigos de leitura por máquinas na identificação do paciente como pontos importantes para o investimento em tecnologia para aprimorar a segurança do paciente. A administração correta pelos pais e responsáveis de medicamentos prescritos/receitados nas UBS está relacionada a uma prescrição/receita legível, facilitada pela prescrição eletrônica, mas principalmente pela orientação verbal que é fornecida. Ferreira, Melnikov e Toffoli-Kadri²³ relataram outros fatores que prejudicam o nível de entendimento de prescrições medicamentosas pediátricas, em 2008, nas UBS de Campo Grande/MS, como a baixa escolaridade e o maior número de medicamentos na prescrição.

Gomes *et al.*²⁴ destacaram as estratégias de tecnologias leve e leve-dura, principalmente as relacionadas à informatização de comunicação e à educação em saúde. Essas tecnologias tornam-se importantes quando relacionadas ao item “paciente envolvido em sua segurança”, pois esse tópico apresentou baixo destaque nas respostas dos estudantes. A comunicação profissional de saúde-criança-família é uma tecnologia leve, que envolve desde a identificação da criança até a autonomia e o assentimento, para ser efetiva é prioritário capacitar a equipe para aprimorar a comunicação com o paciente e acompanhante, garantindo a participação destes no processo do cuidado. A identificação da criança deve ser realizada por meio do nome completo, somada a, pelo menos, mais um dado, sendo o mais utilizado a data de nascimento²¹.

Com boa relevância entre as respostas dos estudantes, a “comunicação efetiva” é uma das principais metas internacionais para a prevenção de danos evitáveis ao paciente, pode ocorrer de forma verbal e não verbal, sendo uma ferramenta terapêutica indispensável para o cuidado, principalmente envolvendo a criança, o adolescente e sua família. A comunicação efetiva se fundamenta em uma linguagem clara, estruturada e bidirecional. A comunicação ineficaz é uma das principais causas de erros no cuidado à saúde e foi o fator contribuinte mais comum encontrado para a ocorrência de incidentes na APS^{20,25}.

Como a segurança do paciente e a cultura do erro têm sido pouco discutidas na formação médica, é frequente a não abordagem nos serviços de saúde. Entrevistas a médicos e enfermeiros realizadas no estudo de Abdi *et al.* apontaram vários desafios na segurança do paciente, incluindo subnotificação, falha em aprender com os erros, falta de fala e comunicação ineficaz¹⁷.

Marchon, Mendes Júnior e Pavão¹¹, no Rio de Janeiro, reportaram 125 incidentes em entrevistas a enfermeiros, sendo 10 (8%) incidentes relacionados a crianças e oito (6,4%), em adolescentes na APS. Segundo o estudo, foi possível descrever tipo, gravidade e consequências dos incidentes em quatro crianças, conforme o Quadro 1.

Um estudo realizado na Inglaterra em 2018 mostrou que a maioria (80%) dos estudantes entrevistados informou não acreditar na política de reportar erros, devido aos seguintes motivos: incerteza da validade das preocupações, incerteza de como levantar essas questões, medo de repercussão, considerada falta de impacto caso relatem, incerteza de responsabilidade e normalização do comportamento não profissional.²⁶ Enquanto em outro estudo, em Hong Kong, estudantes destacam que os erros médicos são inevitáveis, o que é um equívoco. Portanto, mais atenção deve ser dedicada ao relato e à análise de erros, à comunicação e ao trabalho em equipe entre os grupos profissionais^{16,26}.

QUADRO 1. Tipos de incidentes, as suas consequências para o paciente pediátrico, os fatores contribuintes e a gravidade do dano

TIPO DE INCIDENTE	CONSEQUÊNCIA	FATORES CONTRIBUINTES
Incidente não atingiu o paciente.	Nome da criança não constava na lista para consulta. Mãe perdeu dia de trabalho.	Sobrecarga de trabalho, ausência de profissionais na recepção, falta de atenção e de capacitação. (Falhas no cuidado)
EA	Edema e dor na perna direita em criança.	Erro no local de aplicação da vacina. Falta de experiência e má formação profissional. (Falhas no cuidado)
EA	Diarreia e febre.	Técnico de enfermagem não prestou atenção na data da última vacina da criança e aplicou em data errada. Falha no Treinamento e comprometimento dos funcionários. (Falhas no cuidado)
EA	Lesão cerebral na criança com sofrimento fetal.	Falta de pré-natal adequado e local para atendimento adequado do paciente. (Falhas no cuidado)

Fonte: Adaptado de Marchon, Mendes Júnior e Pavão¹¹.

Em ampla revisão da literatura sobre a segurança do paciente no contexto da APS, Dalla Nora e Beghetto²⁷ buscaram encontrar as principais dificuldades para a melhora na segurança do paciente apontadas por estudantes e profissionais de saúde e identificaram a falta de apoio dos gestores, falta de comunicação entre os profissionais de saúde e a falta de condições de trabalho.

Neste estudo foi encontrado que a maioria dos estudantes acredita que os profissionais de saúde têm preocupação com a segurança do paciente na prática pediátrica. Os profissionais de saúde tiveram percepções positivas em relação à cultura de segurança do paciente e apenas “suporte da liderança” foi considerada como área deficitária²⁸.

Em geral, não há a abordagem do tema segurança do paciente pediátrico na formação dos estudantes participantes da pesquisa. Devido à necessidade de capacitação e treinamento de estudantes da área de saúde para a prestação de uma assistência segura e de qualidade, a OMS desenvolveu o Guia Curricular Multiprofissional para auxiliar o ensino da segurança do paciente nas instituições de ensino da área da saúde, em que muitos especialistas internacionais contribuíram para a sua elaboração.

O guia foi baseado em dois grandes estudos, o primeiro é o Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente, de 2005, o segundo, de 2009, é o estudo canadense sobre as competências em segurança do paciente (*The Safety Competencies*). Ambos descrevem conhecimentos, habilidades e comportamentos que todos os profissionais de saúde devem ter para um atendimento seguro²⁹.

Os estudantes precisam compreender que erros acontecem e que são cometidos involuntariamente. Durante sua formação, o estudante é estimulado a pensar que somente os maus profissionais erram, mas todo o profissional está sujeito a erros e o ser humano não é infalível. O primeiro passo para melhorias e mudança na cultura do erro é admitir que ele é possível e está presente na assistência à saúde³⁰. O “erro zero” é quase impossível. Há a necessidade de educação para a segurança do paci-

ente, treinamento de habilidades necessárias e alocação de tempo nos cursos de graduação em saúde, pois é fundamental que aprendam a enfrentar situações difíceis, como eventos adversos e erros, porque possivelmente os cometerão ao longo de suas vidas profissionais.

CONCLUSÃO

A maioria dos estudantes pesquisados neste estudo apontou a importância da SPP na APS, mas demonstrou não entendimento sobre seu conceito. Na análise qualitativa, esse desconhecimento foi mais marcante, categorizado em “Prevenção de danos”; “Evitar riscos”; “Prevenção específica”; e “Desconhece”.

Os pontos de maior aproximação da SPP ao PNSP, na percepção dos estudantes, foram os tópicos “Administração de medicações” e “Higienização das mãos”. Os temas mais distantes foram “Paciente envolvido com sua segurança” e “Segurança na utilização de tecnologia”.

Apesar de poucos relatos sobre falhas na SPP na APS, a literatura descreve resultados subestimados relacionados à falta de discussão do tema tanto na escola médica como nos serviços de saúde. Ainda que o estudo tenha apontado que profissionais de saúde da APS se preocupam com a SPP, de nada adiantará caso não haja facilidades para a discussão sobre o tema, incluindo erros, visto que há a percepção de dificuldades em propor mudanças na prática vigente.

Recomenda-se incluir o PNSP nas ações de integração ensino-serviço, do cotidiano na APS e na formação médica, incluindo treinamentos e atividades de ensino nessa temática no projeto pedagógico do curso de medicina e em formas de atualização de profissionais de saúde, com o envolvimento dos serviços de qualidade em saúde relativos à segurança do paciente. Além disso, faz-se necessária a realização de novos estudos, com maior enfoque na criança e no adolescente, em cuidados de puericultura e em cuidados de longa duração.

REFERÊNCIAS

1. Smith CM. Origin and Uses of Primum Non Nocere - Above All, Do No Harm! *J Clin Pharmacol*. 2005;45(4):371-377.
2. World Health Organization (WHO). The conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 19 jun. 2023]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/em/>
3. Aronson, JK. When I use a word... The Precautionary Principle: a brief history. *BMJ*. 2021;375:n3059.
4. Keriel-Gascou M, Figon S, Letrilliart L, Chaneliere M, Colin C. Classifications and definitions of adverse events in primary care: a systematic review. *Presse Med*. 2011;40(11):499-505.
5. Galotti RM. Eventos Adversos: o que são? *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2004;50(2):114.
6. Paese F, Marcon Dal Sasso GT. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):302-310.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União, Brasília*, 2 abr. 2013 [acesso em 19 jun. 2023]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
8. Woods DM, Holl JL, Shonkoff JP, Mehra M, Ogata ES, Weiss KB. Child-specific risk factors and patient safety. *J Patient Saf*. 2005;1(1):17-22.
9. Machado AA. Avaliação da percepção e da participação de pacientes hospitalizados sobre as ações no contexto da segurança do paciente [dissertação] Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2018 [acesso em 19 jun. 2023]. Disponível em: <https://www.locus.ufv.br/handle/123456789/22769>
10. Panesar SS, de Silva D, Carson-Stevens A. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(7):544-553.
11. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão AL. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. de Saúde Pública*. 2015;31(11):2313-2330.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 22 set. 2017 [acesso em 19 jun. 2023]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
13. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63, 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 26 nov. 2011 [acesso em 19 jun. 2023]. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_63_2011_.pdf/3838d288-34e4-4e9a-9650-fe4089078185.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2017.
16. Leung GK, Patil NG. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. *Hong Kong Med J*. 2010;16(2):101-105.
17. Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *J Nurs Manag*. 2013;23(3):333-345.
18. Nabilou B, Feizi A, Seyedin H. Patient safety in medical education: Students' perceptions, knowledge and attitudes. *Plos One*. 2015;10(8):e0135610.
19. Camacho Rodríguez DE. Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia Promoc. Salud*. 2020;25(1):141-153.
20. Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Cartilha sobre segurança do paciente. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar – CGHOSP. São Paulo: HAOC; 2019 [acesso em 19 jun. 2023]. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/CARTILHA_RHP_Digital.pdf
21. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2017 [acesso em 19 jun. 2023]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica/>.
22. Cassiani SH de B, Gimenes FR, Monzani AA. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Rev. Eletr. Enferm*. 2009;11(2):413-417.
23. Ferreira VO, Melnikov P, Toffoli-Kadri MC. Nível de entendimento de prescrições medicamentosas pediátricas em Unidades Básicas de Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2011;11(3):249-256.
24. Gomes AT, De Assis YM, Ferreira LD, Bezerril MD, Chivone FB, Santos VE. Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2017;7:e1473.
25. Marchon SG. A segurança do paciente na atenção primária à saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
26. Johnson L, Malik N, Gafson I, Gostelow N, Kavanagh J, Griffin A, Gishen F. Improving patient safety by enhancing raising concerns at medical school. *BMC Med Educ*. 2018;18:171.
27. Dalla Nora CR, Beghetto MG. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Rev. Bras. Enferm*. 2020;3(75):e20190209.
28. Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS, Figueiredo RM. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(4):409-16.
29. World Health Organization (WHO). patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2016

[acesso em 19 jun. 2023]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/.

30. Kiesewetter I; Könings Kd; Kager M, Kiesewetter J. Undergraduate medical students' behavioural intentions towards medical errors and how to handle them: A qualitative vignette study. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019500.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Concepção: RA, DFH, GAS, NAH. Investigação: RA, DFH, GAS, NAH. Metodologia: RA, DFH, GAS, KVM, NAH. Tratamento e análise de dados: RA, DFH, GAS, KVM, NAH. Redação: RA, DFH, GAS, KVM, NAH. Revisão: RA, DFH, GAS, KVM, NAH. Aprovação da versão final: RA, DFH, GAS, KVM, NAH.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE n. 16287219.0.0000.5065.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Antonio Germane Alves Pinto.

Endereço para correspondência

Av. Vitória, 2220, Monte Belo, Vitória/ES, Brasil, CEP: 29053-360.