

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c09>

# SEGURANÇA DO PACIENTE NA ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL: EXPERIÊNCIA DOCENTE NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**Karla Crozeta Figueiredo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3544-5643

**Luciana Schleder Gonçalves<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3105-3028

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná.  
Curitiba, Paraná, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Karla Crozeta Figueiredo  
E-mail: [karlacrozeta@ufpr.br](mailto:karlacrozeta@ufpr.br)



## Como citar:

Figueiredo KC, Gonçalves LS. Segurança do paciente na abordagem interprofissional: experiência docente na residência em saúde da família. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 67-75 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c09>

Revisora: Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Pereira.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é destaque nacional e internacional nos serviços de saúde, e requer abordagem centrada no paciente, o fomento à cultura de segurança e eliminação de danos evitáveis nos cuidados de saúde, conhecimentos que devem ser disseminados desde cedo ainda na formação profissional e de forma permanente e continuada aos profissionais de saúde.

Seu conceito é compreendido como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>(1)</sup>, e a temática ganhou destaque mundialmente com a divulgação do relatório “Errar é Humano” (*To err is human*) em 1999 pelo Instituto de Medicina (IOM). Esse relatório evidenciou a extensão do problema numericamente, estimando que metade das mortes norte-americanas decorrentes de eventos adversos seria evitável. Esse movimento mundial em prol do cuidado seguro motivou a criação, em 2004, pela Organização Mundial de Saúde, da primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que atribuiu aos países membros, dentre eles o Brasil, o desenvolvimento de políticas públicas e práticas voltadas para Segurança do Paciente<sup>(2)</sup>.

Em 2021, na 74ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2021, no “Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030: rumo a eliminação de danos evitáveis nos cuidados em saúde” define-se segurança do paciente como “uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde para diminuir os riscos de forma consistente e sustentável, reduzir a ocorrência de dano evitável, tornar os erros menos prováveis e reduzir o impacto do dano quando ele ocorrer”<sup>(3)</sup>.

No Brasil, em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela Portaria n° 529, de 01 de abril de 2013, e complementado pela Portaria de consolidação n° 5 de 2017 do Ministério da Saúde. Com o



objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, é estruturado em quatro eixos: estímulo a uma prática assistencial segura; 2. Inclusão do tema no ensino; 3. Incremento de pesquisas sobre o tema; e 4. Envolvimento do cidadão na sua segurança<sup>(4)</sup> e considerado um dos grandes marcos na atenção à saúde no país.

Anteriormente à instituição do PNSP, no Sistema Único de Saúde (SUS) foram implementadas políticas e iniciativas voltadas à avaliação externa (como licenciamento e creditações), à monitorização de índice de desempenho e à melhoria da qualidade (como o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde - QualiSUS-Rede e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB)<sup>(5)</sup>.

Importante destacar que se percebe a ocorrência de incidentes e eventos adversos nos diversos cenários de atenção à saúde, e, em documentos oficiais e de cunho técnico-científico, destaca-se a necessidade de amadurecimento profissional e organizacional para o estabelecimento de Cultura de Segurança, no intuito de diminuí-los. Os usuários de serviços de saúde em sua maioria, apresentam fragilidades físicas e emocionais, e ainda não se percebem como o centro do modelo de cuidados, que os levem ao empoderamento e engajamento da sua própria segurança.

Desta forma, nota-se que o princípio de não causar nenhum dano aos pacientes na vigência de tratamentos de saúde ainda carece de atenção e de medidas práticas para sua aplicação por parte dos profissionais de saúde. Principalmente pelo fato de que danos evitáveis decorrentes do cuidado à saúde ainda são prevalentes nos diversos cenários, quer sejam de ordem física, psicológica, emocional, moral, econômicos e sociais a pacientes e profissionais da saúde<sup>(6)</sup>.

Em termos curriculares, a Portaria nº 529/2013 faz recomendação imperativa de que a formação em Segurança do Paciente deve ocorrer tanto na graduação como na pós-graduação na área da saúde. Esse também é o estímulo da Organização Mundial da Saúde (OMS) há décadas, haja vista a necessidade de problematizar e discutir com os discentes sobre a segurança do paciente de maneira responsável e capaz de instrumentalizá-los para a prevenção de eventos adversos, bem como os princípios que consolidam a cultura de segurança nas organizações de saúde<sup>(7)</sup>.

Contudo, há que se considerar que os profissionais de saúde são formados para não errar, e pouco são preparados para lidar com o erro e a sua mitigação, visto que esse suscita sentimentos como incapacidade, vergonha, culpa por déficit de conhecimento, assim como as repercussões jurídicas, éticas e sociais, que consideram o profissional despreparado<sup>(7)</sup>.

Essa lógica contrária requer a mudança de percepção sobre o erro humano e as responsabilidades profissionais relacionadas a sua mitigação, processo que deve ser iniciado a partir da admissão de que o erro é possível e presente no cuidado<sup>(7)</sup>. Nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), a Segurança do Paciente ainda é pouco discutida, tanto na literatura como pelas equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, embora esse seja um dos cenários de maior fluxo de atendimentos na assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que demonstra a necessidade de fortalecimento das discussões nesse cenário.

Autores<sup>(5)</sup> corroboram ao afirmar a razoabilidade da prática segura na APS, a segurança do paciente é importante nesse cenário em vistas da frequência de consultas e procedimentos, bem como a multicausalidade dos eventos adversos decorrentes da assistência à saúde nesse cenário.

Além da compreensão do erro, outro elemento que merece destaque em relação à viabilização da formação para o cuidado seguro é a prestação da atenção à saúde em si, especialmente na APS, cuja efetividade requer abordagem multiprofissional. A histórica fragmentação do trabalho em saúde poderá ser superada por meio da ruptura da cultura uniprofissional, a partir educação interprofissional, da colaboração na dinâmica do processo de trabalho e do desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho colaborativo<sup>(8)</sup>.

De acordo com a OMS, a interprofissionalidade contribui para o cuidado integral e de qualidade, e para tanto, estabelece que deve ser proporcionado, ainda na etapa de formação dos futuros profissionais de saúde, o desenvolvimento de competências que vão além das técnicas, tais como as de comunicação, relacionadas aos seus próprios papéis e responsabilidades, ao trabalho em equipe, e aos valores e à ética<sup>(9)</sup>.

Ademais, apreende-se que, diante dos quatro eixos que estruturam a segurança do paciente no Brasil (descritos na Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013), a prática colaborativa representa uma alternativa para a superação da fragmentação do modelo de cuidados e dos sistemas de saúde, especialmente na crise sanitária como a decorrente da pandemia da Covid-19, assim como atender às necessidades do usuário sem causar danos. Dessa forma, o trabalho colaborativo traz repercussões no cuidado centrado aos usuários, suas famílias, comunidades, na comunicação entre a equipe e na satisfação no trabalho, o que é desejável para o ensino do cuidado seguro e para o fortalecimento da cultura justa, a qual descreve a transformação da cultura que permite vergonha e culpa diante de um erro para aquela que estabelece confiança e respeito. Nessa perspectiva, as pessoas que cometem erros não são punidas, mas são sempre responsabilizadas por suas decisões<sup>(10)</sup>.

Sendo assim, entende-se que programas de Residência Multiprofissional na área da saúde são iniciativas nas quais podem ser trabalhados conceitos que levem ao desenvolvimento de tais competências. Essas, a partir da prática diferenciada, apresentam possibilidades inovadoras de os profissionais vivenciarem sua atuação nos ambientes de saúde, numa visão mais integradora e articulada dos usuários do SUS<sup>(11)</sup>. Ainda, que o trabalho em equipe acontece nas discussões de casos, quer seja no cotidiano do trabalho entre os residentes, ou com demais profissionais das diversas áreas, quer durante as aulas teóricas, mediado pelos professores.

Finalmente, salientam que “a inovação trazida pelos programas de residência concentra-se em inserir os residentes na realidade dos serviços e, com um olhar interdisciplinar, em buscar a inovação, a resolução dos problemas, o desenvolvimento científico e tecnológico in loco. Nesse sentido, quando se refere ao termo inovação, engloba-se não somente a tecnologia propriamente dita, mas também a reestruturação de processos de trabalhos, a melhoria do cuidado em saúde e a inserção de cuidado multiprofissional<sup>(11)</sup>.”

Contribuindo com essa discussão, autores<sup>(12)</sup> salientam que o trabalho em equipe deve também contemplar a prática colaborativa, pois somente a integração e efetividade das equipes não são suficientes para aprimorar o acesso e a qualidade dos cuidados. E sim, que as equipes e profissionais devem colaborar entre si e com outras equipes e de outros serviços, contribuindo para a eficiência da rede. Destacam, também, que esses modelos organizativos têm sido aplicados nos cenários da APS com bons impactos para o acesso da população ao cuidado de qualidade.

De modo a fazer esses tópicos emergentes nas práxis em saúde convergirem, e ainda proporcionando uma experiência inovadora para os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma Universidade Pública do sul do Brasil, tanto em relação à inserção deste conteúdo na grade de disciplinas do Programa, como também com a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e o formato híbrido embasadas nos pressupostos da educação interprofissional, surge a proposta de organização e condução da disciplina Segurança do Paciente na APS, objeto deste relato de experiência.

## OBJETIVO

Relatar a organização e a condução de uma disciplina sobre segurança do paciente na abordagem interprofissional para residentes em saúde da família.

## METODOLOGIA

Trata-se do relato da experiência docente acerca da organização e condução da disciplina Segurança do Paciente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma Universidade Pública do sul do Brasil.

O período considerado para o relato foi de 2017 a 2021, com ofertas anuais da disciplina, mesmo em período pandêmico.

Como fonte de dados, foram utilizados documentos divulgados no sítio do curso na Internet e documentos pessoais das autoras.

Foram respeitados os princípios éticos na elaboração do relato, tendo em vista que o seu enfoque é a experiência docente das autoras na organização e condução da referida disciplina. Seguiu-se a Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que afirma que a pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, dispensa a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

## RELATO DA EXPERIÊNCIA

### CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA E HISTÓRICO DA OFERTA DA DISCIPLINA

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) está vinculado ao Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, na modalidade de pós-graduação lato sensu, com carga horária total de 5760 horas e duração de 24 meses, com objetivo de “promover mudanças na formação dos profissionais, visando favorecer a inserção de profissionais no mercado de trabalho em áreas prioritárias do SUS”<sup>(13)</sup>.

As áreas profissionais envolvidas são enfermagem, farmácia, medicina veterinária, nutrição, odontologia e terapia ocupacional. Os residentes são profissionais inscritos nos respectivos conselhos profissionais, em processo de qualificação por meio da atuação em serviço e em aulas, totalizando dedicação semanal de 60 horas.

As horas semanais englobam trabalho em campo na APS, por meio de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social (80% da carga horária) e em aulas presenciais/remotas, com abordagem educacional teórica (20% da carga horária)<sup>(13)</sup>.

Na abordagem teórica, são ofertadas disciplinas por diversos departamentos do Setor de Ciências da Saúde, organizadas em transversais - que envolvem todos os residentes de primeiro ou do segundo ano de curso, e específicas - destinadas aos residentes da respectiva área profissional.

A disciplina Segurança do Paciente compõe o eixo transversal, é ofertada pelo Departamento de Enfermagem aos residentes do primeiro ano (R1). Por ocasião da publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013, o currículo do Programa estava em fase de reformulação, e diante do estímulo ao ensino de estudantes da área da saúde de todos os níveis de formação sobre a segurança do paciente, houve a indicação da inclusão dessa temática no novo currículo pelo Coordenador de Curso.

Dessa forma, após a aprovação da nova matriz curricular, a disciplina Segurança do Paciente foi aprovada em Plenária do Departamento de Enfermagem em 2016, e a primeira oferta ocorreu em 2017, excepcionalmente aos residentes dos dois anos.

### ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DA DISCIPLINA

Desde sua primeira oferta em 2017, a disciplina foi conduzida de maneira híbrida, sendo 15 horas desenvolvidas na modalidade presencial e 15 horas em atividades de dispersão dos alunos em atividades remotas, com o suporte online das docentes. Em virtude do enfrentamento da pandemia da Covid-19, em 2020 e 2021 a oferta ocorreu integralmente na modalidade remota, com a reorganização das atividades síncronas e assíncronas, com apoio da Plataforma Microsoft TEAMS.

Trata-se de disciplina de 30 horas teóricas, cuja ementa descreve como temáticas a serem abordadas: Política Nacional de Segurança do Paciente, Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, Termos e conceitos em Segurança do Paciente, Gestão do risco, erros e violações em saúde, Gerenciamento do cuidado multiprofissional e Segurança do Paciente na APS, Tecnologia da Informação para segurança do paciente na APS, Avaliação dos incidentes de segurança na APS, Planejamento de estratégias para tornar a APS mais segura, Controle social e participação do paciente na sua própria segurança.

Os conteúdos foram propostos a partir da lógica da educação interprofissional, conceituada como aquela “que acontece quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração entre profissionais e melhora dos resultados na saúde”<sup>(12,13)</sup>. Para tanto, com base na ementa da disciplina, foram descritos quatro objetivos educacionais, a saber: 1. Compreender as políticas, conceitos e termos da Segurança do Paciente; 2. Discutir as inter-relações da Segurança do Paciente com a Gestão em Saúde nos serviços na APS; 3. Relacionar as ferramentas para a Segurança do Paciente na APS e suas aplicações nos serviços de saúde pela equipe multiprofissional.

Dos objetivos citados, derivam três unidades temáticas, intituladas e compostas pelos seguintes conteúdos programáticos:

- Unidade 1 – Compreendendo a Segurança do Paciente
- Conteúdos: Política Nacional de Segurança do Paciente, Termos e conceitos em Segurança do Paciente.
- Unidade 2 – Interfaces da Segurança do Paciente com a Gestão em Saúde Conteúdos: Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Gestão do risco, erros e violações em saúde. Gerenciamento do cuidado multiprofissional e Segurança do Paciente na APS.
- Unidade 3 – Ferramentas para a Segurança do Paciente na APS

Conteúdos: Tecnologia da Informação para segurança do paciente na APS. Avaliação dos incidentes de segurança na APS. Planejamento de estratégias para tornar a APS mais segura. Controle social e participação do paciente na sua própria segurança.

Para a condução didática, são adotados os seguintes procedimentos: 1. Aulas expositivas dialogadas, 2. Leituras e discussão de textos, 3. Trabalhos individuais e em grupos, 4. Filmes, 5. Seminários, e, 6. Estudos dirigidos.

A avaliação envolve a entrega de mapa conceitual da segurança do paciente, a participação em fórum de discussão: gestão do risco, erros e violações, o levantamento de dados em campo, por meio da aplicação empírica de um instrumento de avaliação de clima de segurança do paciente, específico para a APS, seminário (apresentação e participação) e participação nas discussões e nas apresentações em grupo.

A disciplina se inicia com a apresentação do plano de ensino, a partir da utilização de um cronograma detalhado que retrata o conteúdo a ser abordado, as estratégias didáticas, leituras recomendadas e avaliação. Para tanto, utiliza-se como legenda: [R] – Referência sugerida; [L] Leitura obrigatória; [A] Atividade em sala; [P] Atividade de pesquisa para a aula; [S] Seminário.

A discussão inicial da disciplina versa sobre os termos e conceitos em segurança do paciente, a partir da problematização com os residentes sobre o conhecimento prévio da temática. Em todas as turmas, observa-se que poucos são os residentes que mencionam conhecer ou ter estudado sobre Segurança do Paciente previamente, observam-se conflitos conceituais com a temática biossegurança e a maioria verbaliza que a expectativa com a disciplina é de curiosidade e que está motivada a estudar a temática. As leituras recomendadas para a aula se referem aos documentos legais que instituem o PNSP, e artigos que fazem a distinção teórica dos conceitos centrais da temática. A partir do estudo de textos, solicita-se que os residentes (em grupo) elaborem um mapa conceitual com os conceitos relevantes para a prática multiprofissional no cenário da APS.

O tema gestão da qualidade em saúde e segurança do paciente, com a abordagem da gestão do risco, erros e violações em saúde, amplia os conceitos e debate sobre os Protocolos de Segurança do Paciente, com a ênfase de que a temática pode ser aplicada em todos os cenários de saúde, porém os documentos são voltados predominantemente à realidade hospitalar. Solicita-se que os residentes identifiquem em sua prática na Unidade Básica de Saúde situações de risco ou de violações que requeiram gerenciamento, na sequência busquem na literatura elementos teóricos que embasem o gerenciamento de risco da situação identificada e tragam para a discussão em sala ao menos um artigo. Na sequência é realizado em fórum de

discussão, com auxílio de ambientes virtuais de aprendizagem, como o *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment* - Moodle (empregado nas turmas 2017 a 2019) e o Microsoft TEAMS (utilizado nas Turmas de 2020 e 2021), ressaltando a reponsabilidade profissional e a potencialidade da prática colaborativa para gestão do risco, erros e violações em saúde.

Para conhecer sobre cultura de segurança do paciente e aproximar os residentes da realidade do campo de prática, solicita-se a coleta de dados em atividade em campo. A primeira parte da atividade é realizada individualmente, quando, após a leitura de material de apoio sobre o instrumento de coleta de dados, solicita-se que cada residente aplique a escala *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC)<sup>(14)</sup> a um profissional que atua no seu local de prática, e, depois, reúna-se com os residentes de diferentes áreas e que atuam no mesmo local e compilem os dados obtidos. A partir dos dados compilados sobre a Segurança do Paciente no local de prática, em grupo, os residentes apresentam os dados obtidos em sala para a discussão do gerenciamento do cuidado multiprofissional e segurança do paciente na APS.

Na estratégia de elaboração e apresentação de Seminário – (30 minutos de apresentação e 10 minutos de discussão), as turmas são divididas em quatro grupos compostos por diferentes áreas de atuação, que assume uma temática para preparação: Grupo 1 - Tecnologia da Informação para segurança do paciente na APS, Grupo 2 - Avaliação dos incidentes de segurança na APS, Grupo 3 - Planejamento de estratégias para tornar a APS mais segura, e Grupo 4 - Controle social e participação do paciente na sua própria segurança.

Como potencialidade da disciplina, de maneira geral, os seminários integram os seus principais conteúdos, e possibilitam a consolidação teórica e conceitual da temática, assim como a percepção de oportunidades e práticas para a atuação dos residentes, de diferentes áreas profissionais, voltadas à prestação de cuidados seguros, na abordagem do trabalho colaborativo. Despretensiosamente, afirma-se que ela é capaz de fomentar a reflexão acerca da participação multiprofissional para o alcance da cultura justa.

Destaca-se que a concepção pedagógica foi voltada à abordagem multidisciplinar, com a aplicação dos princípios da educação interprofissional e do trabalho colaborativo, com vistas ao fortalecimento da segurança do paciente na APS.

Desde sua concepção, um dos desafios observados foi a indicação de literatura acerca da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde, visto a predominância da abordagem do tema no ambiente hospitalar. Ao longo dos anos, observou-se a ampliação da divulgação de pesquisas nesse cenário de atenção à Saúde, especialmente a partir de 2019 com a publicação de volumes temáticos sobre segurança do paciente em revistas da área de Enfermagem, o que se configura como potencialidade para a continuidade do ensino dessa temática na Residência em Saúde da Família, e, nos demais níveis de formação profissional.

## DISCUSSÃO

O crescente debate sobre o cuidado seguro e a qualidade dos serviços de saúde evidencia a Segurança do paciente e qual a margem aceitável de práticas inseguras e que coloquem em risco tanto trabalhadores como usuários dos serviços de saúde.

Na perspectiva histórica, o erro foi reconhecido como humano com a constatação de que grande parte deles seria evitável se medidas fossem tomadas para a sua mitigação. Isso evidenciou a necessidade de mudança de visão acerca do medo da punição para a responsabilização de todos os envolvidos, e, o conceito de segurança do paciente preconizava que o cuidado fosse prestado com o menor dano possível.

Em 2019, a 72ª Assembleia Mundial da Saúde, dentre outras questões, reconheceu que incutir uma cultura de segurança, uma abordagem centrada no paciente e melhorar e garantir a segurança do paciente requer capacitação, liderança forte, sistêmica e sistemáticas abordagens, recursos humanos adequados, dados robustos, compartilhamento de melhores práticas, aprendizagem mútua, confiança e responsabilidade<sup>(15)</sup>.

O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 preconiza a eliminação de danos evitáveis nos cuidados de saúde e estabelece para sua consecução princípios orientadores, a saber: 1) envolver



os pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros, 2) atingir resultados por meio do trabalho colaborativo, 3) analisar e compartilhar dados para gerar aprendizado, 4) traduzir as evidências em melhorias viáveis e mensuráveis, 5) políticas e ações de base na natureza do ambiente de cuidado, 6) use conhecimentos científicos e experiência do paciente para melhorar a segurança, e, 7) disseminar uma cultura de segurança na concepção e prestação de cuidados de saúde<sup>(3)</sup>.

Os objetivos estratégicos definidos no Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente podem ser alcançados por 35 estratégias e contemplam: 1. eliminar danos evitáveis na assistência à saúde, 2. criar sistemas de saúde de alta confiabilidade para proteção dos pacientes, 3. garantir a segurança dos processos clínicos, 4. envolver e capacitar o paciente e família para o cuidado seguro, 5. inspirar e educar o trabalhador de saúde para a entrega de cuidados seguros, 6. garantir um fluxo constante de informação e conhecimento para dirigir a mitigação do risco, a redução nos níveis de dano evitável, e melhorias no segurança do cuidado, e, 7. Desenvolver e manter sinergia, parceria e solidariedade entre setores<sup>(3)</sup>.

A compreensão de quais valores, crenças, padrões, atitudes e comportamentos relacionados à segurança devem ser apoiados e esperados definem a cultura de segurança do paciente. Organizações de saúde com uma forte cultura de segurança estimam a boa comunicação entre todos os envolvidos no cuidado, a confiança e empoderamento do paciente e a avaliação das estratégias para o cuidado seguro e os resultados obtidos. Nesse conceito, está imbricada a necessidade de substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde<sup>(4,16-18)</sup>.

Quando estimulada desde os processos de formação, tal perspectiva associada à compreensão acerca dos tipos de eventos adversos, as causas, consequências e fatores contribuintes favorecem a prevenção do erro na área da saúde<sup>(7)</sup>. Contudo, a experiência vivenciada pelas docentes demonstra que poucos são os residentes que mencionam conhecer ou ter estudado sobre Segurança do Paciente previamente, o que coaduna com pesquisa descritiva e transversal<sup>(19)</sup>, que apresenta dados quantitativos sobre o conhecimento de 78 residentes (n=113) multiprofissionais da área da saúde de uma universidade pública do interior do Paraná.

Os residentes investigados eram jovens (41 participantes de 24 a 27 anos, representando 52,5%), o que sugere que a graduação havia sido recentemente concluída, e por conseguinte, contato recente com os conteúdos acerca da segurança do paciente. Contudo, a positividade mínima foi alcançada somente em metade dos itens avaliados, considerando o conhecimento limiar, e, dentre as profissões dos residentes, somente a enfermagem obteve o padrão estabelecido de acertos<sup>(19)</sup>.

Nesse sentido, a educação interprofissional e a prática colaborativa são fortemente recomendáveis, visto serem reconhecidas mundialmente como um caminho para a melhoria da qualidade do cuidado, para o fortalecimento da saúde da comunidade, redução de custos e melhoria da experiência de trabalho dos profissionais<sup>(20)</sup>.

Concorda-se que a residência se configura uma fase de formação profissional e pode se constituir suporte para a incorporação de cultura favorável para a segurança, a partir do desenvolvimento de saberes científicos, clínicos e assistenciais<sup>(19)</sup>. Para tanto, em consonância com a recomendação nacional, deve-se oportunizar aos residentes conteúdos que valorizem a prática e a segurança do paciente.

Tal afirmação toma vulto na APS, pois a prática clínica é generalista, voltada tanto às demandas simples como às de manejo complexo, o que gera visão estereotipada e simplista<sup>(5)</sup>. Oficinas de tutoria na Planificação da Atenção à Saúde que envolveu 344 profissionais (Enfermeiro, Auxiliar Administrativo, Agente Comunitário de Saúde, Psicólogo, Médico, Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Farmacêutico, Dentista, Nutricionista, Fisioterapeuta, Auxiliar de Saúde Bucal, Educador Físico, Biólogo Sanitarista, Terapeuta Ocupacional) no município de Uberlândia-MG, evidenciaram que a implantação de cultura de segurança na APS emerge do planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)<sup>(5)</sup>. Nessa perspectiva, é preciso reconhecer que o cuidado fragmentado desfavorece a continuidade do tratamento, e, por conseguinte, aumenta o risco de erros e omissões, com impactos à qualidade da atenção prestada.

Dessa forma, apreende-se que o ensino da segurança do paciente relatado nesta experiência docente contempla o exposto pelo termo 'Prática Interprofissional Colaborativa' (PIC), a qual manifesta a colaboração interprofissional na prática de profissionais com diferentes experiências, que atuam pautados na integralidade, de modo a envolver paciente e famílias, cuidadores, comunidade almejando a qualidade da atenção à saúde<sup>(8)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do relato desta experiência docente, para a concepção da disciplina na abordagem interprofissional, inicialmente as docentes foram desafiadas a extrapolar a formação em Enfermagem para compreenderem o ensino sobre a segurança do paciente nas diferentes áreas de conhecimento e atuação da área da saúde.

Nessa perspectiva, destaca-se que a interprofissionalidade caminha a passos lentos, assim como a percepção dos profissionais acerca da interdisciplinaridade do cuidado em saúde. Na perspectiva discente, compreender o cuidado ao usuário do serviço de saúde em sua integralidade, e a presença do erro e dos eventos adversos como risco potencial à prática profissional gera angústias, as quais podem fomentar a responsabilidade civil e ética, e por conseguinte, a preocupação em explorar o conhecimento sobre a segurança do paciente.

Em relação à matriz curricular dos programas de residência, considera-se que o ensino da segurança do paciente deve permear o currículo e não se restringir a uma disciplina. Isso requer a definição pedagógica embasada na perspectiva do cuidado seguro e, especialmente da cultura justa, não somente na concepção do projeto pedagógico de curso, mas transversalmente, em todos os conteúdos abordados.

Nesse sentido, estimula-se que a abordagem interprofissional para o ensino da segurança do paciente em Programas de Residência Multiprofissional seja explorada, no intuito de modificar a interação entre os profissionais para a prestação da assistência à saúde, com vistas ao alcance do cuidado seguro, ético, de qualidade, inserido numa cultura justa.

## REFERÊNCIAS

1. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewall P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*[Internet]. 2009[cited 2022 Sep 15];21(1):18-20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19147597/>
2. Mesquita CO, Silva LCC, Lira RCM, Freitas CASL, Lira GV. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev Cogitare Enferm*[Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 15];21(2):01-08. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28526>
3. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021[cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
4. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Anvisa). Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União 1 de abril 2013[cited 2022 Sep 15]. Available from: [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)
5. André CU, Silva AR, Lopes LT, Santos EF, Evangelista MJ, Faria EC. Núcleo de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: a transversalidade do cuidado seguro. *Enferm Foco*. 2021;12(Supl.1):175-80. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.SUPL.1.5234>
6. National Steering Committee For Patient Safety. Safer Together: A National Action Plan to Advance Patient Safety [Internet]. Boston: Institute for Healthcare Improvement. Boston: National Steering Committee for Patient Safety; 2020[cited 2022 Sep 15]. Available from: [www.ihc.org/SafetyActionPlan](http://www.ihc.org/SafetyActionPlan)
7. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3):e20160068. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>
8. Diniz ALTM, Melo RHV, Vilar RLA. Análise de uma Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família. *Rev Ciênc Plural*. 2021;7(3):137-5. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID23953>



9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010. 64p.
10. Patient Safety Movement Foundation. Solução Prática para Segurança do Paciente 1: cultura de segurança [Internet]. EUA: PSMF; 2020[cited 2022 Sep 15]. 16 p. Available from: <https://patientsafetymovement.org/wp-content/uploads/2016/02/APSS-1-Culture-of-Safety-Portuguese.pdf>
11. Bernardo MS, Fabrizzio GC, Souza ML, Santos TO, Andrade SR. Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190635. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0635>
12. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu).* 2018;22(Supl. 2):1525-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
13. Universidade Federal do Paraná. Residência Multiprofissional em Saúde da Família [Internet]. 2022[cited 2022 Sep 15]. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/saudecoletiva/residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia/>.
14. Timm M, Rodrigues MC. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(1):6-37. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>
15. World Health Organization (WHO). World Health Assembly, 72. Global action on patient safety [Internet]. Geneva; World Health Organization; 2019[cited 2022 Sep 15]. 5 p. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf)
16. Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Clima e cultura organizacional. *Rev Anual Psicol.* 2013;64:361-88. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
17. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Maifussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(5):755-63. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>
18. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care.* 2018;1;30(9):660-77. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
19. Oliveira JL, Silva SV, Santos PR, Matsuda LM, Tonini NS, Nicola AL. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. *Einstein.* 2017;15(1):50-7. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO3871>
20. Khalili H, Thistlethwaite J, El-Awaisi A, Pfeifl A, Gilbert J, Lising D, et al. Orientación para la investigación global sobre educación interprofesional y práctica colaborativa: documento de trabajo. Publicación conjunta de Interprofessional Research Global e Interprofessional Global; 2019. 48 p.