

A SEGURANÇA DO PACIENTE PELO OLHAR DO RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL: O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*PATIENT SAFETY FROM THE PERSPECTIVE OF THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENT:
THE DISCOURSE OF THE COLLECTIVE SUBJECT*

Heloisa Rodrigues Alves Bobato
ORCID 0000-0003-1717-6566

Complexo Hospital das Clínicas, CHC
Universidade Federal do Paraná, UFPR
Curitiba, Brasil
heloisa.bobato@ebserh.gov.br

Leide da Conceição Sanches
ORCID 0000-0002-5832-7132

Programa de Ensino nas Ciências da Saúde, PECS
Faculdades Pequeno Príncipe, FPP
Curitiba, Brasil
leide.sanches@fpp.edu.br

Elaine Rossi Ribeiro
ORCID 0000-0003-3492-217X

Programa de Ensino nas Ciências da Saúde, PECS
Faculdades Pequeno Príncipe, FPP
Curitiba, Brasil
elaine.rossi@fpp.edu.br

Valeria Cabral Neves Luszczynski
ORCID 0000-0002-1425-738X

Complexo Hospital das Clínicas, CHC
Universidade Federal do Paraná, UFPR
Curitiba, Brasil
valeria.neves@hc.ufpr.br

Gustavo Azevedo Pontes
ORCID 0009-0003-2344-9775

Acadêmico de Medicina
Faculdades Pequeno Príncipe, FPP
Curitiba, Brasil
gustavo.pontes@aluno.fpp.edu.br

Resumo. Apreender a percepção do Residente Multiprofissional quanto ao seu papel no desenvolvimento e aplicabilidade dos pressupostos da Segurança do Paciente é o objetivo deste estudo. Configura-se como estudo qualitativo. À análise das informações, utilizamos as figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo, e das entrevistas foram extraídas as expressões chave e ideias centrais, com o intuito de categorizar as informações. Foram apreendidas cinco categorias: Trabalho em equipe e cultura de segurança, condutas individuais qualidade e segurança, papel do residente, mudanças do primeiro para o segundo ano da residência e princípios da segurança do paciente na vida profissional. Os discursos evidenciam que os participantes compreendem o que é segurança do paciente, valorizam educação permanente, a assistência humanizada e o trabalho em equipe, fornecendo elementos que despertam para uma reflexão de como devem ser conduzidos no seu processo formativo.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Qualidade do cuidado; Residência Multiprofissional.

Abstract. The objective of this study is to understand the perception of multidisciplinary residents regarding their role in the development and applicability of patient safety principles. This is a qualitative study. We used the Collective Subject Discourse methodological framework to analyze the data, and key expressions and central ideas were extracted from the interviews to categorize the information. Five categories emerged: teamwork and safety culture, individual conduct, quality and safety, the resident's role, changes from the first to the second year of residency, and patient safety principles in professional life. The statements demonstrate that the participants understand patient safety and value continuing education, humanized care, and teamwork, providing elements that spark reflection on how these should be conducted in their training process.

Keywords: Patient safety; Quality of care; Multiprofessional residency.



1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, conceituada como “a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável” (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2021), constitui uma prioridade global para pacientes, cuidadores, profissionais, instituições de saúde e de ensino, e agências governamentais.

A partir da publicação dos relatórios “*To Err is Human*”, elaborado em 1999 pelo *Institute of Medicine nos EUA*, e “*An Organization with a Memory*”, publicado em 2000 pelo *Chief Medical Officer do Reino Unido*, a busca pela melhoria da segurança dos cuidados com os pacientes tornou-se um movimento global, o que promoveu uma mudança significativa na maneira de ver a segurança do paciente (Kohn et al., 2000). Esses documentos evidenciaram a alta prevalência de eventos adversos e promoveram uma mudança de paradigma, transferindo o foco da culpa individual para a melhoria dos sistemas de cuidado (Kohn et al., 2000; Wachter, 2010).

A cultura de segurança do paciente favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos, definidos como danos aos pacientes causados por falhas durante a assistência prestada. Neste contexto, a cultura de segurança do paciente emerge como um elemento crítico, definida como um produto de valores, atitudes, competências e comportamentos individuais e coletivos que determinam o comprometimento e a proficiência de uma organização na gestão da segurança (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020). Uma cultura robusta é preditora da implantação de práticas seguras e da redução de eventos adversos, estes entendidos como incidentes que resultam em dano ao paciente não intencional e relacionado ao cuidado (Slawomirski et al., 2017).

Os profissionais de saúde devem apresentar conhecimentos e habilidades para identificar os erros e tomar as medidas adequadas para revertê-los, bem como preveni-los oportunamente, para que, com isso, ocorram mudanças na cultura de segurança das organizações (Bohrer et al., 2016; Yoshikawa et al., 2013).

No ambiente hospitalar, além dos diferentes profissionais que compõem o quadro funcional, ainda pode-se citar os profissionais que estão em formação em serviço, isto é, que participam de um Programa de Residência em diferentes áreas. Estes programas são destinados primariamente para recém-formados, pois constituem-se como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*. Embora estejam em formação, são profissionais que atuam na assistência direta ao paciente, mas a possível falta de prática pode facilitar a ocorrência de erros e dificultar a tomada de decisão relativa aos preceitos da segurança do paciente.

Para fomentar essa cultura, é imperativo que os profissionais de saúde desenvolvam competências para identificar, gerenciar e prevenir falhas no processo assistencial (Walton et al., 2018). No ambiente hospitalar, este desafio se amplia com a presença de profissionais em formação, como os residentes dos Programas de Residência Multiprofissional. Estes programas, modalidade de pós-graduação *lato sensu* baseada no aprendizado em serviço, visam formar especialistas alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018). No entanto, a inexperiência clínica e a curva de aprendizado podem aumentar a vulnerabilidade para a ocorrência de erros e dificultar a tomada de decisão segura, tornando-os uma população-chave para intervenções educativas (Martins et al., 2020; Souza et al., 2019).

Para trabalhar a Segurança do paciente no contexto da Residência multiprofissional é importante destacar que no Brasil, a modalidade de ensino baseada na formação em serviço é denominada Residência consolidou-se como especialização na área da saúde, com o intuito de promover mudanças na formação dos profissionais em relação ao modelo médico-assistencial. É um programa de cooperação intersetorial, favorecendo a inserção qualificada dos jovens profissionais no mundo do trabalho, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a partir das necessidades e realidades locais e regionais.



Diante desta perspectiva, e como trabalhadora em saúde, fisioterapeuta neste contexto explicitado, este estudo torna-se relevante para profissionais que atuam na assistência, gestão e preceptoria em instituições de diferentes portes, com Programas de Residências e excelência na assistência à saúde.

A segurança do paciente não se faz isoladamente. Importante e necessário que os conceitos dos Programas de Residências Multiprofissionais, de trabalho em equipe, comunicação efetiva, cuidado centrado no paciente entre outros, se fortaleçam e solidifiquem na perspectiva da qualidade. Assim, conhecer a percepção de participantes da residência multiprofissional pode contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado, propor ações para preservar ou modificar a percepção dos residentes a respeito da segurança do paciente na atenção à saúde, bem como ações para qualificar a equipe assistencial sobre a importância da Segurança do paciente e o desenvolvimento da cultura de Segurança.

Neste cenário, pode-se apontar que a segurança do paciente é um pilar fundamental da assistência à saúde, concebida como o direito de toda pessoa receber cuidados sem sofrer danos evitáveis. Seus pressupostos e princípios formam uma estrutura organizada de atividades que visa criar uma cultura de cuidado que previna riscos de forma consistente e sustentável. Esses pressupostos incluem: Cultura de Segurança, Gerenciamento de Riscos, Participação Ativa, Capacitação Profissional e Integração de Processos entre outras ações de segurança que organizam os cuidados e devem estar integradas aos processos organizacionais dos serviços de saúde, garantindo que os erros se tornem menos prováveis e que o impacto dos danos seja reduzido quando eles ocorrem.

Ao discorrer sobre seu próprio papel, haverá possibilidade de reflexão pessoal e em equipe sobre a atuação de cada profissional no contexto da assistência, que se deseja ser de qualidade.

Neste cenário, de aprendizado, de formação e de assistência, questiona-se: “Como os profissionais de saúde, cursando programa de residência multiprofissional, percebem seus papéis no desenvolvimento e aplicabilidade dos pressupostos da segurança do paciente com vistas à qualidade da atenção à saúde?”.

Para responder a esta questão, estabelecemos como objetivo apreender a percepção do Residente Multiprofissional em relação ao seu papel no desenvolvimento e aplicabilidade dos pressupostos da Segurança do Paciente.

2. MÉTODOS

O presente estudo constituiu-se em uma pesquisa de cunho descritivo com abordagem qualitativa. Foi realizado em um Hospital Escola público de grande porte na Cidade de Curitiba – Paraná. Apresenta como suporte metodológico a Teoria da Representação Social a qual permite a interligação entre o senso comum e o conhecimento científico partindo da reconstituição de um pensamento coletivo, mediando também as perspectivas metodológicas qualitativa e quantitativa. Isso possibilita acessar o conhecimento e o saber rotineiro, tratando os indivíduos como possuidores de um caráter racional e cognitivo compartilhado (Oliveira Jr, Pacagnan e Marchiori 2013).

Os participantes foram profissionais que cursavam o segundo ano de todos os Programas de Residência Multiprofissional (Enfermeiros, Farmacêuticos, Nutricionistas, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Dentistas e Fisioterapeutas), das seguintes áreas de concentração: Atenção Cardiovascular, Atenção em Oncologia e Hematologia, Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, Atenção à Saúde da Mulher, Atenção em Urgência e Emergência. Cada área possui um número específico de residentes, perfazendo em torno de 60 profissionais.

Após aceitarem participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, 26 participantes foram incluídos.

Foram realizadas as 26 entrevistas individuais com duração em média de 45 minutos gravadas em áudio e posteriormente transcritas pela pesquisadora. Não foram utilizados softwares. Este

quantitativo de entrevistas foi resultado da discussão entre as pesquisadoras, quando por consenso definiu-se a saturação teórica (Glaser & Strauss, 1967).

Os participantes foram selecionados por conveniência e convidados para participar da pesquisa por meio de correio eletrônico (e-mail fornecido pela coordenação da residência), por contato telefônico com utilização do aplicativo WhatsApp e por contato pessoal. Os profissionais que não aceitaram participar do estudo apresentaram justificativas (por contato via aplicativo WhatsApp por indisponibilidade de horário ou motivo de doença- Covid 19).

As entrevistas foram realizadas em local reservado no hospital em que os profissionais cursam a residência, somente com a presença do participante e da pesquisadora observando todas as orientações relativas à pandemia Covid 19. Os participantes receberam no momento da entrevista esclarecimentos sobre os objetivos do trabalho, deixando clara a importância de ouvir sua percepção de forma livre sem que as perguntas fossem encaradas com teste. As perguntas foram disponibilizadas em material impresso para o momento da entrevista para facilitar a reflexão sobre o tema. Neste momento, a pesquisadora utilizou um diário de campo para anotar expressões, sinais e fatos relevantes para a análise.

Vale ressaltar que após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer consubstanciado 4.391313, realizamos um teste piloto da entrevista com três residentes (do primeiro ano da residência, indicados pelos seus preceptores), com um momento de feedback dos participantes para a pesquisadora a respeito da sua percepção em relação às perguntas, sobre a compreensão, clareza e relevância dentro dos seus cenários de prática. Ainda, foram seguidas a Resolução nº466 de 2013 e a Resolução nº 510, de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Importante apontar que a amostra se constituiu de residentes do segundo ano, pelo fato de terem maior experiência e contato com o paciente e as equipes profissionais. As entrevistas foram realizadas em um espaço de três meses durante o ano de 2020, em pleno ápice da pandemia do Covid-19, e não houve necessidade de repetir nenhuma delas.

Para a apreciação dos dados, análise e interpretação, utilizamos a teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), método cuja técnica propõe a construção de um discurso coletivo redigido na primeira pessoa do singular e que expressa um conjunto de discursos individuais semelhantes ou complementares (Lefèvre & Lefèvre, 2012; Lefèvre, 2017). Tal metodologia é inovadora porque transforma dados qualitativos complexos em narrativas claras e poderosas, dando voz direta ao coletivo pesquisado, com um método rigoroso que facilita a compreensão e amplifica o impacto dos resultados, superando limitações das técnicas tradicionais de análise, configurando-se como uma nova forma de pensar e comunicar a pesquisa qualitativa.

Ressaltamos que o desenho do estudo foi conduzido pelos Oito Critérios “Big Tent” para excelência na pesquisa qualitativa (Tracy, 2017) e igualmente a lista de verificação de pesquisa qualitativa COREQ (Tracy & Hinrichs, 2017; Buss & Perron, 2020).

As perguntas norteadoras feitas aos participantes estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Perguntas norteadoras.

1. Quais são os princípios que você observa em relação à equipe de trabalho de sua unidade: o que promovem, utilizam em relação à segurança do paciente? acredita que há uma cultura de segurança sendo desenvolvida?
2. As condutas, ações, atividades, atitudes que você utiliza no seu dia a dia trazem qualidade e segurança para a atenção à saúde? Por quê?
3. O que você diria sobre seu papel como residente no desenvolvimento dos pressupostos da segurança do paciente?
4. Sua percepção a respeito da segurança do paciente mudou do primeiro para o segundo ano de residência? Por quê?
5. Quais os princípios (valores) da segurança do paciente você vai levar para sua vida profissional? Por quê?
6. Diga três palavras que surgem em sua mente quando se fala em Segurança do Paciente.

Fonte: produção autoral, 2023.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do arcabouço metodológico (Lefèvre & Lefèvre, 2012; Lefèvre, 2017), o qual tem como pano de fundo a Teoria da Representação Social, e conduz a um processo sistemático e rigoroso para sua construção, as autoras procederam da seguinte forma:

1. Análise das Expressões-Chave (ECH): Identificação das ideias centrais de cada depoimento.
2. Identificação das Ideias Centrais (IC): Agrupamento das ECHs que carregam o mesmo sentido.
3. Ancoragens (AC): São as expressões literais extraídas dos depoimentos que servem como "tijolos" para construir o discurso.
4. Montagem do DSC: As ancoragens são reunidas em um texto coeso, com conectivos, criando um discurso fluido que mantém a linguagem original dos participantes.

Importante apontar que houve codificação de expressões que revelavam a essência do sentido de cada resposta com o material apreendido do diário de campo. Da aproximação com cada discurso durante a reflexão sobre a matéria- prima dos depoimentos coletados, pode-se observar que o perfil dos participantes se destaca sobremaneira quando a maioria é recém-formada sem experiência assistencial direta, bastante jovens, com alto percentual de idade em 25 anos. Embora venham de diferentes instituições na graduação, e participem de diversos programas de residência, todos têm a atribuição de oferecer assistência direta aos pacientes, passando em clínicas fechadas, como UTI e Unidades de transplante, e em áreas abertas, como enfermarias, em rodízios entre elas.

Sendo a atenção à saúde expressa pelo cuidado ofertado ao paciente, os residentes cumprem uma carga de 60 horas semanais extensivamente prática, fato que leva à possibilidade ímpar de serem protagonistas de um cuidado qualificado e colaborativo que 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 (Patient Safety Movement Foundation, 2022).

Neste contexto e a partir da análise das entrevistas transcritas foram extraídas as expressões- chave e as ideias centrais, as quais possibilitaram, após leituras em profundidade, formulação de cinco categorias que deram origem aos discursos: Trabalho em equipe e cultura de segurança, Condutas individuais qualidade e segurança, Papel do residente, Mudança na percepção do primeiro para o segundo ano da residência e Princípios da segurança do paciente na vida profissional.

O Quadro 2 destaca a frequência das ideias centrais, a essência do discurso em correspondência a uma pergunta norteadora obtida nas entrevistas com os participantes. Ou seja, representa uma maneira de expor as informações por meio da distribuição de frequências, de modo organizado do número de ideias centrais de acordo com cada categoria. É uma forma estruturada para evidenciar os valores das informações e observar a frequência categórica.

Quadro 2. Caracterização da frequência das ideias centrais por Categoria.

CATEGORIAS	IDEIAS CENTRAIS	FREQUÊNCIA	FREQUÊNCIA %
1- Trabalho em equipe e cultura de segurança	Particularidades das unidades	11	42%
	Pontos fortes e pontos fracos das equipes	12	46%
	Importância da comunicação	11	42%
2- Condutas individuais, qualidade e segurança	Falhas podem acontecer	8	30%
	Equipes como exemplo	7	26%



	Influência da pandemia	10	38%
	Relacionar teoria e prática	10	38%
	Empatia e respeito pelo paciente	9	34%
	Importância da avaliação correta	11	42%
3- Papel do residente	Educação continuada/ permanente	15	57%
	Trazer somente benefícios para o paciente	13	50%
	Reconhecer atuação multiprofissional	11	42%
	Assumir seu papel na instituição	8	30%
4- Mudança na percepção do primeiro para o segundo ano da residência	Mudanças de percepção associadas a vivência/experiência e aprendizado	15	57%
	Amadurecimento profissional (autonomia)	12	46%
5- Princípios da segurança do paciente na vida profissional	Respeitar paciente e familiares	13	50%
	Complexidades dos procedimentos adotados em instituições hospitalares	5	19%
	Responsabilidade sobre suas atitudes e condutas	13	50%
	Comunicação efetiva	9	34%
	Condutas em concordância com a equipe	7	26%

3.1. Categoria 1 - Trabalho em equipe e cultura de segurança

Ao realizar a leitura em profundidade tivemos a oportunidade de apreender as ideias centrais por meio de fragmentos das falas, tais como:

“Eu atuo no Transplante de medula óssea e lá a questão da segurança do paciente é muito rígida” (R4).

“A troca de plantão entre as equipes para passar as informações corretas funciona muito bem” (R11).

“Acredito que a melhor parte dos setores fechados que a gente trabalha seja a conversa multidisciplinar” (R14)

Observa-se que a diversidade em processos relacionados com a segurança do paciente, levando em conta pressupostos como a comunicação efetiva nas unidades influencia a maneira com que as equipes se relacionam e a importância para o desenvolvimento da cultura de segurança.

3.2. Categoria 2 - Condutas individuais, qualidade e segurança

Para esta categoria, os discursos podem ser exemplificados:



“A gente nem sempre faz tudo cem por cento, mas eu tento fazer o melhor” (R4).
 “Eu acredito que atrelar a prática com o conhecimento teórico e o contato com pessoas qualificadas ajudam a diminuir os riscos” (R9).
 “Estou sempre me atualizando para ter segurança e melhorar a conduta estabelecendo diagnóstico correto e um plano de tratamento melhor” (R25).

Levando em conta condutas individuais, qualidade e segurança, os participantes reconhecem que falhas podem acontecer, mas apontam fatores que podem minimizar os riscos como uma avaliação criteriosa e o envolvimento dos profissionais, pacientes e familiares, bem como a experiência e qualificação da equipe.

3.3. Categoria 3 - Papel do residente

A seguir fragmentos das falas que contribuíram para a escrita do discurso em relação ao papel do residente:

“Eu acho que meu papel como residente é ajudar na atualização e pôr em prática” (R1).
 “Eu devo aprender com os integrantes da equipe multiprofissional e contribuir positivamente com o setor propondo ações e ajustes” (R13).
 “Devo fazer parte do ensino, aprendendo e sendo referência para atualizações” (R22).

Quando os participantes falam a respeito do papel do residente, eles valorizam iniciativas envolvendo educação permanente e reconhecem seu papel como multiplicadores para as equipes e para os residentes que cursam o primeiro ano da residência multiprofissional.

3.4. Categoria 4 – Mudança na percepção do primeiro para o segundo ano da residência

Para esta categoria tivemos como destaque os seguintes discursos:

“A gente entra recém-formado e não sabe muito a respeito da segurança do paciente” (R20).
 “Eu tinha a teoria e a gente aprendeu na prática com o R1 e seguiu aprimorando no R2” (R10).
 “Eu acho que o conhecimento e as informações dos cursos e novas experiências me permitiram um olhar mais profundo” (R7).

Observa-se que ao longo da residência ocorre uma mudança de percepção a respeito da segurança do paciente, o que os participantes atribuem ao fato de terem pouca experiência pois a maioria vem da graduação direto para a residência.

A participação em cursos e aulas que abordam o tema e o tempo que permanecem nas unidades são apontados como fatores importantes para aplicar os conceitos na prática, tornando-os mais confiantes e desenvolvendo sua maturidade profissional.

3.5. Categoria 5 – Princípios da segurança do paciente na vida profissional

As falas citadas a seguir foram relevantes para a escrita do discurso desta categoria:

“Vou levar as experiências que somente um grande hospital pode proporcionar” (R3).
 “Vou sempre lembrar do processo interventivo sempre junto com a equipe multi, com segurança para o paciente e com a comunicação” (R22).

“Eu creio que é humanizar, ser um profissional humanizado e ético e assumir minha posição de coparticipante e minha responsabilidade sobre o paciente” (R7).

Na categoria princípios da segurança do paciente na vida profissional, os participantes ressaltam que a alta complexidade dos procedimentos em um hospital será sempre lembrada mesmo que atuem em outros níveis de atenção. Destacam novamente a importância da comunicação para minimizar os riscos para os pacientes e que a ética e o atendimento humanizado devem fazer parte da rotina profissional.

O desenvolvimento de um perfil profissional competente e comprometido com as demandas sociais é um processo longo, pois envolve a construção de uma história profissional, articulada às características pessoais e às especificidades do exercício profissional, requerendo o desenvolvimento de competências que permitam considerar e articular teorias, métodos e experiências no mapeamento e na resolução dos problemas no cotidiano social e laboral. Ao deparar com um problema, o indivíduo nem sempre tem, de antemão, sua solução ou todos os dados para uma tomada de decisão mais segura.

É preciso construir um amplo conjunto de procedimentos que considere diferentes formas de saberes (acadêmicos, especializados, práticos, da experiência), algumas normas, regras e técnicas próprias da profissão, assim como um sentido crítico e reflexivo que o leve a fazer escolhas e julgamentos profissionais de forma ética, segura e clara (Almeida et al., 2012; Ministério da Educação, 2003; Dourado, 2011; Mesquita et al., 2015).

A partir dos discursos formulados em cada uma das cinco categorias elencadas, finalizou-se com um único discurso, a saber:

“Eu percebo que existem diferenças entre as unidades fechadas e as clínicas, e que essas diferenças afetam a qualidade do cuidado que é oferecido na instituição. Sei que falhas podem acontecer, mas o trabalho em equipe é fundamental para minimizá-las, e que, além da qualificação e experiência das equipes, é muito importante que os pacientes e familiares estejam envolvidos no tratamento dos pacientes. A residência me permitiu relacionar a teoria com a prática e acredito que estar sempre atualizado e conhecer as rotinas da instituição podem fazer com que a minha contribuição com as equipes seja mais efetiva.

Ao longo da residência minha percepção a respeito da segurança do paciente foi mudando, pois coloquei em prática os conceitos vistos nas aulas teóricas através do contato direto e frequente com os pacientes, já que pelo fato de ter saído da graduação direto para a residência, precisei de tempo para assimilar alguns conceitos e perceber que a segurança envolve muitos fatores, os quais consegui identificar no cotidiano da minha prática assistencial como residente, com melhoria da comunicação, respeito pelas normas e protocolos da instituição e empatia pelo paciente.

Com o tempo me tornei mais confiante e maduro profissionalmente, podendo passar meus conhecimentos para os residentes do primeiro ano. A complexidade dos casos que acompanhei durante a residência com certeza me prepararam para atuar em outras instituições e sempre vou valorizar o trabalho em equipe, a ética, a humanização e a comunicação efetiva possibilitando trazer benefícios para os pacientes. Hoje tenho outro olhar para as atitudes profissionais que imprimem fortalecimento aos pressupostos da segurança do paciente e sei que sou responsável individualmente pelo estabelecimento da cultura de segurança em qualquer ambiente de saúde”.

Com vistas a dar maior visibilidade aos conceitos emanados dos discursos, após serem solicitados que dissessem três palavras que viessem à mente pensando no tema indutor: segurança do paciente. A análise, resultou em grupos semânticos de destaque, tais como: cuidado, qualidade, responsabilidade, ambiente, risco, identificação, higienização, proteção e autocuidado. Esta evocação



tem relação com o sentido dos depoimentos quando os participantes colocam a importância dos protocolos e procedimentos, do relacionamento com as equipes, pacientes e familiares e a participação de todos na qualidade do cuidado, dos exemplos e princípios que farão parte da sua vida profissional após a residência e do significado das experiências no processo de amadurecimento, reconhecendo sua confiança como profissional, mas também suas fragilidades.

Nesta conjuntura, relacionando o perfil dos participantes da pesquisa, como jovens, recém-formados, pouca experiência assistencial, certamente as palavras identificadas fazem sentido quando observadas. Cuidado pode e deve ser produzido na perspectiva da prática humanizada, embora, de fato, o risco seja inerente ao processo de assistência à saúde, importante destacar a responsabilidade individual e coletiva na promoção da qualidade.

Diante de tal evocação livre, retrata-se o anseio do residente multiprofissional por um serviço mais digno e humanizado, com oferta de cuidado responsável, aliado ao contexto dos processos de trabalho, destacando sua relação com a prevenção, atenção e o ambiente assistencial que qualifica o cuidado.

O cuidado, como fator intrínseco da ação assistencial, aparece em destaque maior, evidenciando que a segurança do paciente é o pilar de sustentação de um cuidado qualificado, sendo, portanto, importante fonte de aprendizado e aprimoramento dos serviços de saúde.

Sendo assim, as palavras levantadas com relação ao papel do residente quanto à segurança do paciente, constitui-se como uma vertente que pode auxiliar no desenvolvimento de ações de melhoria à prestação do cuidado ao paciente e à sociedade.

Os participantes demonstram compreender o que é Segurança do paciente, conhecem as metas de segurança, a gravidade das consequências quando acontecem eventos adversos. Na percepção dos participantes a falta de experiência prévia na assistência e em atendimentos complexos, somadas à dificuldade de atuar em equipes de diferentes unidades, pode trazer riscos aos pacientes.

Os participantes imprimem grande importância à educação permanente/continuada (aulas dos eixos transversais e cursos ofertados pela instituição que abordam a segurança do paciente), mas parecem ter dificuldade de reconhecer o significado destas estratégias e até mesmo seu valor e aplicabilidade na prática principalmente quando estão no primeiro ano da residência.

O fato de a residência multiprofissional ter duração de dois anos talvez possa ser um fator que impede ou dificulta que os residentes atuem no desenvolvimento da cultura de segurança da instituição pois precisam de tempo para reconhecer e compreender aspectos referentes ao funcionamento de cada unidade, como fluxo de atendimento, estrutura física, relações interprofissionais e questões relativas à gestão.

Nos depoimentos, poucos participantes falam a respeito do tema segurança do paciente estar presente no currículo da graduação. Este fato pode ser relativamente um limitador do estudo, pois não se pode afirmar que os atuais residentes não tiveram contato com o tema segurança do paciente durante a graduação em diferentes profundidades, ou estratégias de ensino para poder se posicionar na atualidade como protagonista do cuidado seguro.

Certamente a compreensão de uma visão sistêmica, de uma rede integrada de cuidados ainda é insípida. Há que se promover a visibilidade de processos transdisciplinares entre profissionais e instituições para que os resultados venham a impactar diretamente no paciente.

Consideramos que a prática interprofissional se apresenta atualmente como uma estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe e que essa prática é essencial para a integralidade no cuidado em saúde. Não obstante, consideramos também que os residentes multiprofissionais passam a ser membros das equipes e, portanto, responsáveis pela segurança do paciente, pela qualidade do cuidado e pelo desenvolvimento da cultura de segurança.

Ao revisitar o objetivo deste estudo, considera-se que os discursos coletados e analisados permitiram apreender a percepção do Residente Multiprofissional em relação ao seu papel no desenvolvimento e aplicabilidade dos pressupostos da Segurança do Paciente, fornecendo elementos



que despertam para uma reflexão de como os profissionais devem ser conduzidos no seu processo formativo para relacionar o saber científico com as experiências vivenciadas na prática e em relação aos demais integrantes desse processo, como a equipe multiprofissional e a comunidade.

Mais pesquisas na área, objetivando avaliar conhecimentos e conhecer a percepção dos residentes a respeito do tema, podem contribuir para estabelecer estratégias capazes de promover a atuação em equipe e consequente comunicação mais efetiva. Programas de educação permanente, levando em conta os conhecimentos prévios dos residentes a respeito da segurança do paciente, e que estimulem o pensamento crítico sobre situações encontradas em cenários reais deveriam ser parte intrínseca dos serviços de saúde.

Aponta-se, finalmente, que um processo efetivo de avaliação dos residentes constituir-se-ia como ferramenta de promoção da autonomia, de tal forma que o feedback dos preceptores levasse à transformação cotidiana de atitudes e práticas profissionais com vistas ao fortalecimento da responsabilidade individual para e no cuidado seguro e melhoria da qualidade da assistência à saúde.

4. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu apreender a percepção do residente multiprofissional sobre seu papel no desenvolvimento e aplicabilidade dos pressupostos da segurança do paciente, objetivo central desta investigação. Os resultados, construídos a partir do Discurso do Sujeito Coletivo, revelaram cinco categorias centrais que, em conjunto, delineiam um perfil de profissional em formação crítica, consciente de suas responsabilidades e do contexto complexo em que está inserido.

Os principais achados indicam que os residentes reconhecem a cultura de segurança como fundamental, atribuindo sua efetividade à comunicação efetiva e ao trabalho em equipe, mas identificam disparidades em sua implementação entre diferentes unidades e serviços. Também percebem uma evolução significativa em sua própria percepção da segurança do paciente do primeiro para o segundo ano de residência, atribuindo essa mudança à vivência prática, ao amadurecimento profissional e ao contato com situações reais que os levaram a assimilar e aplicar os conceitos teóricos. E ainda, compreendem seu papel como agente ativo na promoção da segurança, não apenas como aprendizes, mas como multiplicadores de conhecimento para as equipes e para os residentes mais novos, através da educação permanente e da proposição de melhorias. Valorizam princípios como humanização, ética, responsabilidade individual e comunicação como pilares que levarão para suas carreiras profissionais futuras, para além do ambiente hospitalar de alta complexidade.

As implicações diretas desses resultados são claras: a residência multiprofissional configura-se como um espaço formativo ímpar para o desenvolvimento da cultura de segurança. O estudo demonstra que a imersão em serviço, quando amparada por reflexão crítica e suporte educacional, transforma a percepção do residente, capacitando-o a se tornar um protagonista do cuidado seguro.

Na especificidade do grupo social dos residentes do programa multiprofissional, o papel fundamental relativo à segurança do paciente, tem trazido à tona o impacto sobre a qualidade do cuidado. Assim, neste contexto de atuação, pode-se dizer que, como pressuposto teórico, a segurança do paciente deve configurar-se como fenômeno de representação social para este grupo, com relevância cultural e assistencial.

Os discursos apreendidos em conteúdos implícitos, evidenciam possibilidades várias para que a formação se firme amalgamada pela relevância de identificar e mitigar danos, oferecendo autonomia e criticidade aos estudantes de graduação, de tal forma que como profissional, ele se posicione politicamente como protagonista do desenvolvimento da cultura de segurança em diferentes cenários, por meio de reflexões contínuas e ressignificações do cuidar de cada paciente individualmente, em movimento assertivo na vivência cotidiana com os pressupostos da segurança do paciente.

Portanto, conclui-se que investir na formação destes profissionais é investir na qualidade e segurança da assistência. Recomenda-se que os programas de residência fortaleçam intencionalmente componentes curriculares sobre segurança do paciente e cultura justa, promovam espaços

sistemáticos de feedback e reflexão sobre a prática, mediados pelos preceptores, para consolidar a autonomia e a responsabilidade profissional, e também incentivem a atuação proativa dos residentes como membros das equipes multiprofissionais, valorizando seu potencial como agentes de mudança na estruturação de processos mais seguros.

Por fim, este estudo evidencia que o residente multiprofissional, ao final de sua formação, possui uma percepção aguçada e um discurso coletivo alinhado com os preceitos da segurança do paciente, posicionando-se não apenas como um executor de técnicas, mas como um profissional crítico, ético e corresponsável pela construção contínua de um sistema de saúde mais seguro.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2020). *Cultura de segurança do paciente*. ANVISA.
- Almeida, L., Marinho-Araujo, C. M., Amaral, A., & Dias, D. (2012). Democratização do acesso e do sucesso no ensino superior: Uma reflexão a partir das realidades de Portugal e do Brasil. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 17(3), 899–920. <https://doi.org/10.1590/S1414-40772012000300014>
- Bohrer, C. D., Marques, L. G. S., Vasconcelos, R. O., Oliveira, J. L. C. de, Nicola, A. L., & Kawamoto, A. M. (2016). Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 6(1), 50–60. <https://doi.org/10.5902/2179769219260>
- Buus, N., & Perron, A. (2020). The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103452. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103452>
- Dourado, L. F. (2011). Políticas e gestão da educação superior no Brasil: Múltiplas regulações e controle. *Revista Brasileira de Política e Administração da Educação*, 27(1). <https://doi.org/10.21573/vol27n12011.19967>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Lefèvre, F. (2017). *Discurso do sujeito coletivo: Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo*. Andreoli.
- Lefèvre, F., & Lefèvre, A. M. (2012). *Pesquisa de representação social: Um enfoque qualiquantitativo: A metodologia do discurso do sujeito coletivo*. Líber Livro.
- Martins, L. M., et al. (2020). Percepção de residentes multiprofissionais sobre segurança do paciente: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(4), e155.
- Mesquita, D., Lima, R., Flores, M. A., Marinho-Araujo, C. M., & Rabelo, M. L. (2015). Industrial engineering and management curriculum profile. *International Journal of Industrial Engineering and Management*, 6, 121–131.
- Ministério da Educação. (2003, 11 de março). *Parecer nº 67, de 11 de março de 2003: Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN dos Cursos de Graduação*. MEC.
- Oliveira Jr, P. F. P., Pacagnan, M. N.; Marchiori, M (2013, maio). Contribuições da metodologia do discurso do sujeito coletivo (DSC) para investigação da estratégia como prática. In *Anais do VI Encontro de Estudos em Estratégias* (EnEO). ANPAD.



Organização Mundial da Saúde. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Patient Safety Movement Foundation. (2020). *Solução prática para segurança do paciente 1: Cultura de segurança*. Patient Safety Movement Foundation. <https://patientsafetymovement.org/wp-content/uploads/2016/02/APSS-1-Culture-of-Safety-Portuguese.pdf>

Souza, A. C. M., et al. (2019). Segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180186.

Tracy, S. J., & Hinrichs, M. M. (2017). Big Tent Criteria for qualitative quality. In J. Matthes (Ed.), *The international encyclopedia of communication research methods* (pp. 1–10). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118901731.iecrm0016>

Wachter, R. M. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Artmed.

Yoshikawa, J. M., Sousa, B. E. C., Peterlini, M. A. S., Kusahara, D. M., Pedreira, M. L. G., & Avelar, A. F. M. (2013). Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 21–29. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100005>

