

## **Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais brasileiros**

**Culture of patient safety from the perspective of the multiprofessional team of six Brazilian hospitals**

### **Fernanda Boaz Lima Jacques**

Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre; Enfermeira Pesquisadora do Hospital Moinhos de Vento - Responsabilidade Social – PROADI-SUS, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: fboazlj@gmail.com.

ORCID: 0000-0003-0308-4118.

E-mail: eluizama@ufcspa.edu.br.

ORCID: 0000-0003-0007-7131

### **Rita Catalina Aquino Caregnato**

Doutora em Educação. Professora Associada I do Departamento de Enfermagem, Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre/RS, Brasil.

E-mail: ritac@ufcspa.edu.br.

ORCID: 0000-0001-7929-7676.

### **Eluiza Macedo**

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre/RS, Brasil.

### **Resumo**

**Objetivo:** Desenvolver um plano educacional para segurança do paciente com base na percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança. **Metodologia:** Estudo metodológico realizado em duas etapas: estudo documental retrospectivo e desenvolvimento de um plano educacional. Participaram da pesquisa seis hospitais brasileiros. A população foi composta por 1.930 profissionais que responderam questões do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, na versão validada para o contexto brasileiro, formando o banco de dados gerado pelos hospitais. A elaboração do plano educacional envolveu uma equipe multiprofissional com 24 membros. A pesquisa apresenta o CAEE: 16555719.0.0000.5345. **Resultados:** Na primeira etapa identificaram-se: dois hospitais com dimensões fortalecidas para a cultura, sendo elas: “*Aprendizado organizacional - melhoria contínua*”, “*Trabalho em equipe no âmbito das unidades*”, “*Retorno das informações e comunicação sobre os erros*”, “*Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*” e “*Frequência de eventos relatados*”; e duas dimensões “*Respostas não punitivas aos erros*” e “*Transferências internas e passagem de plantão*” pontuadas como frágeis nos seis hospitais. Na segunda, o plano educacional contemplou ações para fortalecer a cultura hospitalar, a saber: envolver lideranças em ações de segurança, utilizar ferramentas para melhorar a comunicação da equipe, formar times, planejar melhorias. **Considerações finais:** O perfil da cultura encontrado neste estudo evidenciou duas instituições com cultura fortalecida e seis com pelo menos duas dimensões fragilizadas em comum. A análise permitiu direcionar ações do plano educacional, focando em pontos frágeis para fomentar a cultura, utilizando ferramentas práticas

## Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

para trabalho em equipe, comunicação e cultura justa.

**Palavras chaves:** Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Cultura.

### Abstract

**Objective:** To develop an educational plan for patient safety based on the professionals perception of safety culture. **Methodology:** This research was made in two steps: retrospective documental study and the development of an educational plan. The field of action was six Brazilian hospitals. The population consisted of 1.930 professionals who responded to the Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument, in the version validated for the Brazilian context, forming the database generated by the hospitals. The population was the database generated in these hospitals using the instrument "Hospital Survey on Patient Safety Culture" validated version for the Brazilian context, answered by 1.930 professionals that worked in those hospitals, in 2018. The elaboration of the educational plan involved a multidisciplinary team with 24 members. The research presents the CAEE: 16555719.0.0000.5345. **Results:** At the first step was identified two hospitals with strengthened dimensions for the culture, being them: "Organizational learning - continuous improvement" and "Teamwork within the units", "Feedback and communication about errors", "Support from hospital management for patient safety" and "Frequency of reported events"; and two dimensions pointed as fragile in all six hospitals: "Non punitive answers to mistakes" and "Internal transfers and shift change". In the second, it was elaborated a educational plan with actions to strengthen the culture in the hospitals, to know: involve the leaderships in actions of safety, usage of tools to improve the team communication, make teams, plan actions of improvement. **Final considerations:** The profile in the six participants institutions, where two of them presented a strengthened culture and the six obtained at least two fragilized dimensions in common. This analysis allowed to address the actions of the educational plan focusing on the weak points to foster culture, using practical tools for teamwork, communication and fair culture.

**Keyword:** Patient Safety; Quality of Health Care; Culture.

### Introdução

Nas duas últimas décadas, estudos têm evidenciado a necessidade de trabalhar cada vez mais o tema segurança do paciente nos serviços de saúde, por apresentar fragilidade nos processos assistenciais<sup>1</sup>, e na cultura de segurança do paciente<sup>2</sup>.

Em 1999 o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), publicou o relatório "Errar é Humano: Construindo um Sistema Seguro de Saúde", apontando 44 mil a 98 mil mortes de americanos anualmente, devido aos erros relacionados ao cuidado em saúde, representando um grande prejuízo financeiro<sup>3</sup>. Esses custos decorrentes de eventos adversos (EA), incidente que resulta em dano ao paciente, foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais<sup>4</sup>.

Em 2015, um novo relatório sobre segurança do paciente foi publicado pela *National Patient Safety Foundation*, reconhecendo diversas iniciativas realizadas para fortalecer a segurança do paciente nesses anos, entretanto, ainda era preocupante e considerado um grave problema de saúde pública, expondo os pacientes a riscos de sofrer danos desnecessários durante a sua assistência, impactando na taxa de mortalidade, morbidade, qualidade de vida dos pacientes e seus acompanhantes<sup>1</sup>.

### Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

A primeira iniciativa mundial para a melhoria da qualidade assistencial ocorreu em 2004, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a *World Alliance for Patient Safety*<sup>5</sup>, com o objetivo de definir e identificar prioridades na saúde e contribuir para um compromisso mundial de pesquisa nesta área. Em 2005, foi instituída a campanha mundial denominada “Desafio Global para a Segurança do Paciente”.

Com o interesse em direcionar as ações para melhorar a segurança na área da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com o intuito de contribuir na qualificação do cuidado nos serviços de saúde por meio de quatro eixos: 1) estímulo a uma prática assistencial segura, 2) envolvimento do cidadão na sua segurança, 3) inclusão do tema no ensino e 4) incremento de pesquisa sobre o tema<sup>6</sup>. No mesmo ano, foi lançada a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 (RDC 36), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tendo como escopo a promoção das ações do PNSP realizadas por meio de um grupo de profissionais que devem atuar no denominado Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), sendo uma de suas funções: disseminar a cultura de segurança do paciente de forma sistêmica na instituição<sup>7</sup>.

Na busca de estratégias para apoiar hospitais na implementação das ações do PNSP, o MS elaborou o Projeto Paciente Seguro (PPS) em parceria com o um dos hospitais considerados de excelência no Brasil pelo MS participante do PROADI-SUS, que tem como objetivo apoiar o NSP na implementação dos protocolos de segurança<sup>8</sup> do MS. O PPS foi estruturado em duas fases: 1) no período de 2016 a 2017 com 15 hospitais; e a 2) no período de 2018 a 2020 com mais 45 instituições de todas as regiões do Brasil. Os 60 hospitais pertencem às cinco regiões foram selecionados pelo MS. O acompanhamento dessas instituições é realizado por meio de visitas presenciais, reuniões virtuais, além de participação em encontros educativos com trocas de experiências.

A cultura de segurança é definida como um composto de valores, atitudes, competências e hábitos individual e coletivo, os quais determinam o comprometimento, o estilo e capacidade de gestão de uma organização saudável e segura. As instituições que apresentam cultura positiva possuem comunicação de confiança mútua, havendo uma percepção compartilhada entre os profissionais da importância da segurança e certeza na eficácia das medidas preventivas<sup>9</sup>.

Para avaliar a cultura de segurança do paciente, em 2004, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)<sup>10</sup> desenvolveu a ferramenta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) para profissionais de saúde dar o seu parecer sobre a cultura de segurança do paciente em suas instituições. Desde então, centenas de hospitais nos EUA e outros países utilizam esse instrumento para pesquisar a cultura de segurança. No Brasil, a tradução e adaptação transcultural da ferramenta foram realizadas em uma pesquisa de doutorado por uma enfermeira na Fundação Oswaldo Cruz, e vem sendo utilizada em diversos estudos<sup>11</sup>.

As iniciativas de segurança do paciente direcionadas ao ensino de profissionais da área da saúde tiveram início em 2011 pela OMS, a qual lançou o *Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition*, com o objetivo de apoiar instituições acadêmicas na elaboração do currículo, compondo os seguintes assuntos: principais riscos dos cuidados de saúde e seu gerenciamento, como reconhecer e notificar EA, a importância do engajamento da equipe, da comunicação efetiva em todos os níveis da assistência e o envolvimento dos pacientes e familiares para a construção de uma cultura de segurança sólida<sup>12</sup>.

### Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

No Brasil, o tema segurança do paciente no ensino foi incluído como uma necessidade no PNSP, e a partir de 2014. O MS acrescentou como uma das suas estratégias a articulação entre o Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação, para garantir esta inclusão nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação<sup>6</sup>.

Além das instituições acadêmicas, os serviços de saúde necessitam incorporar novas práticas para educação permanente dos profissionais e inseri-las no PSP, contando com o apoio de diretores e gerentes locais para oportunizar capacitações aos membros do NSP<sup>6</sup>.

Estudos demonstram que há fragilidades na cultura de segurança do paciente em hospitais de diversos países<sup>2,13</sup> e no Brasil não é diferente<sup>14,15</sup>. A cultura de segurança está presente nos quatro eixos do PNSP, no terceiro, foi destacada a necessidade de incluir a segurança do paciente no ensino técnico e de graduação, na pós-graduação e na educação permanente dos profissionais da Saúde<sup>6</sup>.

Frente a este cenário e por, atualmente, compor a equipe do PPS do PROADI-SUS, apoiando os hospitais participantes na implementação do PNSP, a autora principal deste artigo identificou a oportunidade de contribuir para o fortalecimento da cultura de segurança.

Nesse sentido, a questão que norteou esta pesquisa foi: “quais são as ações estratégicas para o desenvolvimento de um plano educacional direcionado a segurança do paciente de acordo com a cultura percebida pelos profissionais?”.

Portanto, o objetivo deste estudo foi desenvolver um plano educacional para segurança do paciente com base na percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança.

#### **Primeira etapa**

Estudo documental retrospectivo multicêntrico, com consulta ao banco de dados gerado pelos hospitais participantes do PPS do PROADI-SUS, referente à pesquisa de cultura de segurança do paciente respondida pelos profissionais atuantes nessas instituições, identificando áreas fortes e frágeis para cultura de segurança desses hospitais.

O campo de ação da pesquisa foram seis hospitais participantes do PPS na primeira fase, que aceitaram participar do estudo. Esses foram selecionados para compor o PPS pelo MS em 2016, seguindo os seguintes critérios: ser hospitais públicos ou filantrópicos de referência na sua região; possuir no mínimo 100 leitos e Unidade de Terapia Intensiva; realizar procedimentos de alta complexidade; ter potencial de resposta positiva (clima institucional de aprendizado e segurança); possuir vivência em qualidade e segurança do paciente (exemplo: Acreditação Hospitalar, NSP cadastrado na ANVISA e Rede Sentinela); com certificados como Hospitais de Ensino; e componentes das Redes Prioritárias do MS (exemplo: Rede Cegonha e Rede de Atenção às Urgências e Emergências). Das 15 instituições obteve-se a aprovação pelos CEP de seis para participação nesta pesquisa.

Para garantir o anonimato das instituições participantes e respeitando os princípios éticos, os hospitais são apresentados com letras maiúsculas da seguinte forma: Hospital A, B, C, D, E e F, correspondendo às siglas: HA, HB, HC, HD, HE e HF. Esses apresentam as características descritas no Quadro 1<sup>16</sup>.

### Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

Portanto, constata-se no Quadro 1 que os hospitais se assemelham, sendo as três diferenças: número de leitos, dois são acreditados e cinco têm Emergências com demandas espontâneas e um não apresenta esse setor.

Utilizaram-se os bancos de dados gerados (cinco hospitais pelo PPS e um pelo próprio hospital) com as informações extraídas dos questionários HSOPSC respondidos pelos profissionais atuantes nos hospitais participantes do PPS da primeira fase. Esses profissionais apresentavam contato direto com o paciente, como por exemplo: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, dentistas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, alunos e residentes desses cursos; e, indireto: gestores, atendentes de nutrição, farmácia e higienização, auxiliares administrativos e de manutenção, vigilantes, voluntários, porteiros, telefonistas, analista da qualidade e maqueiros. A amostra total estudada constitui-se por 1.930 instrumentos HSOPSC existentes no banco de dados gerados.

Ao consultar o banco de dados, os resultados da pesquisa de cultura já estavam apresentados em uma planilha e foram agrupados pelas pesquisadoras, apresentados nas tabelas do capítulo dos resultados.

Cada instituição participante do estudo coletou seus dados por meio do questionário HSOPSC, na versão traduzida e adaptada para o contexto brasileiro<sup>11</sup>. Esse instrumento avalia a cultura de segurança do paciente em âmbito hospitalar, respondido individualmente pelos profissionais que aceitarem participar da pesquisa. Composto por 42 itens em nove seções, da letra 'A' a 'I', a saber: A) sua área/unidade de trabalho, B) seu supervisor/chefe, C) comunicação, D) frequência de eventos relatados, E) nota de segurança do paciente, F) seu hospital, G) número de eventos notificados, H) informações gerais e I) comentários. As respostas seguem o formato da escala *Likert*, que apresenta cinco alternativas: discordo totalmente; discordo; nem concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente; ou nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; e sempre<sup>11</sup>.

A coleta de dados do presente estudo foi realizada em março de 2020, de forma retrospectiva<sup>17</sup>, por consulta ao banco de dados referente à pesquisa de cultura de segurança do paciente dos seis hospitais participantes desse estudo, os quais aplicaram o questionário em 2018. Os dados dos cinco hospitais: "A", "B", "C", "D" e "E", foram consultados no banco gerado e com a análise estatística realizada pelo PPS, o qual estava disponível no sistema de arquivos eletrônicos do PPS localizado na sede do PROADI-SUS de um dos hospitais de excelência reconhecido pelo MS. O HF enviou os dados coletados e analisados estatisticamente, por e-mail às pesquisadoras.

A análise dos dados foi realizada a partir da consolidação dos 42 itens do instrumento HSOPSC, agrupados nos seguintes níveis: unidade de trabalho, hospitalar e resultados. O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. São consideradas "áreas fortes da segurança do paciente" no hospital aquelas, que apresentam itens escritos positivamente, obtiverem 75% de respostas positivas, ou aquelas que os itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas. De modo semelhante, "áreas frágeis da segurança do paciente" e que necessitam de melhorias, são consideradas aquelas que os itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.

### Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

Os resultados das amostras foram analisados por correlação e associação entre as variáveis de forma quantitativa, incluindo as características dos hospitais participantes. Foi utilizado o programa SPSS versão 22.0, por meio de frequências simples (n) e relativas (%) para variáveis categóricas, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil para variáveis quantitativas.

Para a associação entre respostas positivas e variáveis do estudo, foi utilizado o Teste de Associação Qui-quadrado e para a comparação entre os valores de cada dimensão foram utilizados os testes Não-paramétricos de Mann-Whitney e o Teste Kruskal-Wallis. Para a verificação de correlação entre as variáveis foi utilizada a Análise de Correlação de Pearson. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

#### Segunda etapa

A partir dos resultados da primeira etapa foi elaborado um plano educacional com ações direcionadas ao fortalecimento da cultura em hospitais, o qual as pesquisadoras contaram com a colaboração de um grupo de trabalho multidisciplinar, composto pelas consultoras do PPS: 11 enfermeiras, 11 farmacêuticas, uma médica e uma estatística, as quais fizeram parte da equipe do PPS no período de 2018 a 2019, correspondendo a população e amostra deste estudo.

Para a coleta de dados nesta etapa, foram realizados quatro encontros com o grupo de trabalho convidado, com o propósito de desenvolver atividades direcionadas para o fortalecimento da cultura dos hospitais participantes do PPS na primeira fase.

No primeiro encontro, a mestrandia apresentou o mapeamento realizado com as fragilidades relacionadas às dimensões da cultura. O grupo realizou um *Brainstorming*, dinâmica que possibilita estimular novas ideias de forma espontânea e natural, utilizando a imaginação, sem haver julgamentos<sup>18</sup>. Cada integrante trouxe ideias de como trabalhar as fragilidades identificadas e foi definido como estratégia, realizar oficinas com atividades práticas em cada hospital participante do PPS da primeira fase, utilizando as ferramentas do *Culture Change Toolbox*<sup>19</sup> e do programa do *TeamSTEPPS*<sup>20</sup>. As consultoras se dividiram em subgrupos por cada dimensão fragilizada para estruturar a dinâmica.

No segundo encontro, cada subgrupo apresentou as suas ideias de como abordar cada dimensão e as participantes faziam suas contribuições. No terceiro encontro, os subgrupos desenvolveram os slides explicativos de cada conteúdo relacionado à dinâmica, e após, o quarto encontro ocorreu com o grande grupo, no qual o material foi consolidado e validado. A análise das informações que compuseram o plano educacional foi realizada pelo grupo de trabalho durante os encontros e foram validadas na última reunião.

Essa oficina com atividades práticas foi realizada como uma ação do PPS nos meses novembro e dezembro de 2019 e ministrada pelas consultoras nos 14 hospitais da primeira fase do PPS. Os custos dessa atividade estavam previstos no orçamento do PPS, não sendo de responsabilidade das pesquisadoras.

O projeto de pesquisa segue a legislação vigente, conforme os termos da Resolução 466/2012<sup>21</sup>, do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetido via Plataforma Brasil, aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) de todas as instituições envolvidas recebendo aprovação com o CAEE: 16555719.0.0000.5345, e os seguintes números dos pareceres finais: 3.621.158 e 4.013.225.

## Resultados

Os resultados obtidos por meio da consulta no banco de dados referente aos seis hospitais participantes desse estudo totalizaram 1.930 instrumentos preenchidos por profissionais dessas instituições. Desses, 1.164 (60,31%) pertenciam a área da enfermagem, a maioria técnicos de enfermagem 618 (32,02%), seguidos de enfermeiros 279 (14,46%) e auxiliares de enfermagem 267 (13,83%). Esses dados estão apresentados na Tabela 1.

O instrumento HSOPSC possibilita que os profissionais avaliem a cultura de segurança em: “excelente”, “muito bom”, “regular”, “ruim” ou “muito ruim”. Nesta pesquisa a segurança do paciente foi pontuada pelos profissionais como “muito boa” nos hospitais: HA 313 (50,2%), HC 16 (32,7%), HD 50 (42,7%) e HF 407 (53,86%). Como “regular”: HB 47 (47,5%) e HE 115 (40,2%). Ao realizar o somatório de todas as instituições participantes constatou-se que 921 (47,72%) profissionais julgaram como “muito boa”, 445 (23,06%) como “regular”, e 402 (20,83%) como “excelente”.

Em relação ao volume das notificações realizadas pelos profissionais nos últimos 12 meses das seis instituições, constatou-se que 1.087 (56,32%) não fizeram “nenhuma notificação” e 304 (15,75%) realizaram “1 a 2 notificações”.

Durante a análise estatística realizou-se testes de associação entre a variável “Número de notificações realizadas nos últimos 12 meses”, sendo categorizada em duas respostas: “sim”, quando há alguma notificação, ou “não”, quando não ocorreu nenhuma. Foi possível perceber que houve uma associação estatística significativa a 5% no HA e HE: entre ocorrer a notificação e o “Tempo de trabalho no hospital e na unidade atual” ( $p$ -valor  $< 0,05$ ), identificando que quanto menor é o tempo de trabalho, menor é o número de notificações realizadas; e apenas no HA: na associação com a avaliação da “Qualidade de segurança do paciente” ( $p$ -valor  $< 0,05$ ), nota-se que quanto maior é a pontuação avaliada, maior é o volume de notificações realizadas. Para as outras variáveis não houve associação significativa a 5%. A instituição HF não realizou associação entre nenhuma variável.

Considerando as 12 dimensões do instrumento HSOPSC, os resultados obtidos evidenciaram que apenas o HA e HF apresentaram áreas fortalecidas para a cultura de segurança do paciente, com percentual de respostas positivas acima de 75%. A instituição HA apresentou duas dimensões com: 76,80% “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”, e 76,1% “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”; e o HF quatro dimensões com: 81% “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”, 85% “Retorno das informações e comunicação sobre os erros”, 79% “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” e 85% “Frequência de eventos relatados”.

Das dimensões com respostas positivas abaixo de 50%, as quais são consideradas áreas **frágeis** para cultura, duas delas foram comuns para todos os hospitais participantes dessa pesquisa, sendo elas: “Respostas não punitivas aos erros” - 28,4% HA, 23,7% HB, 12,1% HC, 22,8% HD, 22,5% HE e 28% HF; e “Transferências internas e passagem de plantão” - 45,8% HA, 34,5% HB, 27,8% HC, 39,2% HD, 25,3% HE e 45% HF. Além dessas duas dimensões, as instituições HB, HC, HD, HE e HF apresentaram pelo menos mais uma área com fragilidade. Esses resultados relacionados às dimensões do instrumento HSOPSC estão apresentados na Tabela 2.

### Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

Como parte integrante desta pesquisa, elaborou-se um plano educacional com ações estratégicas direcionadas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente para hospitais, com a finalidade de instrumentalizar equipes multidisciplinares com ferramentas para apoiar na mudança da cultura, estimulando a formação de times de melhoria, integração da equipe, envolvimento da liderança e melhoria da comunicação entre os profissionais.

Estas ações identificadas como estratégicas pelo grupo de trabalho foram estruturadas em forma de oficina com atividades práticas, apresentadas no Quadro 2. As pesquisadoras confeccionaram um infográfico com as etapas para trabalhar a cultura de segurança do paciente em hospitais, apresentado na Figura 1.

### Discussão

Seguindo as orientações da avaliação do instrumento HSOPSC, deve-se considerar uma área forte para a cultura de segurança do paciente quando cada dimensão atingir um escore de respostas positivas acima de 75%<sup>10</sup>. Os resultados evidenciaram apenas duas instituições participantes apresentaram áreas fortalecidas: o HA com 76,8% na dimensão “*Aprendizado organizacional - melhoria contínua*” e 76,1% em “*Trabalho em equipe no âmbito das unidades*”; e o HF com 81% em “*Aprendizado organizacional - melhoria contínua*”, 85% “*Retorno das informações e comunicação sobre os erros*”, 79% “*Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*” e 85% “*Frequência de eventos relatados*”.

Constata-se entre as seis instituições da amostra analisada, esses dois hospitais são os únicos acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que é uma entidade sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente, e iniciaram a trabalhar segurança do paciente, seguindo as normas da acreditadora, desde 2014 e 2015, respectivamente. Essa mesma relação ocorreu em um estudo realizado no Rio Grande do Norte, Brasil, o qual analisou a cultura em três instituições com diferentes perfis de gestão (estadual, federal e privado) e o único hospital que apresentou dimensões fortalecidas foi aquele que possuía certificação nível um pela ONA<sup>14</sup>.

Ao comparar as instituições HA, HF e a destacada no estudo citado anteriormente<sup>14</sup>, verifica-se a dimensão “*Aprendizagem organizacional - melhoria continuada*” comum para cultura fortalecida, portanto os colaboradores perceberam que a instituição busca aprendizado e melhoria contínua na qualidade assistencial por meio de certificação de qualidade assistencial.

A partir de 2007, a AHRQ passou a publicar o banco de dados de hospitais que reportam voluntariamente, os resultados da pesquisa, utilizando o instrumento HSOPSC. Na última divulgação, em 2018, 630 hospitais dos EUA enviaram seus resultados, obtendo como áreas fortes para cultura: “*Trabalho em equipe no âmbito das unidades*” (82%) e “*Expectativas e ações da promoção da segurança dos supervisores e gerentes*” (80%)<sup>16</sup>. Fazendo uma relação com os dados encontrados nesta pesquisa e o resultado da AHRQ<sup>16</sup>, o HA, acreditado pela ONA, apresentou 76,1% na dimensão “*Trabalho em equipe no âmbito das unidades*”, pois segundo a percepção dos profissionais há um apoio mútuo e respeito entre as equipes da mesma unidade; e 74,20% em “*Expectativas e ações da promoção da segurança dos supervisores e gerentes*”, área potencial para desenvolver a cultura fortalecida, evidenciando que nessa instituição a presença das lideranças nas ações de segurança do paciente foi percebida pela maioria da equipe. Uma liderança positiva para a segurança é um ponto importante para criação de um ambiente favorável ao fortalecimento

### Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

dos componentes da cultura, principalmente: segurança psicológica, cultura justa, confiança, transparência, trabalho em equipe, comunicação e clima de segurança.

Conforme a metodologia do questionário HSOPSC, as dimensões que apresentam um escore de respostas positivas abaixo de 50%, são classificadas como áreas frágeis para cultura de segurança<sup>10</sup>. A identificação desses pontos fracos deve ser considerada pelas lideranças e pelo NSP (profissionais com posições estratégicas nas instituições), como oportunidades de melhoria direcionadas às necessidades prioritárias identificadas pela percepção dos profissionais que participaram da pesquisa.

Na presente pesquisa, os seis hospitais participantes apresentaram no mínimo duas dimensões com fragilidade, sendo que duas delas foram comuns a todos, obtendo em média 22,9% de “Respostas não punitivas aos erros” e 36,2% em “Transferências internas e passagem de plantão”, vindo ao encontro à média dos dados apresentados dos 630 hospitais americanos com 47% e 48%, respectivamente<sup>16</sup>.

A dimensão “Respostas não punitivas aos erros” está associada à como o profissional se sente ao notificar um evento, acreditando que seus erros podem ser usados contra ele, cujo foco pode recair sobre a pessoa e não sobre o problema gerando uma preocupação que venha a ser registrado de forma negativa em sua ficha funcional<sup>10</sup>. Observando essa fragilidade apresentada nos seis hospitais, foi possível identificar a necessidade de trabalhar a cultura justa dentro das organizações, iniciando pelo envolvimento das lideranças da alta e média gestão nas ações de segurança nas unidades.

Vindo ao encontro um estudo realizado com 437 profissionais da equipe de enfermagem pontuou ser fundamental o envolvimento da gestão e chefias locais para o alcance de uma cultura positiva, sendo necessárias ações de melhoria no que se refere: “Percepções gerais sobre segurança”; “Expectativas e ações da promoção de segurança dos supervisores e gerentes”; “Abertura de comunicação”; “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” e “Trabalho em equipe entre as unidades”<sup>22</sup>. Sem a presença da gestão a maturidade da cultura de segurança pode evoluir de maneira equivocada. Para direcionar essas ações de melhorias foram incluídas no produto dessa pesquisa, ferramentas para apoiar as lideranças nesses aspectos, como, por exemplo, as reuniões rápidas de segurança e rondas da alta gestão, a média e alta gestão se aproximam das equipes da ponta promovendo uma comunicação aberta, educativa e livre de punição.

As “Transferências internas e passagem de plantão” estão relacionadas ao comprometimento de cada profissional em passar uma informação completa, objetiva e com segurança a um colega, garantindo a continuidade do cuidado durante a transferência do paciente para outra unidade ou para o próximo turno<sup>10</sup>. Um estudo<sup>23</sup> realizado no Brasil publicou os resultados de uma análise de 263 EA, concluindo que 71% foram por falha de comunicação; 35,7% verbal e escrita; 20,2% escrita e 15,2% verbal. Esses dados corroboram com a necessidade de trabalhar essa dimensão de forma prioritária nas instituições participantes do presente estudo, uma vez que todas elas apresentaram essa dimensão fragilizada.

Ao ser identificado essas duas áreas fracas para cultura comuns aos hospitais desta pesquisa, incluiu-se na oficina prática um planejamento de melhorias abordando a cultura justa, com sugestão de rodas de conversas e reuniões rápidas de segurança, com o objetivo de promover uma comunicação aberta entre equipe e liderança, transferências internas e/ou passagem de plantão,

### Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

indicando para teste em uma unidade piloto, a ferramenta SBAR (*Situation* – situação, *Background* – breve histórico, *Assessment* – avaliação, *Recommendations* – recomendações)<sup>20</sup>, a qual permite estruturar um roteiro com informações importantes do paciente de forma objetiva e segura. Assim, como exposto em um estudo teórico-reflexivo, que evidenciou melhora na comunicação após a padronização de uma ferramenta estruturada<sup>24</sup>.

Além dessas duas dimensões frágeis para cultura, cinco hospitais apresentaram pelo menos mais uma, chegando a um total de 10 áreas com fragilidades no HC e HE. A terceira área que apresentou maior fragilidade, com 35,8% foi a *“Adequação de pessoal”*, sendo essa comum a cinco instituições que obtiveram os seguintes percentuais: 25,7% HB, 35,7% HC, 37,2% HD, 25,3% HE e 40% HF. Corroborando com os resultados do presente estudo, um artigo de revisão<sup>2</sup> reuniu 33 publicações de 21 países e concluiu que há uma predominância de culturas organizacionais hospitalares subdesenvolvidas ou fracas em relação à segurança do paciente, nas dimensões: *“Respostas não punitivas ao erro”*, *“Adequação de pessoal”*, *“Transferências e passagem de plantão”* e *“Trabalho em equipe entre unidades”*.

Apesar dos resultados do estudo demonstrarem que há muitas fragilidades para a cultura de segurança do paciente, 921 (47,7%) profissionais avaliaram a segurança como *“muito boa”*, seguido de 445 (23,06) *“regular”* e 402 (20,8%) *“excelente”*. Da mesma forma em outra pesquisa<sup>15</sup> realizada com uma equipe multidisciplinar em três UTIs de um hospital público de ensino em Sumaré/SP, a maioria dos profissionais avaliou a segurança do paciente como *“muito bom”* (69,3%), seguido de *“regular”* (15,9%) e *“excelente”* (14,8%), mesmo obtendo apenas uma dimensão fortalecida para cultura. Essa divergência encontrada entre a avaliação de segurança do paciente e as dimensões, pode estar associada ao nível de implementação da cultura, oportunizando uma reflexão crítica dos profissionais sobre o seu ambiente de trabalho.

Nota-se que o HF com quatro dimensões fortalecidas, foi o que obteve as maiores notas para a segurança, sendo: 407 (53,8%) *“muito boa”* e 242 (31,9%) *“excelente”*. Esse resultado pode estar relacionado ao nível de maturidade da cultura institucional<sup>25</sup>, o qual nesse hospital possa ser classificado entre *“proativa”*, com um número maior de profissionais envolvidos, e *“participativa”*, havendo cooperação de todos os níveis da organização, aumentando a responsabilidade dos profissionais e o componente de confiança. A fragilidade na dimensão *“Adequação de pessoal”* apresentada pelo HF, pode estar relacionada à sobrecarga de trabalho e o cumprimento das responsabilidades dos profissionais.

A comunicação de erros pode ser uma estratégia importante no combate às falhas do sistema e deve ser incentivada pela gestão hospitalar em busca de melhorias no serviço. Ao relacionar a associação entre a variável *“Número de notificações realizadas nos últimos 12 meses”*, identificou-se significância em dois hospitais: *“A”* e *“E”*, quanto menor é o *“tempo de trabalho na unidade ou no hospital”* menor é o número de notificações realizadas; e o HA, apresentou relação quanto à nota de segurança.

A resposta dos colaboradores das seis instituições participantes desta pesquisa, relacionada ao volume de notificações realizadas nos últimos 12 meses, foi para: 1087 (56,32%) funcionários com *“nenhuma notificação”*, e 304 (15,75%) com *“uma a duas notificações”*. Esse resultado pode estar relacionado ao medo de punição que existe por notificar um incidente, vindo ao encontro da dimensão mais fragilizada da pesquisa, a qual obteve como média entre as seis instituições 22,9% *“Respostas não punitivas aos erros”*.

### Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

Esse dado demonstra a necessidade de as instituições trabalharem fortemente o componente: cultura justa, o qual reforça a necessidade de analisar e corrigir as falhas no processo e não culpar as pessoas pelos erros. Para o desenvolvimento de uma cultura forte é fundamental priorizar a comunicação de erros permitindo a análise e elaboração de ações conjuntas para a implantação de barreiras de segurança no sistema de saúde<sup>26</sup>.

Um estudo<sup>27</sup>, com objetivo de identificar as barreiras da subnotificação, reforça a necessidade de desenvolver estratégias que estimulem a notificação de incidentes, conscientizando as pessoas de suas responsabilidades na contribuição para a mudança da cultura de notificação, melhorando a comunicação dos riscos e a segurança do paciente.

A busca pela melhoria na qualidade assistencial e segurança do paciente requer uma cultura positiva. Identificar os pontos fortes e fracos para cultura das seis instituições participantes desta pesquisa, por meio da percepção dos seus profissionais, permitiu ao grupo de trabalho elaborar uma oficina voltada às necessidades identificadas, assim como trouxe uma importante reflexão sobre o posicionamento dos funcionários frente à segurança do paciente em seus ambientes de trabalho.

A iniciativa da OMS de incluir a segurança do paciente nos currículos em cursos técnicos, graduação e pós-graduação<sup>12</sup>, é uma estratégia fundamental para contribuir no fortalecimento da cultura de segurança nos serviços de saúde. Para tanto é fundamental que as instituições acadêmicas garantam a inclusão do tema nos currículos de formação de novos profissionais de saúde.

### Considerações Finais

A segurança do paciente é uma necessidade básica para um atendimento de qualidade dentro de uma organização, porém ainda é um grande desafio nos serviços de saúde. Para alcançar uma cultura de segurança positiva é preciso identificar as fragilidades institucionais e trabalhá-las com as equipes e principalmente ter o apoio da alta gestão e líderes das unidades.

Este estudo possibilitou conhecer as dimensões fortalecidas e frágeis da cultura de segurança do paciente em seis hospitais brasileiros, de quatro regiões do país. Constatou-se que dois hospitais apresentaram dimensões fortalecidas, e os seis pelo menos duas frágeis, sendo essas comuns a todos.

A partir da análise dos dados foi possível perceber que há fragilidade na cultura de segurança dos hospitais, como identificado em outros estudos relacionados ao tema citados.

A identificação das áreas frágeis dos hospitais, predominando a falta da cultura justa e a falha na comunicação entre os profissionais durante a transferência do cuidado do paciente, direcionou a discussão do grupo de trabalho para elaborar uma oficina prática com o objetivo de apoiar as instituições na busca do fortalecimento da cultura de segurança. O plano educacional foi elaborado com ações estratégicas direcionadas ao fortalecimento da cultura, a saber: envolver as lideranças em ações de segurança, utilizar ferramentas para melhorar a comunicação da equipe, formar times, planejar ações de melhorias frente às fragilidades identificadas. O produto final de pesquisa foi um infográfico e uma oficina prática com dinâmicas para estimular a formação de times de melhoria, integração da equipe, envolvimento da liderança e melhorar a comunicação entre os profissionais.

## Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

Os resultados encontrados relacionam-se com a realidade de instituições brasileiras similares a diversos países, confirmando que a segurança do paciente ainda é um grande problema de saúde pública, além de um desafio para gestores governamentais de saúde, das organizações e educadores na formação de profissionais da área da saúde.

Identificam-se como limitações no estudo: consulta retrospectiva em banco de dados, não sendo possível realizar grupos de discussões com os profissionais que preencheram o instrumento para construção do plano educacional em conjunto; e não foi possível reavaliar a cultura após a realização da oficina, pois foi previsto pelo PPS uma segunda aplicação no segundo semestre de 2020.

### Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde, aos hospitais coparticipantes desta pesquisa, ao Núcleo de Apoio à Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento e à equipe do Projeto Paciente Seguro pela participação neste estudo.

### Referências

1. National Patient Safety Foundation. Livres de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err is Human. Boston: National Patient Safety Foundation; 2015.
2. 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 Nov 1;30(9):660-77.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press; 2000.
4. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2009.
5. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009. Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Brasil. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
7. Brasil Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013.
8. Brasil. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
9. Health and Safety Commission. Third Report: Organizing for Safety. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI), Study Group of Human Factors. London: HMSO; 1993.

**Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...**

10. Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
11. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; 2013.
12. World health organization. WHO. Patient safety. A world alliance for safer health care. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: World Health Organization; 2011.
13. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.
14. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM, Gama ZAS. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(1):161-72.
15. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(n.esp.):123-30.
16. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Consultas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 25 fev. 2020.
17. Martins JT, Ribeiro RP, Bobroff MCC, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Pesquisa epidemiológica da saúde do trabalhador: uma reflexão teórica. *Semina Ciênc Biol Saúde*. 2014; 35(1):163-74.
18. Anastasiou LGC, Alves LP. Estratégias de ensinagem: processos de ensinagem na universidade. 3. ed. Joinville: Univille, 2004. p. 67-100.
19. Patient Safety & Quality Council. Culture Change Toolbox. Vancouver, CA: PSQC, 2018. Disponível em: <https://bcpsqc.ca/resource/culture-change-toolbox/>. Acesso em: 10 fev. 2020.
20. Agency for Healthcare Research and Quality . About TeamSTEPS®. Rockville, MD: AHRQ, 2015. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/teamsteps/about.html>. Acesso em: 10 fev. 2020.
21. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2012.
22. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(3):e2670016.
23. Pena MM. Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário [tese] – Escola de Enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
24. Pena MM, Melleiro MM. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev Enferm UFSM*. 2018; 8(3):616-25.

### Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

25. Hudson P. Applying the lessons of high risk industries to health care. Qual Saf Health Care 2003;12(Suppl. 1):i7-i12.
26. Tomazoni A, Rocha PK, Ribeiro MB, Serapião LS, Souza S, Manzo BF. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(1):e64996.
27. Varallo FR, Passos AC, Nadai TR, Mastroianni PC. Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. Rev Esc Enferm USP. 2018;52: e03346.

### Apêndices

**Quadro 1** – Descrição das características dos seis hospitais participantes dessa pesquisa

Identificação	Características	Gestão	Número total de leitos	Região	Certificação de qualidade hospitalar
HA	Hospital de ensino Atendimento geral Emergência com demanda espontânea	Estadual	284	Sudeste	Certificado nível dois pela ONA em 2014 e nível três em 2019
HB	Hospital de ensino Atendimento geral Emergência com demanda espontânea	Estadual	407	Nordeste	Não
HC	Hospital de ensino Atendimento geral Emergência com demanda espontânea	Estadual	334	Norte	Não
HD	Hospital de ensino Atendimento geral Emergência com demanda espontânea	Municipal	338	Norte	Não
HE	Hospital de ensino Atendimento geral Emergência com demanda espontânea	Estadual	145	Sul	Não
HF	Hospital de ensino Atendimento geral Não há setor de Emergência, os pacientes são referenciados de outros serviços de saúde	Estadual	150	Norte	Certificado nível três pela ONA em 2015 e recertificado em 2018 e 2020

Fonte: CNES<sup>16</sup>.

Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...

Tabela 1 – Descrição geral da amostra

Variáveis \ Hospitais	HA	HB	HC	HD	HE	HF	Média Geral
	n = 623 n (%)	n = 99 n (%)	n = 49 n (%)	n = 117 n (%)	n = 286 n (%)	n = 756 n (%)	n = 1.930 n (%)
<b>Idade<sup>1</sup></b>	37,56 ± 0,44	38,59 ± 1	43,46 ± 1,32	46,32 ± 1,16	40,12 ± 0,65	-	41,21 ± 0,91
<i>Missing</i>	68 (10,9)	9 (9,1)	3 (6,1)	13 (11,1)	49 (17,1)	-	142 (12,09)
<b>Sexo</b>							
Feminino	473 (75,9)	86 (86,9)	43 (87,8)	83 (70,9)	213 (74,5)	531 (70,24)	1429 (74,04)
Masculino	136 (21,8)	8 (8,1)	3 (6,1)	28 (23,9)	61 (21,3)	225 (29,76)	461 (23,89)
<i>Missing</i>	14 (2,3)	5 (5,0)	3 (6,1)	6 (5,2)	12 (4,2)	0	40 (2,07)
<b>Contato com o paciente</b>							
Sim	527 (84,6)	90 (90,9)	30 (61,2)	81 (69,2)	194 (67,8)	491 (64,95)	1413 (73,21)
Não	81 (13,0)	5 (5,1)	16 (32,7)	18 (15,4)	77 (26,9)	265 (35,05)	462 (23,94)
<i>Missing</i>	15 (2,4)	4 (4,0)	3 (6,1)	18 (15,4)	15 (5,3)	0	55 (2,85)
<b>Grau de instrução</b>							
Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto	5 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,7)	5 (0,66)	12 (0,62)
Primeiro grau (Ensino Básico) Completo	3 (0,5)	1 (1)	0 (0)	3 (2,6)	11 (3,8)	6 (0,79)	24 (1,24)
Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto	13 (2,1)	1 (1)	1 (2)	8 (6,8)	15 (5,2)	19 (2,51)	57 (2,95)
Segundo grau (Ensino Médio) Completo	277 (44,5)	24 (24,2)	8 (16,3)	37 (31,6)	98 (34,3)	282 (37,3)	726 (37,62)
Ensino Superior Incompleto	85 (13,6)	5 (5,1)	12 (24,5)	6 (5,1)	35 (12,2)	175 (23,15)	318 (16,48)
Ensino Superior Completo	67 (10,8)	16 (16,2)	17 (34,7)	15 (12,8)	39 (13,6)	100 (13,23)	254 (13,16)
Pós-graduação (Nível Especialização)	151 (24,2)	39 (39,4)	9 (18,4)	36 (30,8)	58 (20,3)	160 (21,16)	453 (23,47)
Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	11 (1,8)	9 (9,1)	0 (0)	5 (4,3)	12 (4,2)	9 (1,19)	46 (2,38)
<i>Missing</i>	11 (1,8)	4 (4)	2 (4,1)	7 (6)	16 (5,6)	0	40 (2,07)
<b>Tempo de trabalho neste hospital</b>							
Menos que 1 ano	94 (15,1)	12 (12,1)	2 (4,1)	4 (3,4)	57 (19,9)	127 (16,80)	296 (15,34)
De 1 a 5 anos	243 (39)	52 (52,5)	14 (28,6)	33 (28,2)	79 (27,6)	420 (55,56)	841 (43,58)
De 6 a 10 anos	171 (27,4)	1 (1)	8 (16,3)	19 (16,2)	54 (18,9)	181 (23,94)	434 (22,49)
De 11 a 15 anos	80 (12,8)	14 (14,1)	12 (24,5)	8 (6,8)	32 (11,2)	28 (3,7)	174 (9,02)
De 16 a 20 anos	17 (2,7)	7 (7,1)	2 (4,1)	7 (6)	12 (4,2)	0	45 (2,33)
De 21 anos ou mais	1 (0,2)	7 (7,1)	4 (8,2)	39 (33,3)	40 (14)	0	91 (4,72)
<i>Missing</i>	17 (2,7)	6 (6,1)	7 (14,3)	7 (6)	12 (4,2)	0	49 (2,54)
<b>Profissão</b>							
Técnico de Enfermagem	157 (25,2)	42 (42,4)	19 (38,8)	50 (42,7)	113 (39,5)	237 (31,35)	618 (32,02)
Enfermeiro	102 (16,4)	31 (31,3)	6 (12,2)	19 (16,2)	37 (12,9)	84 (11,11)	279 (14,46)
Auxiliar Administrativo/Secretário	5 (0,8)	0 (0)	1 (2)	4 (3,4)	14 (4,9)	60 (7,94)	84 (4,35)
Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente	20 (3,2)	2 (2)	0 (0)	11 (9,4)	8 (2,8)	5 (0,66)	46 (2,38)
Auxiliar de Enfermagem	234 (37,6)	5 (5,1)	10 (20,4)	9 (7,7)	7 (2,4)	2 (0,26)	267 (13,83)
Farmacêutico/Bioquímico	22 (3,5)	0 (0)	1 (2)	1 (0,9)	9 (3,1)	17 (2,25)	50 (2,59)
Biólogo/Biomédico							
Técnico (Por exemplo: Laboratório, Radiologia, Farmácia e Nutrição)	5 (0,8)	1 (1)	4 (8,2)	2 (1,7)	14 (4,9)	28 (3,70)	54 (2,80)

**Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais...**

Nutricionista	5 (0,8)	0 (0)	0 (0)	3 (2,6)	2 (0,7)	9 (1,19)	19 (0,98)
Administração/Direção	3 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,7)	9 (1,19)	14 (0,73)
Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório e Ocupacional ou Fonoaudiólogo	11 (1,8)	6 (6,1)	0 (0)	1 (0,9)	7 (2,4)	35 (4,63)	60 (3,11)
Assistente Social	7 (1,1)	2 (2)	1 (2)	1 (0,9)	0 (0)	7 (0,93)	18 (0,93)
Psicólogo	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	0 (0)	0 (0)	5 (0,66)	7 (0,36)
Estudante	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,3)	0	1 (0,05)
Médico Residente/ Médico em Treinamento	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0,9)	4 (1,4)	0	6 (0,31)
Odontólogo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,13)	1 (0,05)
Segurança/Vigilante	4 (0,6)	0 (0)	0 (0)	4 (3,4)	5 (1,7)	0	13 (0,67)
Residente Multiprofissional	0 (0)	4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	4 (0,21)
Outro	37 (5,9)	0 (0)	1 (2)	5 (4,3)	20 (7)	257 (33,99)	320 (16,58)
<i>Missing</i>	11 (1,8)	5 (5,1)	4 (8,2)	6 (5,1)	43 (15)	0	69 (3,58)

<sup>1</sup> Média ± erro padrão

Fonte: Banco de dados consultado dos hospitais participantes da pesquisa (2018).

**Tabela 2 – Análise das dimensões do instrumento de pesquisa**

<b>Dimensões/Hospitais</b>	<b>HA</b>	<b>HB</b>	<b>HC</b>	<b>HD</b>	<b>HE</b>	<b>HF</b>	<b>Média Geral</b>
Expectativas e ações da promoção da segurança dos supervisores e gerentes	74,20	69,30	72,90	64,20	60,70	69,00	68,38
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	76,80	60,90	49,60	72,20	44,70	81,00	64,20
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	76,10	49,20	56,20	59,70	53,40	63,00	59,60
Abertura de comunicação	54,80	51,10	37,50	58,00	38,30	71,00	51,78
Retorno das informações e comunicação sobre os erros	66,30	48,10	32,30	48,50	35,90	85,00	52,68
Respostas não punitivas aos erros	28,40	23,70	12,10	22,80	22,50	28,00	22,92
Adequação de pessoal	51,20	25,70	35,70	37,20	25,30	40,00	35,85
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	71,50	37,30	17,20	66	32,40	79,00	50,57
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	56,80	31,40	23,40	44,70	21,50	59,00	39,47
Transferências internas e passagens de plantão	45,80	34,50	27,80	39,20	25,30	45,00	36,27
Percepções gerais sobre segurança	56,40	27,40	27,10	42,10	28,90	57,00	39,82
Frequência de eventos relatados	70,20	38	38,50	44,90	35,10	85,00	51,95

Fonte: Banco de dados consultado dos hospitais participantes da pesquisa (2018).

**Quadro 2** - Conteúdo a ser abordado na oficina para o fortalecimento da cultura de segurança em serviços de saúde

Etapas de condução da oficina	Ferramentas e referências	Objetivo
Introdução à cultura de segurança do paciente	O que é cultura? <sup>29</sup> Componentes da cultura <sup>25</sup>	Compreender o conceito de cultura de segurança do paciente e seus componentes.
Engajar as pessoas	Conversa de elevador <sup>25</sup>	Compreender a importância de identificar os tutores da segurança (pessoas que têm uma postura não punitiva, aqueles que são os líderes informais) e que é possível engajar pessoas por meio de uma “conversa de elevador”. A “conversa de elevador” é uma explicação de 30 segundos sobre seu objetivo e por que os outros iriam querer se juntar a você.
	Teoria da difusão da inovação Everett Rogers "diffusion of innovation curve" <sup>26</sup>	Compreender que as pessoas agem diferentes por motivações diferentes e apresentam variação no interesse sobre determinado assunto, e que este conhecimento é fundamental para elaborar estratégias de mudanças nas instituições. A “teoria da difusão da inovação” apresenta em um gráfico diferentes perfis: entusiastas, visionários, pragmáticos, conservadores e céticos.
Estabelecer as bases da equipe	Visão e valores <sup>25</sup>  Conceitos motivação intrínseca e extrínseca <sup>27</sup>	Compreender que cada pessoa é motivada por diferentes aspectos, podendo ser eles intrínsecos (Fazer algo pela satisfação inerente ao engajamento na atividade) ou extrínsecos (Fazer algo porque gera uma recompensa, ou reconhecimento, ou evita uma punição). Além de criar um ambiente para estimular a motivação e integração da equipe para propor estratégias relacionadas às ações de segurança do paciente.
	<i>Feedback</i> <sup>28</sup>	Compreender que para dar um <i>feedback</i> (retorno de informação ou dar um parecer avaliativo) o comunicador deve ser: atencioso com a pessoa, específico relacionado à tarefa, respeitoso, focado na conduta, ser oportuno, breve, dirigido à melhoria e utilizar um local apropriado e sem exposição.
	Definição de funções e responsabilidades de um time de melhoria <sup>25,28</sup>	Estimular que os profissionais identifiquem times de trabalho em suas instituições e as atribuições de cada membro, para a organização do projeto de melhoria relacionado às fragilidades encontradas na segurança do paciente.
	Apoio mútuo <sup>28</sup>	Compreender que cada profissional deve ter a capacidade de antecipar e apoiar as necessidades de membros da equipe por meio do conhecimento preciso sobre suas responsabilidades e carga de trabalho.
	Transferência de responsabilidade e mudanças de turno <sup>25,28</sup>	Conhecer a ferramenta SBAR, utilizada como um roteiro padronizado com informações relevantes do paciente para melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais. <i>Link</i> para acessar o vídeo - SBAR: ( <a href="https://youtu.be/nbJPAumzJrc">https://youtu.be/nbJPAumzJrc</a> )
	Administração de conflito <sup>25</sup>	Compreender que as diferentes percepções de cada pessoa, enriquece o trabalho em equipe, quando compartilhado. Porém, em alguns momentos pode gerar falha na comunicação e conflitos, por este motivo, a equipe deve estar preparada e saber lidar com esta situação. <sup>31</sup>
Avaliar o cenário	Ferramentas para avaliar a cultura de segurança <sup>28</sup>	Apresentar as formas de avaliar a cultura de segurança e compreender que: a avaliação ajuda a tornar a cultura tangível e concreta, as evidências da cultura local são fortes impulsores para a mudança, direciona as ações que devem ser trabalhadas e auxilia a estabelecer nossos próximos passos.
Identificar e analisar oportunidades de melhorias	Mapear e analisar as dimensões com fragilidades <sup>10,25</sup>	Discutir com o grupo propostas de ações de melhorias que possam ser tomadas frente aos resultados obtidos na pesquisa de cultura de segurança do paciente.
	Quadro de Afinidades <sup>29</sup>	Levantar ideias de mudanças para melhoria de processos, por meio de informações trazidas pelos profissionais, e após são organizadas e sumarizadas conforme a discussão em grupo.
	Plano de Ações <sup>30</sup>	Elaborar o plano de ações de melhorias para fortalecer as dimensões, utilizando as ideias trazidas pelos grupos na dinâmica “Quadro de afinidades” e envolvendo a equipe no planejamento.

Etapas de condução da oficina	Ferramentas e referências	Objetivo
Escolher ferramentas para melhorar a cultura de segurança	Ferramentas de comunicação ( <i>Briefing, Debriefing</i> , Reuniões rápidas de segurança e Rondas da alta gestão) <sup>25,28</sup>	<p>Compreender as ferramentas de comunicação para replicar no ambiente de trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Brief</i> - Compartilhando o plano (sessões curtas prévias ao início das atividades, para: compartilhar o plano de trabalho; formar equipe; designar funções e responsabilidades da equipe; estabelecer as expectativas; cenário e metas; e envolver a equipe no planejamento de curto e longo prazo). Link para acessar o vídeo - <i>brief</i>: (<a href="https://youtu.be/d4TtUsOH954">https://youtu.be/d4TtUsOH954</a>)</li> <li>- <i>Debrief</i>: Revisão do desempenho da equipe (sessões breves e informais de troca de informações e <i>feedback</i>: ocorre após um evento ou turno; projetado para melhorar as habilidades de trabalho em equipe e resultados; analisar o motivo pelo qual o evento ocorreu; discutir as lições aprendidas e reforço positivo dos sucessos). Link para acessar o vídeo - <i>debrief</i>: (<a href="https://youtu.be/4jB6ISx05Fc">https://youtu.be/4jB6ISx05Fc</a>)</li> <li>- Reuniões rápidas de segurança: Encontros breves e agendados regularmente para falar sobre a segurança do paciente na unidade de trabalho.</li> <li>- Rondas da alta gestão: Reuniões nas unidades com a alta gestão e equipe assistencial (Sessões rápidas para: conectar a alta gestão com a equipe assistencial, comprometer a alta gestão, compartilhar as preocupações da equipe com a satisfação e segurança do paciente).</li> </ul>
Testar as mudanças	Modelo de Melhoria (PDSA) <sup>29</sup>	Apresentar o modelo de melhoria e a ferramenta PDSA para testar as ideias trazidas pelos participantes da oficina voltadas à mudança de cultura.

Fonte: Plano de Aula.

**Figura 1** - Infográfico do plano educacional com ações estratégicas voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente nos hospitais.

