



Webinar: Avaliação Nacional da Cultura de Segurança em Hospitais – 2021

Dr. Zenewton Gama – Universidade do Rio Grande do Norte

Realização:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Coordenação de Gestão da Transparência e Acesso à Informação - CGTAI
Gerência-Geral de Conhecimento, Inovação e Pesquisa - GGCIP

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS
Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES

Pauta

- 1. O que é e por que avaliar a cultura de segurança em serviços de saúde?**
- 2. Como esta avaliação nacional foi realizada?**
- 3. O que foi encontrado nesta avaliação nacional?**
- 4. Quais as recomendações?**

1. O que é e por que avaliar a cultura de segurança em serviços de saúde?

O que é cultura de segurança do paciente?

Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”

RDC Anvisa 36/2013





11a CNS (2000):
Efetivando o SUS
Acesso, Qualidade e
Humanização na
Atenção à Saúde
com Controle Social



Plano Integrado para a Gestão Sanitária da
Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

*Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de
Práticas de Segurança do Paciente*

**Avaliação
nacional da
cultura de
segurança em
hospitais 2021**



Plano Integrado para a Gestão Sanitária da
Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
2021-2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária



Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025

Objetivo 3:
Promover a adesão às práticas de segurança do paciente pelos serviços de saúde.

Meta 12 para 2021:
30%

dos hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal participando da Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente, disponibilizada pela Anvisa.

Avaliar para melhorar



Fontes:

- WHO, 2021. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care.
AHRQ, 2020. Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices.

2. Como esta avaliação nacional foi realizada?

Objetivos da avaliação nacional:

1. Descrever a frequência de atitudes e comportamentos em relação à segurança do paciente entre os profissionais de hospitais brasileiros;
2. Promover a utilização rotineira do E-Questionário de Cultura de Segurança, a realização de *benchmarkings* e o planejamento de intervenções para melhorar a cultura de segurança em hospitais do Brasil.

Coordenação entre SUS e IFES

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

- Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS/GGTES)
 - Anvisa coordenou o SNVS para induzir a avaliação nos serviços de saúde.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

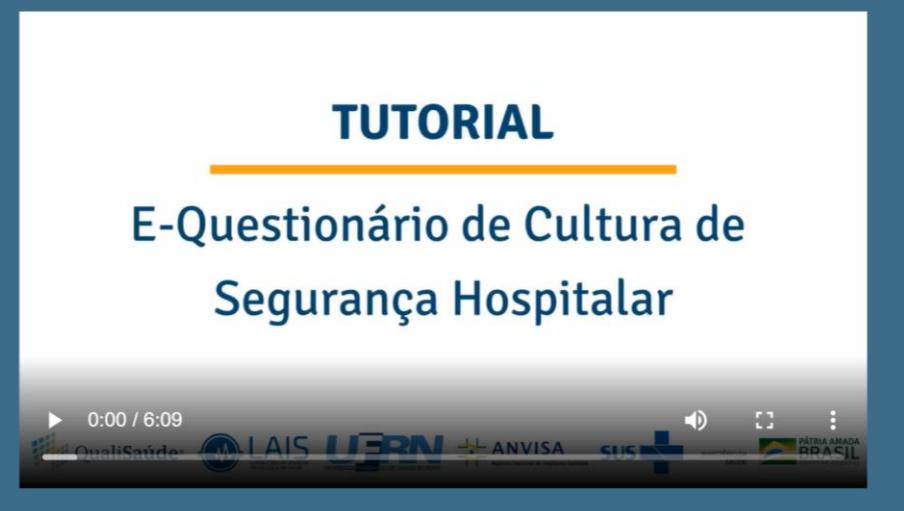
- Grupo de pesquisa CNPq/UFRN Qualidade em Serviços de Saúde (QualiSaúde) e Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS).
 - UFRN coordenou o desenvolvimento, administração, suporte e relatório do E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar.
 - Projeto de extensão sem financiamento.

[Sobre o Sistema](#)[Entrar](#)[Cadastrar Usuário](#)

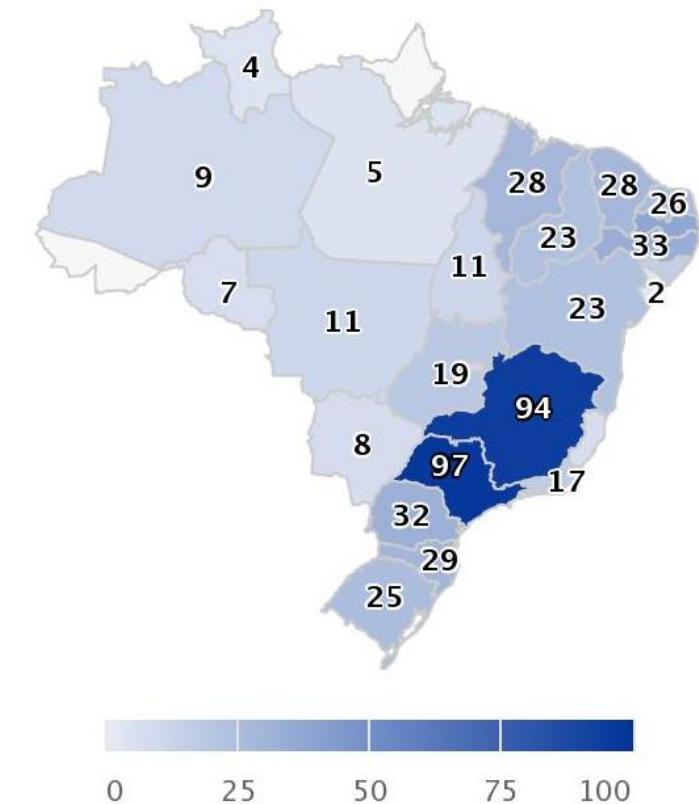
AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Grupo de Pesquisa CNPq QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) coordenarão a aplicação nacional do instrumento intitulado “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”, que consiste em um sistema eletrônico para avaliação válida, rápida e confiável da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) em hospitais brasileiros.

[Continuar lendo...](#)



E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar



Dois aplicativos com versão adaptada do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) da AHRQ (ANDRADE et al. 2017).

Questionário de aut preenchimento com 42 perguntas sobre 12 dimensões da CSP e 12 perguntas-indicadores adicionais.

O sistema eletrônico coleta de dados por e-mail (até 3 lembretes) e presencial (dispositivos móveis); trata os dados; e produz relatório em tempo real.

População de estudo

- **Critério de inclusão:**

- Todos os hospitais que fizeram a autoavaliação neste sistema de janeiro a dezembro de 2021.

- **Critérios de exclusão:**

- Serviços sem registro como hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Hospitais com menos de 20 leitos;
- Hospitais com menos de 10 questionários respondidos corretamente.

Análises dos dados

- **Estatística descritiva**
 - Caracterização dos participantes.
 - Hospitais.
 - Profissionais respondentes.
 - Frequência de respostas positivas: média, desvio padrão, mínimo, percentis 10, 25, 50, 75, 90 e máximo.
 - Pelas 12 dimensões.
 - Pelos 42 itens.
 - 2 perguntas-indicadores.
 - Estratificação das médias das 12 dimensões por unidade da federação.

3. O que foi encontrado nesta avaliação nacional?

Participantes



104.085 QUESTIONÁRIOS ENVIADOS

42.284 PROFISSIONAIS RESPONDENTES

12 DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE
AVALIADAS

26 / 27 UNIDADES DA FEDERAÇÃO COM HOSPITAIS
PARTICIPANTES

Meta de participação

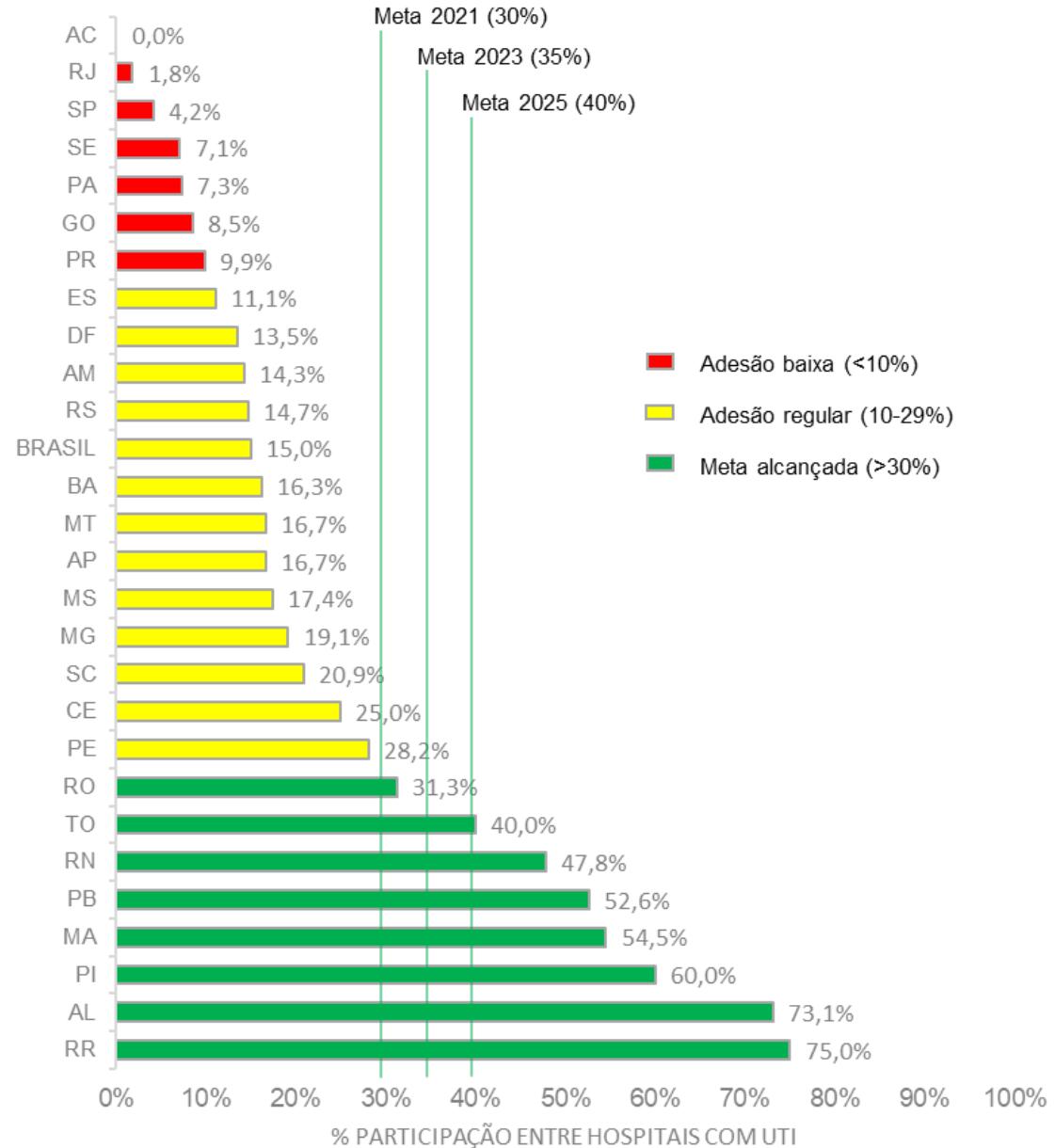
8



Unidades da Federação atingiram a meta de participação de 30% dos hospitais com UTI em 2021

15%

dos hospitais brasileiros com UTI (n=271) participaram em 2021



Perfil dos respondentes



74,4%
DOS PROFISSIONAIS
TRABALHAVAM NO
HOSPITAL HÁ 2 ANOS OU
MAIS.



41,8%
DOS PROFISSIONAIS
TRABALHAVAM 40 HORAS OU
MAIS POR SEMANA.



31,9%
DOS PROFISSIONAIS
TRABALHAVAM NA MESMA
ÁREA/UNIDADE ENTRE 2 E 5
ANOS.



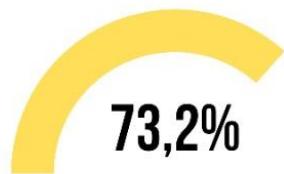
78,1%
DOS PROFISSIONAIS
POSSUEM INTERAÇÃO OU
CONTATO DIRETO COM OS
PACIENTES.

Fortalezas

APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL/
MELHORIA CONTINUADA

EXPECTATIVAS E AÇÕES DA
DIREÇÃO/SUPERVISÃO DA
UNIDADE/SERVIÇO QUE FAVORECEM A
SEGURANÇA

TRABALHO EM EQUIPE NA
UNIDADE/SERVIÇO



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

4. Aprendizagem organizacional/melhoria continuada

Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente. 87,5

Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo. 88,3

Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade. 75,5

3. Expectativas e ações da supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança

Meu supervisor elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente. 73,0

Meu supervisor realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente. 78,9

Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”. 78,9

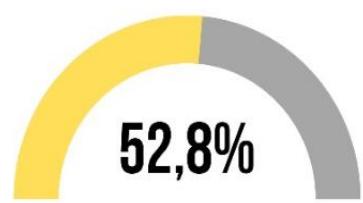
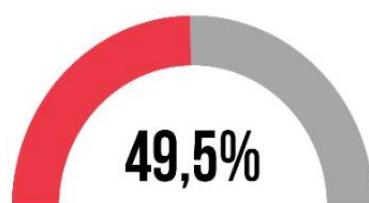
Meu supervisor não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente. 83,5

Fragilidades

RESPOSTA NÃO PUNITIVA PARA ERROS

PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA

PROBLEMAS EM MUDANÇAS DE TURNO E TRANSIÇÕES ENTRE UNIDADES/SERVIÇOS



8. Resposta não punitivas para erros

Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles. 25,8

Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema. 44,0

Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. 25,2

2. Percepção de segurança

Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte. 77,0

A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho. 22,3

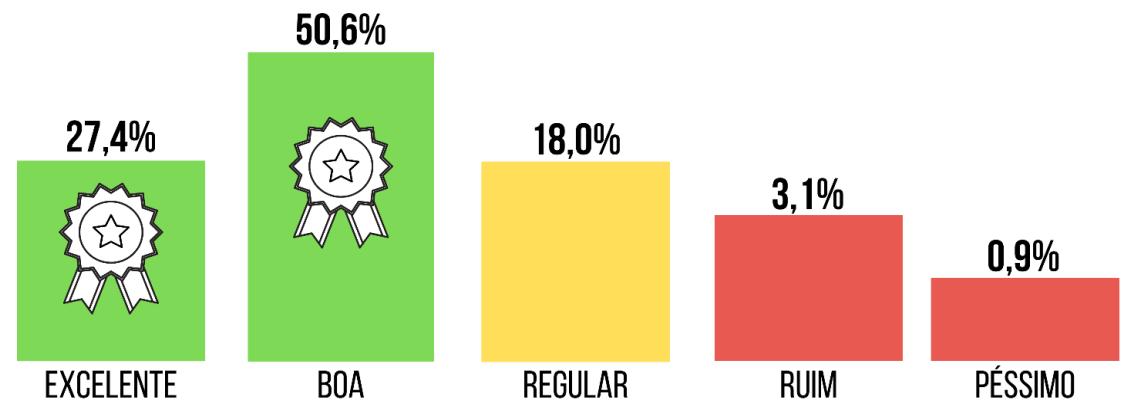
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente. 40,1

Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. 58,8

Classificação geral

78%

dos profissionais respondentes classificaram a segurança da sua unidade/área de trabalho como “excelente” ou “boa”.



4. Quais as recomendações?



- Esta é a **primeira avaliação em larga escala da Cultura de Segurança do Paciente** publicada no Brasil.
- **Monitorar este tipo de informação é imprescindível** para avançar no objetivo estratégico do PNSP de promover a cultura de segurança no SUS.
- Ao ser uma avaliação voluntária em 311 hospitais, ela **não é necessariamente representativa** da cultura de segurança no conjunto de hospitais brasileiros.
- Ao ser considerada uma autoavaliação, os resultados devem ser compreendidos como uma **perspectiva dos profissionais**, não necessariamente uma realidade.

Aproveite as fortalezas

APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL/
MELHORIA CONTINUADA

EXPECTATIVAS E AÇÕES DA
DIREÇÃO/SUPERVISÃO DA
UNIDADE/SERVIÇO QUE FAVORECEM A
SEGURANÇA

TRABALHO EM EQUIPE NA
UNIDADE/SERVIÇO



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

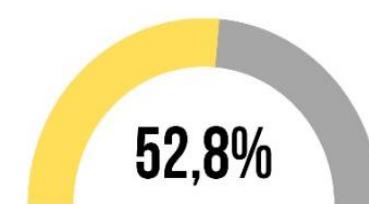
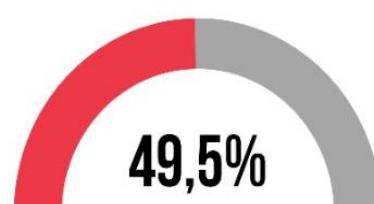
1. Aproveitar a atitude positiva dos profissionais e dos supervisores para a aprendizagem organizacional e melhoria contínua em relação à segurança do paciente.
2. Tratar os temas de segurança do paciente como um problema das equipes, não individual. É preciso aproveitar a boa percepção do trabalho em equipe dentro das unidades e serviços.

Combata as fragilidades

RESPOSTA NÃO PUNITIVA PARA ERROS

PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA

PROBLEMAS EM MUDANÇAS DE TURNO E TRANSIÇÕES ENTRE UNIDADES/SERVIÇOS



1. Desenhar estratégias para diminuir o medo e a punição diante de erros no cuidado de saúde, pois esta fragilidade pode comprometer o potencial de aprendizagem das equipes.
2. Priorizar a segurança do paciente mesmo em situações de pressão e excesso de trabalho e aproveitar os conhecimentos dos profissionais da linha de frente para reduzir riscos.

Compare seus dados com a amostra nacional

n= 311 hospitais		Mínimo, máximo e percentis								
Dimensões		Média	Desvio padrão	Min.	%til 10	%til 25	Mediana/ %til 50	%til 75	%til 90	Máx.
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada		83,9	9,7	46,4	70,4	78,6	86,6	91,0	93,8	100,0
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança		78,6	9,4	49,5	65,1	73,0	79,7	85,7	90,0	100,0
Trabalho em equipe na unidade/serviço		73,2	10,8	32,2	58,9	66,7	74,1	80,8	86,6	100,0
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente		66,6	19,2	15,7	38,7	52,2	70,9	82,6	87,7	100,0
Feedback e comunicação sobre erros		62,6	14,8	24,2	42,3	51,9	64,5	73,2	80,0	97,3
Trabalho em equipe entre unidades		58,6	15,5	15,5	36,7	47,1	59,7	70,5	78,5	97,5
Frequência de eventos notificados		56,5	16,3	13,3	33,3	43,9	57,3	69,2	76,6	100,0
Abertura para comunicação		54,3	10,9	25,6	40,3	48,0	53,8	60,4	68,3	100,0
Dimensionamento de pessoal		54,0	13,5	21,0	37,3	43,8	53,6	62,2	71,6	95,3
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços		52,8	14,7	13,3	32,4	42,7	53,5	62,9	72,5	97,5
Percepção de segurança		49,5	13,9	14,9	31,5	37,6	50,4	60,1	67,9	90,4
Resposta não punitiva para erros		31,8	11,4	8,8	19,9	24,6	30,8	36,3	44,5	97,6

Compare seus dados com a amostra das UF

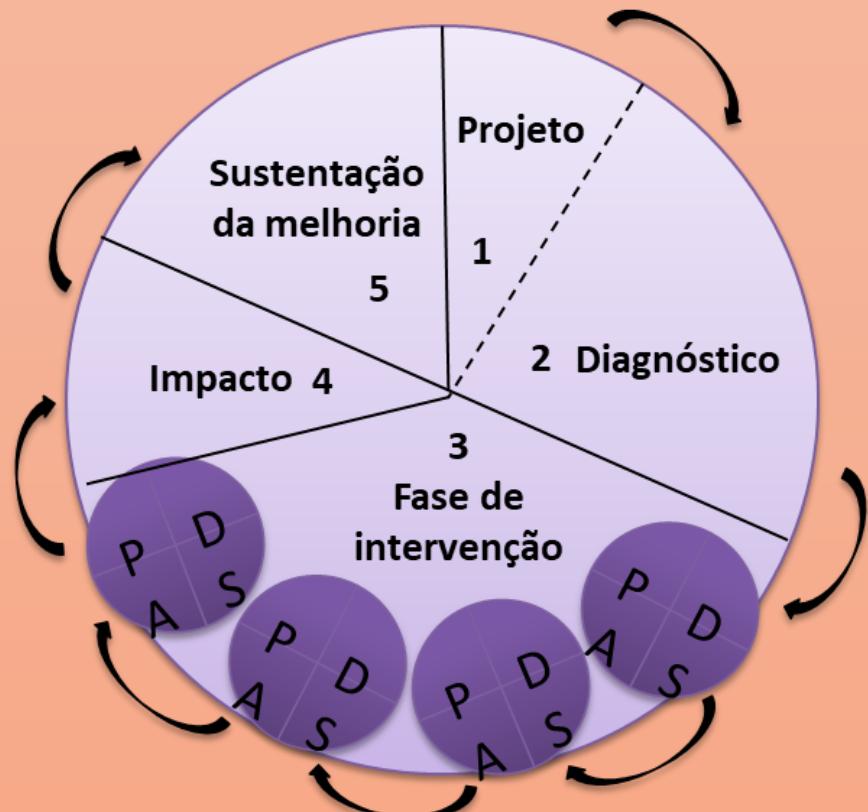
Região Sul

UF	PR	RS	SC
Nº hospitais	13	16	17
Dimensões	Média	Média	Média
Frequência de eventos notificados	↓ 54,1	↓ 53,7	↑ 56,8
Percepção de segurança	↓ 48,7	↓ 44,8	↓ 48,8
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a Aprendizagem organizacional /melhoria contínua	↓ 71,4	↓ 75,4	↓ 74,9
Trabalho em equipe na unidade/serviço	↓ 71,1	↑ 76,3	↓ 70,8
Abertura para comunicação	↓ 49,7	↑ 60,0	↑ 55,3
Feedback e comunicação sobre erros	↑ 62,7	↑ 66,7	↑ 64,7
Resposta não punitivas para erros	↓ 31,2	↓ 31,7	↑ 37,5
Dimensionamento de pessoal	↓ 46,1	↓ 49,5	↓ 47,7
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	↓ 60,2	↓ 60,8	↓ 61,4
Trabalho em equipe entre unidades	↓ 50,9	↓ 48,8	↓ 51,0
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	↓ 42,6	↓ 42,6	↓ 46,9

↑ Acima da média nacional (n=311 hospitais)

↓ Abaixo da média nacional (n=311 hospitais)

Implemente ciclos de melhoria



PLANO DE AÇÃO

Melhoria da Cultura de Segurança

PACTUE AS METAS

1. Qual serviço ou serviços será o alvo do ciclo de melhorias?
2. Quais as metas?

Dica: Utilize o modelo de metas SMART: específica, mensurável, alcançável, relevante e com prazo.

DEFINA AS AÇÕES

3. Quais ações ou mudanças serão necessárias implementar?
4. Quem será afetado e como?
5. Quem pode liderar a intervenção?

Dica: A escolha deve ser participativa, baseada nos dados da avaliação e multifacetada.

PLANEJE A IMPLEMENTAÇÃO

6. Quais recursos serão necessários?
7. Quais as possíveis dificuldades previstas e como superar?
8. Qual é o cronograma?
9. Como e com quem o plano de ação será compartilhado?

DEFINA A REAVALIAÇÃO

10. Como e quando mediremos o progresso e o sucesso?

Dica: Use indicadores do questionário de avaliação. Recomendamos reavaliar no prazo de um ano.

IMPORTANTE:

- As perguntas não precisam ser respondidas em ordem.
- O plano é flexível e pode ser alterado após início da implementação.
- Compare as avaliações com gráficos automáticos de melhoria do E-Questionário de Cultura de Segurança.

Aos Núcleos de Segurança do Paciente...

dos serviços de saúde:

Aderir à legislação vigente requer a promoção de uma CSP. Para comprovar esta ação, é imprescindível medir a CSP, pois não é possível gerenciar o que não se mede e, sem medir, não é possível saber se houve melhoria.

dos estados e municípios:

Manter o foco para que os serviços de saúde de sua esfera de gestão alcancem as metas do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente 2021 -2025. O sucesso desta ação também evidencia a qualidade das ações dos núcleos estaduais.

**Mudar a cultura nos serviços de saúde só
é possível com forte liderança.**

Lidere pela cultura de segurança!

Mais informações



gvims@anvisa.gov.br



cultura.segurança@lais.huol.ufrn.br
www.qualisaude.org