



# 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 - GGCIPI

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?

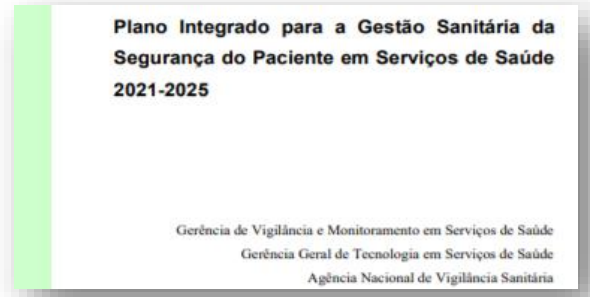
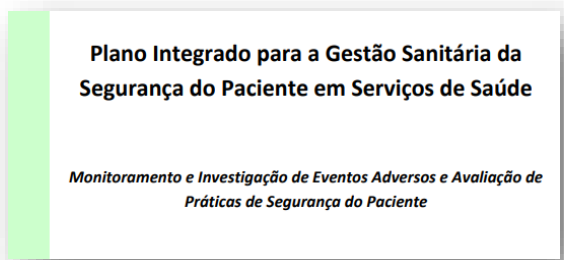
Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”

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 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



Cultura de  
Segurança

Segurança  
do paciente

**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

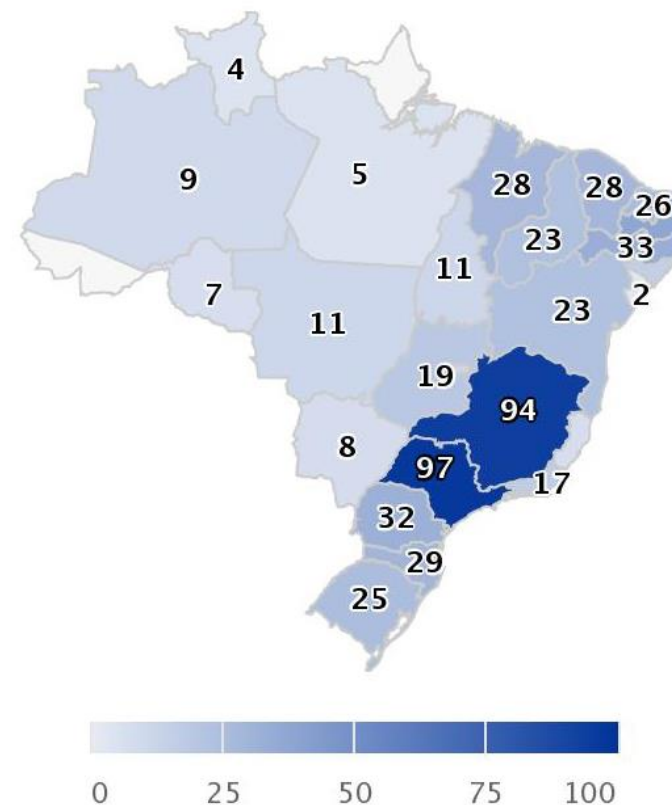
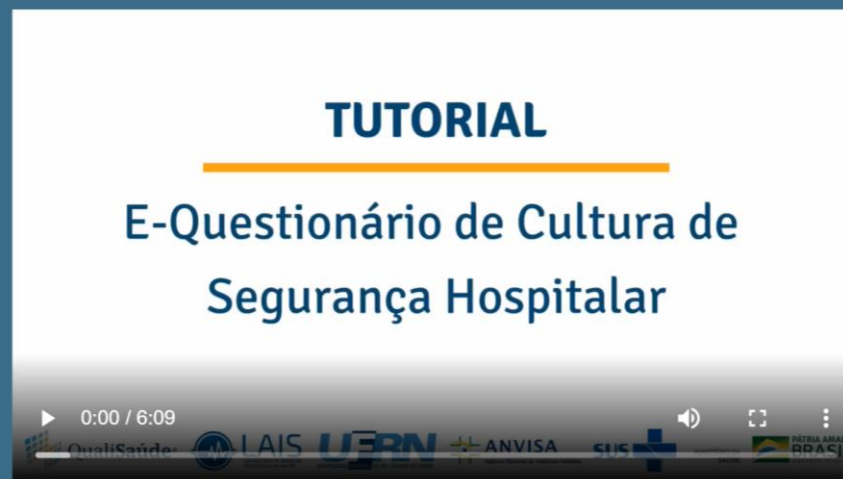
Entrar

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 autopreenchimento 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 3-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

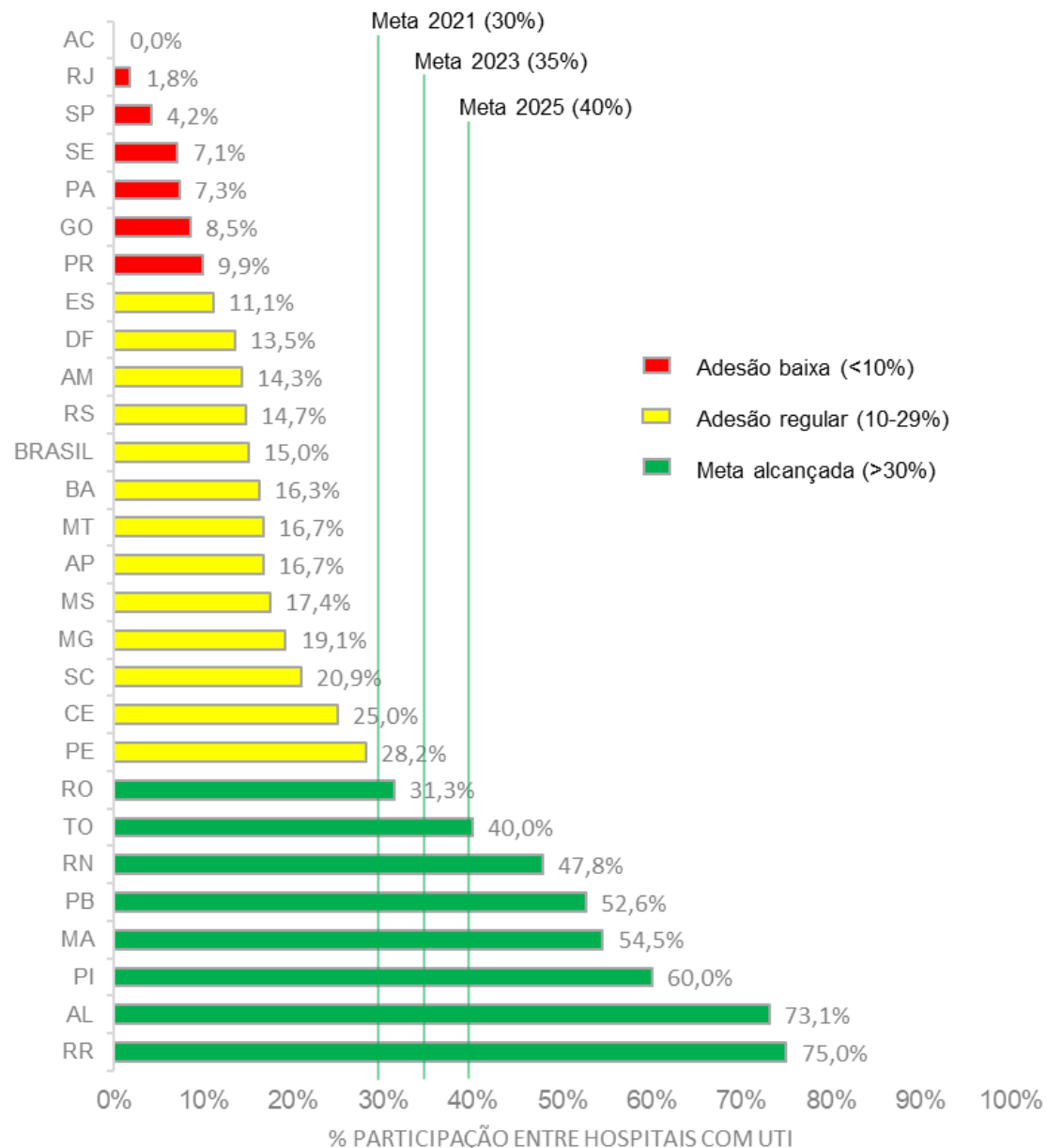
# 8



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**



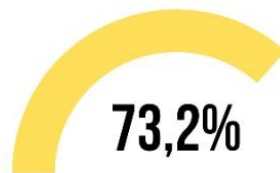
DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

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



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

**TRABALHO EM EQUIPE NA  
UNIDADE/SERVIÇO**



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 trabalhem 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

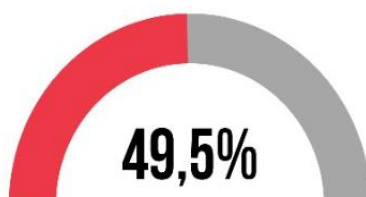
# Fragilidades

RESPOSTA NÃO PUNITIVA PARA ERROS



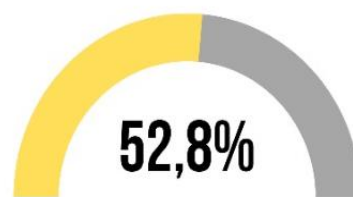
DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

PROBLEMAS EM MUDANÇAS DE TURNO E TRANSIÇÕES ENTRE UNIDADES/SERVIÇOS



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

## 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

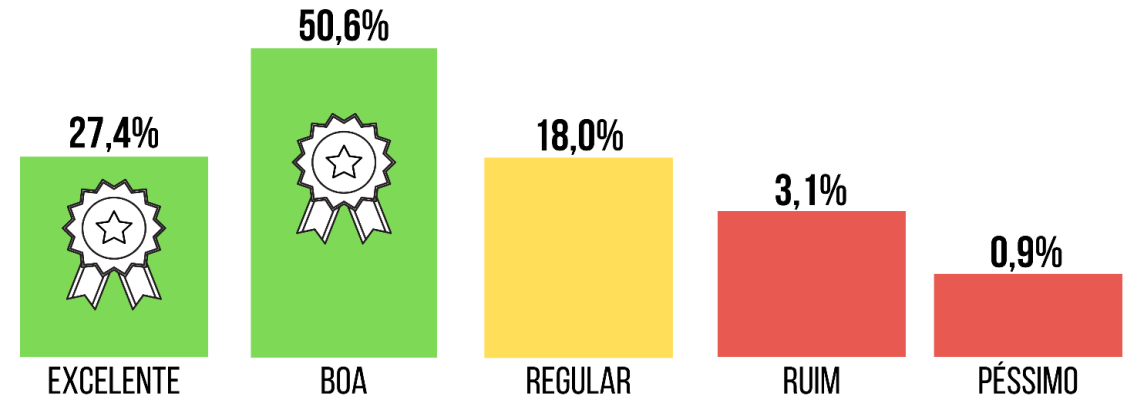
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

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



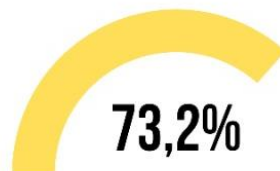
DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

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



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

TRABALHO EM EQUIPE NA  
UNIDADE/SERVIÇO

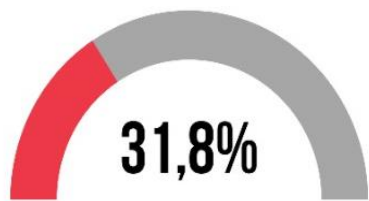


DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

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.

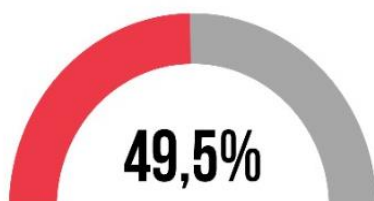
# Combata as fragilidades

RESPOSTA NÃO PUNITIVA PARA  
ERROS



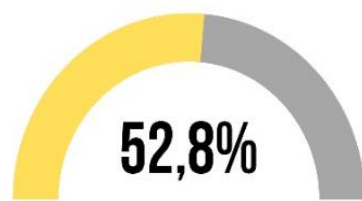
DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

PROBLEMAS EM MUDANÇAS  
DE TURNO E TRANSIÇÕES ENTRE  
UNIDADES/SERVIÇOS



DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

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

Dimensões	n= 311 hospitais			Mínimo, máximo e percentis					
	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

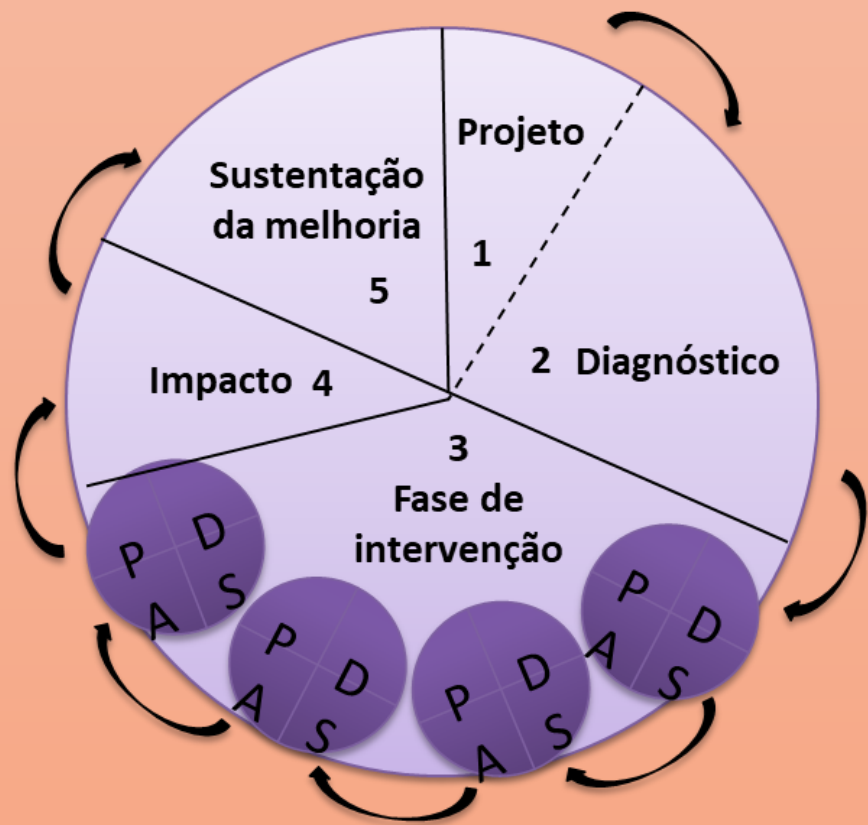
UF	PR	RS	SC
Nº hospitais	13	16	17
Dimensões	Média	Média	Média
Frequência de eventos notificados	↓ 54,1	↓ 53,7	↑ 56,8
Percepção de segurança	↓ 48,7	↓ 44,8	↓ 48,8
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a aprendizagem organizacional /melhoria contínua	↓ 71,4	↓ 75,4	↓ 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](mailto:gvims@anvisa.gov.br)



[cultura.seguranca@lais.huol.ufrn.br](mailto:cultura.seguranca@lais.huol.ufrn.br)  
[www.qualisaude.org](http://www.qualisaude.org)