



AVALIAÇÃO NACIONAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS - 2021

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

Brasília, 19 de abril de 2022

Diretor-Presidente

Antônio Barra Torres

Chefe de Gabinete

Karin Schuck Hemesath Mendes

Diretores

Alex Machado Campos

Antônio Barra Torres

Cristiane Rose Jourdan Gomes

Meiruze Sousa Freitas

Rômison Rodrigues Mota Alessandra Bastos Soares

Gerente Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES

Renata Faria Pereira Hurtado

Gerente de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES

Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica GVIMS/GGTES

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Andressa Honorato Miranda de Amorim

Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro

Daniela Pina Marques Tomazini

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Mara Rúbia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

Estagiárias

Monique Elisa Silva de Oliveira

Stefani Priscila de Assis Ferreira

Thais Maria Silveira de Moraes

Coordenação

Magda Machado de Miranda Costa¹

Zenewton André da Silva Gama^{2,3}

Coordenação adjunta

Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva^{2,3}

Elaboração

Alessandra Anneliese da Silva Souza Medeiros^{3,4}

Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva^{2,3}

Natália Gentil Linhares^{3,5}

Yasmim Brena Moreira de Lima^{3,4}

Zenewton André da Silva Gama^{2,3}

Revisão Anvisa

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos¹

Andressa Honorato de Miranda Amorim¹

Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro¹

Daniela Pina Marques Tomazini¹

Heiko Thereza Santana¹

Magda Machado de Miranda Costa¹

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira¹

Revisão externa

Gabriela Lisangela Della Flora da Silva – NSP/RS - NVES-Infec/DVS/CEVS/SES

Ione Carvalho Barcelos Oliveira – NSP VISA MA

Jane Cris de Lima Cunha - Coordenação Estadual de Segurança do Paciente e de prevenção e controle das IRAS – CESPIRAS/CE

Josiane Leme Hergesel – Centro de Vigilância Sanitária – CVS/SP

Marcela das Neves Guimarães – Coordenação Estadual de Segurança do Paciente – SESA/AL

Maria Aparecida Martins de Aguiar – Centro de Vigilância Sanitária – CVS/SP

Marise Reis de Freitas^{3,6}

Nádia Aparecida Campos Dutra – Coordenação de Segurança do Paciente e Controle de Infecções – VISA MG

Roberta Cristina de Oliveira Moreira – Núcleo de Risco em Serviços de Saúde - NURISS-APEVISA

Rosa Maria Ferreira de Almeida – AGEVISA/RO

Teresa Cristina Gioia Schmidt – Centro de Vigilância Sanitária – CVS/SP

Viviane Euzébia Pereira Santos^{3,7}

Instituições

¹ Agência Nacional de Vigilância Sanitária – (GVIMS/GGTES/Anvisa)

² Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

³ Grupo CNPq/UFRN Qualidade em Serviços de Saúde - QualiSaúde

⁴ Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

⁵ Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

⁶ Departamento de Infectologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

⁷ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

O uso do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para esta avaliação nacional foi formalmente autorizado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e os resultados foram apresentados seguindo o modelo de relatório da AHRQ.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA

É permitida a reprodução parcial ou total deste Relatório, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens deste documento é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.



SUMÁRIO

Resumo executivo	6
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Conteúdo da avaliação	12
2 PARTICIPANTES	15
3 CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS	16
4 CARACTERÍSTICAS DOS RESPONDENTES	18
5 RESULTADOS PRINCIPAIS	23
7. O QUE VEM A SEGUIR? CICLOS DE MELHORIA	38
8. PARTICIPAÇÃO DAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO	40
9. DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES	42
10. REFERÊNCIAS	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 — DEFINIÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NIEVA; SORRA, 2003).	11
FIGURA 2 — FREQUÊNCIA DE RESPONDENTES SEGUNDO A FREQUÊNCIA DE NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS REALIZADAS NO ÚLTIMO ANO. BRASIL, 2021.	30
FIGURA 3 — FREQUÊNCIA DE RESPONDENTES SEGUNDO A SUA CLASSIFICAÇÃO QUANTO O NÍVEL DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SUA UNIDADE/SERVIÇO. BRASIL, 2021.	29
FIGURA 4 — INFOGRÁFICO COM AS PRINCIPAIS PERGUNTAS QUE DEVEM SER FEITAS EM UM PLANO DE AÇÃO DE UM CICLO DE MELHORIA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.	40
FIGURA 5 — PERCENTUAL DE HOSPITAIS COM LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA QUE PARTICIPARAM DA AVALIAÇÃO NACIONAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE 2021, ESTRATIFICADO POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO, E SUA COMPARAÇÃO COM A META DO PLANO INTEGRADO 2021-2025 PARA O ANO CORRENTE (30% OU MAIS).....	42

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 — DIMENSÕES DO HSOPS 1.0 E DEFINIÇÕES DAS DIMENSÕES.	13
Quadro 2 — Indicadores de boas práticas de segurança do paciente medidos por questionário no Projeto ISEP-Brasil.	14

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 — FREQUÊNCIA DE RESPOSTA GERAL E POR TIPO DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO NOS 311 HOSPITAIS PARTICIPANTES. BRASIL, 2021.	15
TABELA 2 — CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES SEGUNDO O NÚMERO DE LEITOS, ATIVIDADE DE ENSINO, NATUREZA JURÍDICA E LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA. BRASIL, 2021.	18
TABELA 3 — CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS RESPONDENTES SEGUNDO A UNIDADE OU SERVIÇO EM QUE TRABALHAM NO HOSPITAL. BRASIL, 2021.	19
TABELA 4 — CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS RESPONDENTES SEGUNDO A SUA PROFISSÃO. BRASIL, 2021.	21
TABELA 5 — CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS RESPONDENTES SEGUNDO OUTRAS VARIÁVEIS. BRASIL, 2021.	22
TABELA 6 — RESULTADOS DOS INDICADORES COMPOSTOS DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SEGUNDO CADA UMA DAS 12 DIMENSÕES. BRASIL, 2021.	26
TABELA 7 — PORCENTAGEM DE RESPOSTA POSITIVA SEGUNDO CADA ITEM QUE COMPÕE AS 12 DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO. BRASIL, 2021.	27
TABELA 8 — ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA PORCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS NOS 311 HOSPITAIS PARTICIPANTES. BRASIL, 2021.	32
TABELA 9 — ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA PORCENTAGEM DE RESPOSTA POSITIVA AOS 42 ITENS DO QUESTIONÁRIO HSOPS 1.0 NOS 311 HOSPITAIS PARTICIPANTES. BRASIL, 2021.	33
TABELA 10 — ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO ITEM EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS NOS 311 HOSPITAIS PARTICIPANTES. BRASIL, 2021.	38
TABELA 11 — ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO ITEM SOBRE CLASSIFICAÇÃO GERAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS 311 HOSPITAIS PARTICIPANTES. BRASIL, 2021.	38

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A — RESULTADOS ESTRATIFICADOS POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO DE CADA REGIÃO BRASILEIRA.	48
APÊNDICE B — INFOGRÁFICO COM RESUMO EXECUTIVO PARA DIVULGAÇÃO RÁPIDA.	53

Resumo executivo

Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais – 2021

Por que este relatório foi feito?

A cultura de segurança tem sido descrita como um componente crítico para a adesão às práticas seguras no cuidado de saúde e redução de riscos desnecessários em serviços de saúde (NQF, 2010). Assim, desde 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) adotou a estratégia de promoção de uma cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 2013b) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) regulamentou a disseminação deste componente pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) de todos os serviços de saúde (BRASIL, 2013a; ANVISA, 2016).

Alinhado com esta estratégia, dispõe-se atualmente de um instrumento eletrônico que facilita a autoavaliação da cultura de segurança do paciente (CSP) pelos serviços de saúde, favorecendo seu diagnóstico situacional, intervenções de melhoria e monitoramento contínuo (ANDRADE et al., 2017). O uso do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar (HSOPS 1.0) pelos hospitais do país foi incentivado pela Anvisa para a realização de avaliações da CSP na perspectiva de estimular a adesão à regulamentação vigente. Além disso, o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente 2021-2025 coloca como meta que 30% dos hospitais com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tenham se autoavaliado em 2021, de forma a alcançar, no mínimo, 40% em 2025 (ANVISA, 2021).

Ao considerar esses antecedentes, este relatório tem os objetivos de: (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 *benchmarks* e o desenvolvimento de intervenções para a melhoria da cultura de segurança do paciente no Brasil.

Como ele foi feito?

Esta avaliação foi realizada mediante a colaboração entre a Anvisa e o grupo de pesquisa CNPq/UFRN Qualidade em Serviços de Saúde (QualiSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A Anvisa articulou um trabalho conjunto com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para que todos os hospitais do Brasil realizassem a autoavaliação da CSP, utilizando o E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, um sistema desenvolvido e administrado pela UFRN.

Incluíram-se na análise todos os hospitais que fizeram a autoavaliação neste sistema eletrônico no período de janeiro a dezembro de 2021. Excluíram-se serviços de saúde não caracterizados como hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); hospitais com menos de 20 leitos e hospitais com menos de 10 questionários respondidos corretamente.

O instrumento utilizado (E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar) é um sistema eletrônico para avaliação válida, rápida e confiável da CSP em hospitais brasileiros (QUALISAÚDE, 2021). Para tanto, integra dois aplicativos gratuitos que dispõem de uma versão traduzida e adaptada para o Brasil do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos da América – EUA (AHRQ, 2022). Trata-se de um questionário de autopreenchimento, sem entrevistador, que contém 42 perguntas sobre 12 dimensões da CSP. Adicionalmente, o questionário contém perguntas sobre dados socioprofissionais dos respondentes e, diferente do questionário original da AHRQ, contém uma sessão a mais com perguntas-indicadores sobre boas práticas de segurança do paciente validadas no projeto “Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente - ISEP-Brasil” (GAMA et al., 2016).

O sistema eletrônico permite, entre outras funcionalidades: (1) coleta de dados mista, com a combinação de métodos à distância (e-mail inicial e até três lembretes para resposta) e presencial (com dispositivos móveis como *tablets* ou *smartphones*); (2) tratamento dos dados, com exclusão dos questionários que não cumprem os critérios mínimos para análise estabelecidos pelos criadores do questionário na AHRQ; e (3) produção de um relatório, em tempo real, conforme os profissionais respondem o questionário, o que facilita o feedback aos interessados e a promoção de intervenções de melhoria da CSP.

O que foi encontrado?

Os resultados a seguir apresentam uma visão geral da avaliação, a caracterização da amostra e os principais achados relativos aos indicadores de CSP, no período de janeiro a dezembro de 2021.

Visão geral



104.085 QUESTIONÁRIOS ENVIADOS

42.284 PROFISSIONAIS RESPONDENTES

12 DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE AVALIADAS

26 / 27 UNIDADES DA FEDERAÇÃO COM HOSPITAIS PARTICIPANTES

Caracterização da Amostra



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



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



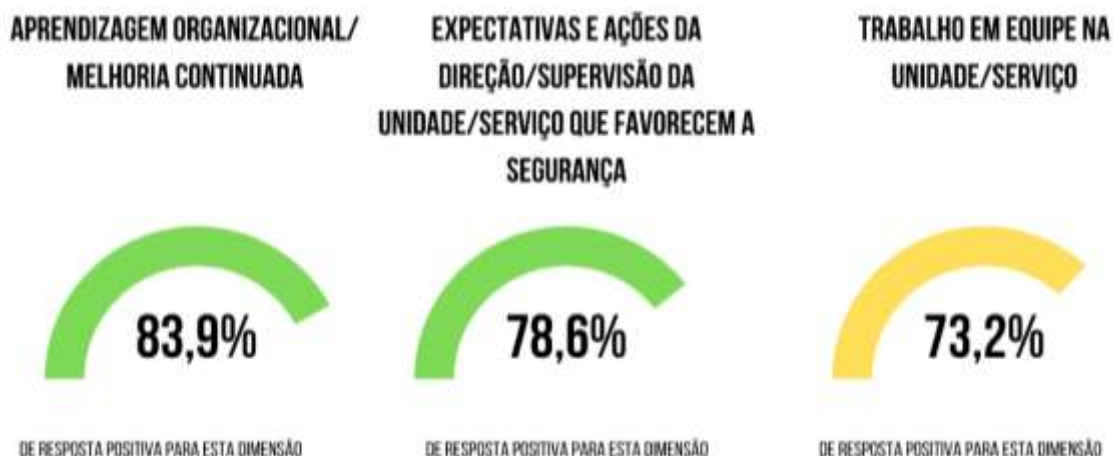
31,9%
DOS PROFISSIONAIS
TRABALHAVAM NA MESMA
ÁREA/UNIDADE ENTRE 2 E 5
ANOS.



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

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

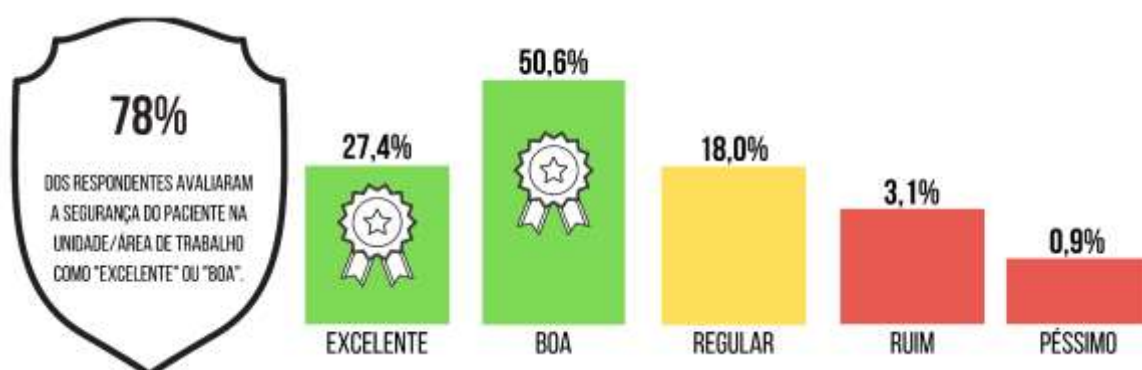
Dimensões mais fortes da Cultura de Segurança do Paciente nos Hospitais. Brasil, 2021.



Dimensões mais frágeis da Cultura de Segurança do Paciente nos Hospitais. Brasil, 2021.



Classificação Geral do Nível de Segurança do Paciente. Brasil, 2021.



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Quais as recomendações?

Esta é a primeira avaliação em larga escala sobre CSP em hospitais no Brasil. Monitorar este tipo de informação é imprescindível para alcançar o objetivo estratégico do PNSP de promover a cultura de segurança no Sistema Único de Saúde (SUS).

Identificaram-se fortalezas e fragilidades da CSP que podem orientar o planejamento de melhorias. Ao considerar os resultados obtidos, as propostas de intervenção para melhorar o clima de segurança nos hospitais são:

1. Aproveitar a atitude positiva dos profissionais e dos chefes de serviço para a aprendizagem organizacional e melhoria contínua em relação à segurança do paciente. Por exemplo, estimular ainda mais a notificação interna e investigação de incidentes de segurança, para aproveitar esta fortaleza.
 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 nas unidades e serviços.
 3. Dar máxima atenção a implementar estratégias para diminuir o medo e a punição diante de erros no cuidado de saúde, pois esta é uma grande fragilidade que pode comprometer o potencial de aprendizagem das equipes.
 4. Reduzir os gradientes de hierarquia entre os profissionais de saúde, favorecendo uma comunicação aberta e franca para a proteção dos pacientes.
- Algumas recomendações específicas para os serviços de saúde participantes

são:

1. Após a avaliação da CSP, é imprescindível implementar ciclos de melhoria da cultura de segurança. Isso envolve planejar intervenções para melhorar aquelas dimensões e itens identificados como mais frágeis no seu contexto. A avaliação da cultura não deve ser apenas o objetivo principal, mas um meio para medir e melhorar a cultura de segurança do paciente continuamente.
2. Comparar seus resultados individuais, disponíveis no sistema do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, com o desempenho dos 311 hospitais avaliados, disponível no capítulo 5.

A todos os NSP dos serviços de saúde e da vigilância sanitária, ressalta-se a importância de aderir à meta do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente 2021 – 2025 (ANVISA, 2021), implementando ciclos de autoavaliação e melhoria anuais da CSP.

1 INTRODUÇÃO

A cultura organizacional faz referência a um conjunto de valores, normas e competências que influenciam o comportamento e ações de uma equipe em uma organização. Na Cultura de Segurança do Paciente (CSP), esse conjunto determina o comprometimento da equipe em priorizar a segurança do paciente nos serviços de saúde, encarando os erros, que antes eram utilizados para culpar e punir, como oportunidades de melhoria e aprendizado (Figura 1) (BRASIL, 2013a). Ao avaliar a CSP, consegue-se visualizar e mensurar condições do serviço de saúde que acarretam ou podem acarretar possíveis danos aos pacientes (ANVISA, 2016; ANDRADE et al., 2017).

Figura 1 — Definição de cultura de segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).



Fonte: Adaptado de FAMOLARO et. al., 2021.

1.1 Conteúdo da avaliação

Este relatório consiste na apresentação dos dados da avaliação da CSP com a utilização do E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, pelos hospitais brasileiros, no período de janeiro a dezembro de 2021.

O instrumento utilizado (E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar) para coleta de dados possui uma versão traduzida e adaptada do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em versão eletrônica (ANDRADE et al., 2017). Trata-se de um sistema para avaliação válida, rápida e confiável da CSP) em hospitais brasileiros e está disponível em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/>. Para tanto, o sistema integra dois softwares que dispõem de uma versão traduzida e adaptada para o Brasil do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos da América (EUA) (AHRQ, 2022). Contém um questionário de autopreenchimento, sem entrevistador, com 42 perguntas sobre 12 dimensões da CSP. Adicionalmente, o questionário contém perguntas sobre dados socioprofissionais dos respondentes e, diferente do questionário original da AHRQ, contém uma sessão a mais com perguntas-indicadores sobre boas práticas de segurança do paciente validadas no projeto ISEP-Brasil (GAMA et al., 2016).

O sistema eletrônico permite, entre outras funcionalidades: (1) coleta de dados mista, com a combinação de métodos à distância (e-mail inicial e até três lembretes para resposta) e presencial (com dispositivos móveis como tablets ou smartphones); (2) tratamento dos dados com exclusão dos questionários que não cumprem os critérios mínimos para análise estabelecidos pelos criadores do questionário na AHRQ; e (3) produção de um relatório, em tempo real, conforme os profissionais respondem o questionário, o que facilita o feedback aos interessados e a promoção de intervenções de melhoria da CSP.

Assim, os dados utilizados para construção deste relatório foram coletados com a utilização da versão 1.0 do HSOPS, que conta com 12 dimensões da CSP; e com perguntas-indicadores do Projeto ISEP-Brasil (GAMA et al., 2016; GAMA et al., 2018). No total, o questionário possui 62 perguntas e é dividido em 7 seções. O **Quadro 1** define as 12 dimensões da CSP presentes no questionário e o **Quadro 2** refere-se aos indicadores de boas práticas do ISEP-Brasil.

Quadro 1 — Dimensões do HSOPS 1.0 e definições das dimensões.

Dimensões do HSOPS 1.0	Definição
Frequência de notificação de eventos	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.
Percepção de segurança	Avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	Avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões e reconhecem a participação dos funcionários para a segurança do paciente.
Aprendizagem organizacional/melhoria contínua	Avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas.
Trabalho em equipe na unidade/serviço	Define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
Abertura para comunicações	Avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.
Feedback e comunicação sobre erros	Avalia a percepção dos funcionários no hospital: se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e se discutem estratégias para evitar erros no futuro.
Resposta não-punitiva para erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros podem ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.
Dimensionamento de pessoal	Avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	Avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.
Trabalho em equipe entre unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam e realizam um trabalho integrado para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.

Fonte: Adaptação de REIS, 2013

Quadro 2 — Indicadores de boas práticas de segurança do paciente medidos por questionário no Projeto ISEP-Brasil.

Perguntas ISEP-Brasil	Grupo das práticas seguras do <i>National Quality Forum</i> (2010)
Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, ou qualquer outro cuidado e procedimento a ser realizado com o paciente, o profissional que escuta repete a ordem em voz alta para quem a emitiu, para assegurar-se de que ela tenha sido bem compreendida?	Grupo 4: facilitar a transferência de informação e comunicação clara
Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado com o paciente, os profissionais anotam a ordem recebida no documento clínico correspondente?	Grupo 4: facilitar a transferência de informação e comunicação clara
Antes de realizar uma nova prescrição, a lista de medicamentos que o paciente está tomando é revisada?	Grupo 4: facilitar a transferência de informação e comunicação clara
Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente	Grupo 4: facilitar a transferência de informação e comunicação clara
As informações que afetam o diagnóstico do paciente são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?	Grupo 4: facilitar a transferência de informação e comunicação clara
Antes de assinar o consentimento informado, é solicitado ao paciente ou ao seu representante que repita o que ele entendeu sobre os possíveis riscos de se submeter ou recusar o exame, cirurgia ou tratamento envolvido? (Responder se for profissional médico)	Grupo 2: consentimento informado, tratamentos paliativos, comunicação de eventos adversos e atenção ao profissional envolvido em incidentes de segurança
Pacientes provavelmente terminais são questionados com antecedência sobre as suas preferências a respeito das condutas de manutenção da vida? (Responder somente se a sua unidade atende pacientes provavelmente terminais).	Grupo 2: consentimento informado, tratamentos paliativos, comunicação de eventos adversos e atenção ao profissional envolvido em incidentes de segurança
Os profissionais recebem prescrições verbais relacionadas à quimioterapia? (Responder somente se a sua unidade oferece tratamento quimioterápico)	Grupo 4: facilitar a transferência de informação e comunicação clara
Durante a alta, os pacientes recebem orientações verbais e escritas quanto à continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento ambulatorial?	Grupo 4: facilitar a transferência de informação e comunicação clara

Fonte: GAMA et al., 2016; GAMA et al., 2018

2 PARTICIPANTES

Este capítulo descreve os números dos participantes na avaliação. Foram consideradas apenas as avaliações que cumpriram os critérios de inclusão: ter realizado a avaliação no período de 1 de janeiro até 31 de dezembro de 2021. Ademais, foram excluídas do relatório nacional as avaliações: 1) de serviços que não eram registrados como hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2) de hospitais com menos de 20 leitos; e 3) de hospitais com menos de 10 questionários respondidos corretamente, pois os criadores do questionário estabelecem este número mínimo (SORRA, 2016). Este número de casos pode ser insuficientes para estimar com precisão o nível de CSP em um hospital, mas incluir essas respostas contribuiu para um maior número de respostas na estimativa nacional, que era o principal objetivo do relatório.

A **tabela 1** apresenta as frequências de resposta obtidas.

Destaques sobre os participantes



Tabela 1 — Frequência de resposta geral e por tipo de preenchimento do questionário nos 311 hospitais participantes. Brasil, 2021.

Frequência de resposta geral	Número	%
Número de questionários enviados	104.085	100,0
Número de questionários respondidos	42.284	40,4
Modo de preenchimento	Número	%
Via e-mail	6.182	14,6
Via aplicativo	36.102	85,4

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

3 CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS

Este capítulo apresenta informações sobre as características dos 311 hospitais incluídos. As variáveis consideradas foram o número de leitos, existência de leitos de UTI, a atividade de ensino, a natureza jurídica e a localização geográfica (**Tabela 2**).

Destaques sobre a caracterização dos hospitais participantes



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Tabela 2 — Caracterização dos hospitais participantes segundo o número de leitos, atividade de ensino, natureza jurídica e localização geográfica. Brasil, 2021.

Número de Leitos	Número	%
Até 50 leitos	27	8,7
51 - 100 leitos	68	21,9
101 - 200 leitos	123	39,5
201 - 300 leitos	49	15,8
301 - 400 leitos	23	7,4
401 - 500 leitos	11	3,5
Acima de 501 leitos	10	3,2
Possui leitos de UTI	Número	%
Não	40	12,9
Sim	271	87,1
Atividade de Ensino	Número	%
Não	185	59,5
Sim	126	40,5
Natureza Jurídica	Número	%
Público	167	53,7
Privado filantrópico	77	24,8
Privado com fins lucrativos	67	21,5
Localização Geográfica	Número	%
Região Nordeste	145	46,6
Região Sul	46	14,8
Região Sudeste	72	23,2
Região Centro-Oeste	25	8,0
Região Norte	23	7,4

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Região Sul: PR, RS, SC

Região Nordeste: BA, MA, PI, CE, RN, PB, PE, AL, SE

Região Sudeste: MG, ES, RJ, SP

Região Centro-Oeste: MT, GO, MS, DF

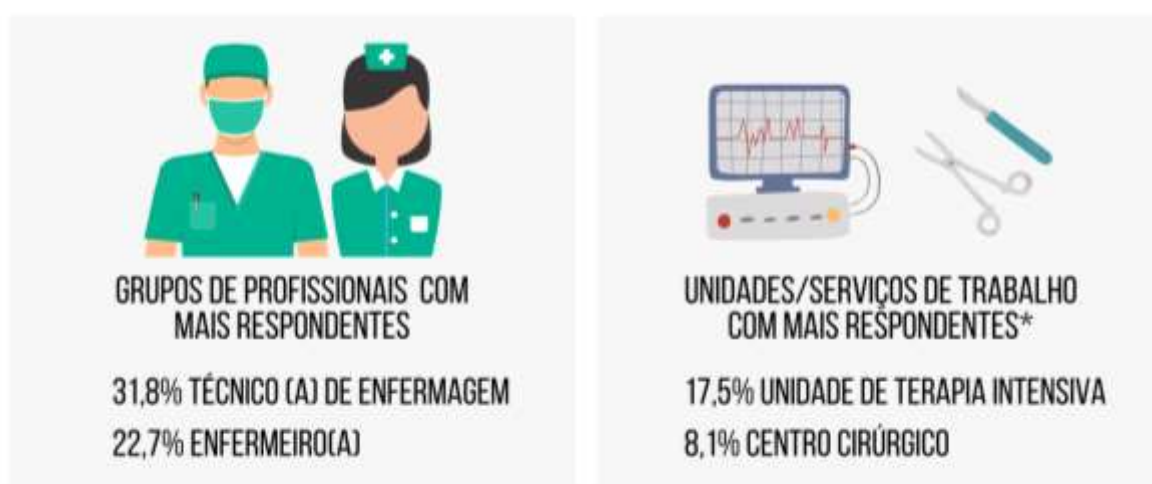
Região Norte: RO, AC*, AM, RR, AP, PA, TO

*Estado não participante

4 CARACTERÍSTICAS DOS RESPONDENTES

Este capítulo descreve as características dos 42.284 profissionais respondentes aos questionários de avaliação. As **Tabelas 3, 4 e 5** apresentam uma descrição detalhada das características dos profissionais quanto à unidade/serviço em que trabalham no hospital, sua profissão e outras variáveis de interesse.

Destaques da caracterização dos profissionais respondentes



*A unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico apresentaram maior frequência em relação às demais unidades. No entanto, ressalta-se que 40,3% dos respondentes identificaram seu serviço/unidade como “outros”.

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Tabela 3 — Caracterização dos profissionais respondentes segundo a unidade ou serviço em que trabalham no hospital. Brasil, 2021.

Serviço	Número	%
Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	5.877	17,5
Centro Cirúrgico	2.727	8,1
Emergência	2.264	6,7
Medicina Clínica	2.092	6,2
Farmácia	1.497	4,6
Pediatria	1.496	4,5
Obstetrícia	1.490	4,4
Radiologia	695	2,1
Laboratório	777	2,3
Reabilitação	597	1,8
Psiquiatria/Saúde mental	280	0,8
Anestesiologia	229	0,7
Outros	13.591	40,3
Total	33.542	100
Sem resposta	8.742	
Total geral	42.284	

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Tabela 4 — Caracterização dos profissionais respondentes segundo a sua profissão. Brasil, 2021.

Profissão	Número	%
Técnico e Auxiliar de Enfermagem	11.251	33,3
Enfermeiro	7.670	22,7
Médico	2.007	5,9
Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	1.861	5,5
Auxiliar Administrativo/Secretário	1.549	4,6
Técnico em diagnóstico (por ex. ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	1.274	3,8
Farmacêutico	926	2,7
Administração/Direção	823	2,4
Nutricionista	654	1,9
Assistente Social	555	1,6
Psicólogo	348	1,0
Dentista	84	0,3
Outros	4.822	14,3
Total	33.824	100
Não informou a profissão	8.460	
Total geral	42.284	

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Tabela 5 — Caracterização dos profissionais respondentes segundo outras variáveis. Brasil, 2021.

Tempo trabalhado neste hospital	Número	%
Menos que 1 ano	6.350	25,5
De 1 a 5 anos	7.319	29,4
De 6 a 10 anos	5.845	23,6
De 11 a 15 anos	2.422	9,7
De 16 a 20 anos	1.347	5,5
21 anos ou mais	1.568	6,3
Total	24.851	100
Sem resposta	17.433	
Total geral	42.284	

Tempo trabalhado na unidade/serviço atual	Número	%
Menos que 1 ano	6.635	26,8
De 1 a 5 anos	7.876	32,0
De 6 a 10 anos	5.516	22,3
De 11 a 15 anos	2.310	9,3
De 16 a 20 anos	1.126	4,6
21 anos ou mais	1.234	5,0
Total	24.697	100
Sem resposta	17.587	
Total geral	42.284	

Horas trabalhadas por semana	Número	%
Até 20 horas	4.368	13,0
De 21 a 39 horas	15.178	45,2
40 horas ou mais	14.015	41,8
Total	33.561	100
Sem resposta	8.723	
Total geral	42.284	

Interação ou contato direto com os pacientes	Número	%
SIM, eu costumo ter interação ou contato direto com os pacientes	26.847	78,1
NÃO, eu NÃO costumo ter contato ou interação direta com os pacientes	7.535	21,9
Total	34.382	100
Sem resposta	7.902	
Total geral	42.284	

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

5 RESULTADOS PRINCIPAIS

Este capítulo apresenta os indicadores de CSP calculados a partir da resposta aos questionários. Incluem-se a porcentagem média das respostas positivas para cada uma das 12 dimensões e seus itens. Entende-se por respostas positivas: aquelas em que os profissionais concordaram com comportamentos ou atitudes bons para a segurança; e aquelas em que os profissionais discordaram de comportamentos ou atitudes ruins para a segurança.

Destaques das fragilidades e fortalezas das dimensões da cultura de segurança

FORTALEZAS DA CULTURA DE SEGURANÇA NA MAIORIA DOS HOSPITAIS

APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL/
MELHORIA CONTINUADA



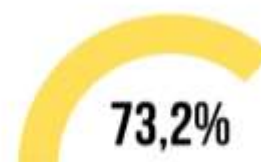
DE RESPOSTA POSITIVA PARA ESTA DIMENSÃO

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

ÁREAS COM POTENCIAL DE MELHORIA PARA A MAIORIA DOS HOSPITAIS

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

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

São apresentados a seguir os resultados gerais por indicadores composto e por itens. O método de cálculo dos percentuais de resposta positiva do indicador composto e de item são os recomendados pelos criadores do questionário.

Resultados dos indicadores compostos

A **Tabela 6** mostra a média da porcentagem de respostas positivas no total de hospitais participantes. Os indicadores compostos foram resumidos para todos os hospitais na análise. O E-questionário apresenta as medidas compostas em ordem, desde a maior porcentagem de resposta positiva média até a mais baixa.

Resultados dos itens

A **Tabela 7** mostra a média da porcentagem de resposta positiva por itens. Os itens estão listados em suas respectivas dimensões da cultura de segurança (ou indicadores compostos), na ordem em que aparecem no questionário.

Número de eventos notificados

A **Figura 2** mostra os resultados do item que pergunta aos respondentes quantos eventos de segurança do paciente eles notificaram.

Classificação geral sobre segurança do paciente

A **Figura 3** mostra os resultados do item que pergunta a respeito da classificação geral sobre segurança do paciente em sua unidade/serviço de trabalho.

Tabela 6 — Resultados dos indicadores compostos de cultura de segurança do paciente segundo cada uma das 12 dimensões. Brasil, 2021.

Indicadores compostos de cultura de segurança do paciente	% de respostas positivas
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	83,9
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança	78,6
Trabalho em equipe na unidade/serviço	73,2
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	66,6
Feedback e comunicação sobre erros	62,6
Trabalho em equipe entre unidades	58,6
Frequência de eventos notificados	56,5
Abertura para comunicação	54,3
Dimensionamento de pessoal	54,0
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	52,8
Percepção de segurança	49,5
Resposta não punitiva para erros	31,8

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Tabela 7 — Porcentagem de resposta positiva segundo cada item que compõe as 12 dimensões do questionário. Brasil, 2021.

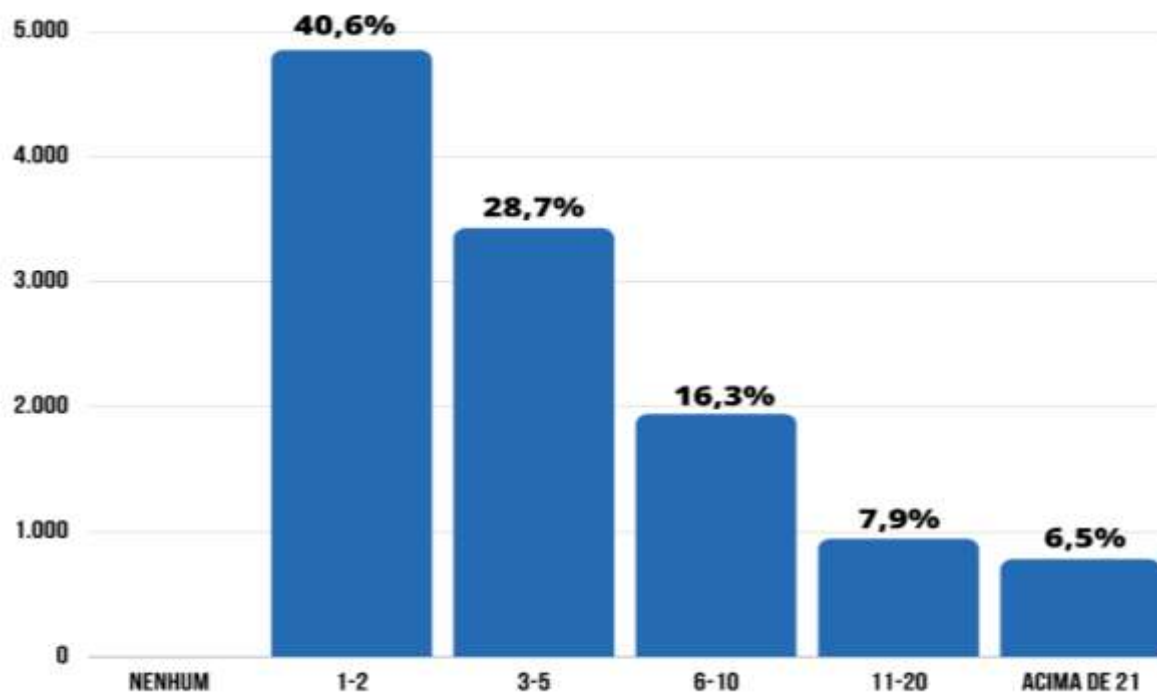
1. Frequência de eventos notificados	%
Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?	61,3
Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?	51,8
Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?	56,3
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
3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	%
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	73,0
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.	78,9
Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	78,9
O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	83,5
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
5. Trabalho em equipe na unidade/serviço	%
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	70,4
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	78,1
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	77,7
Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas.	66,8
6. Abertura para comunicações	%

Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.	75,9
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.	43,3
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	43,5
7. Feed-back e comunicação sobre erros	%
Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificações de eventos.	61,8
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	55,7
Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam.	70,5
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
9. Dimensionamento de pessoal	%
Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.	40,3
Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva.	44,8
A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente.	77,4
Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido.	56,1
10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	%
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	70,3
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade.	68,6
A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	60,9
11. Trabalho em equipe entre unidades	%
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	49,7
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	68,9
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	57,4
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	68,2

12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	%
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?	51,3
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	48,8
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	45,0
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	65,8

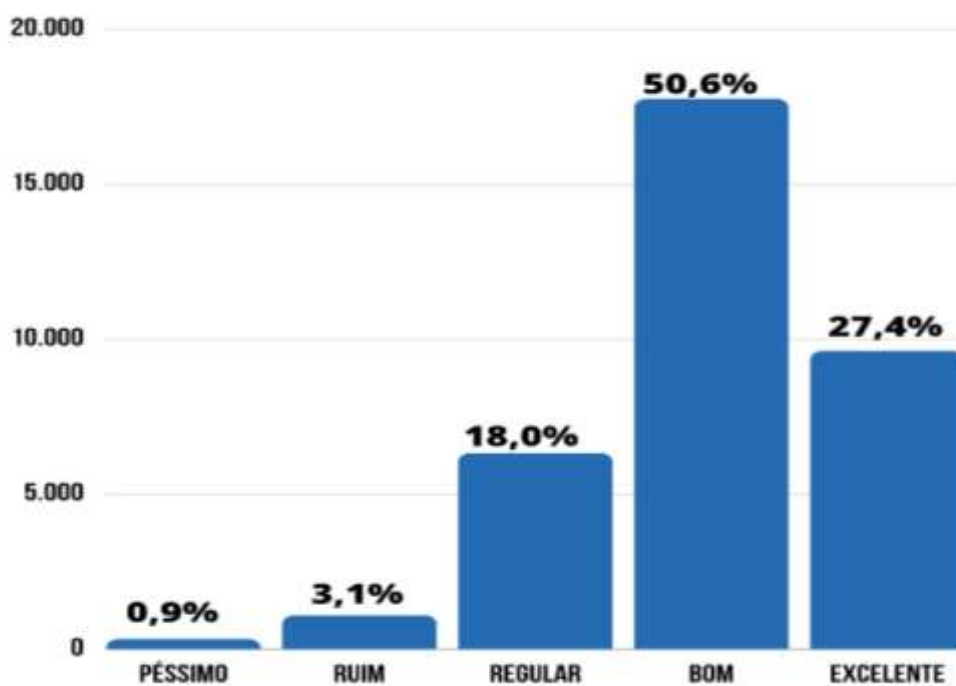
Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Figura 2 — Frequência de respondentes segundo a frequência de notificações de eventos realizadas no último ano. Brasil, 2021.



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Figura 3 — Frequência de respondentes segundo a classificação do nível de segurança do paciente em sua unidade/serviço. Brasil, 2021.



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

6 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados neste capítulo devem ser usados para complementar os esforços do seu hospital para identificar dimensões e itens fortes, bem como dimensões e itens em que se faz necessário concentrar esforços para melhorar a CSP.

Para comparar os resultados da avaliação de um hospital com os dados agregados do banco de dados, primeiro observe a porcentagem de resposta positiva do seu hospital nos itens do questionário e nos 12 indicadores compostos (dimensões da cultura de segurança), bem como o número de eventos notificados e a classificação geral sobre a CSP.

Os resultados de cada hospital podem ser comparados com as médias do banco de dados e os percentis de todos os hospitais do banco de dados.

Ao comparar os resultados do seu hospital com os resultados do banco de dados, tenha em mente que o banco de dados fornece apenas a situação encontrada nos participantes da avaliação. Embora o seu hospital possa ter resultados mais altos do que as estatísticas do banco de dados, ainda pode haver oportunidades para melhorias em uma unidade/serviço dentro do seu hospital.

Tabelas de indicadores compostos e itens

A **Tabela 8** apresenta estatísticas (média do percentual de respostas positivas, desvio padrão, percentual mínimo e máximo e os percentis 10, 25, 50, 75 e 90) para cada um dos 12 indicadores compostos ou dimensões do HSOPS 1.0.

A **Tabela 9** apresenta as mesmas estatísticas para cada um dos 42 itens do questionário. Os itens são listados em seus respectivos indicadores compostos, com os itens redigidos positivamente listados antes dos itens redigidos negativamente.

A **Tabela 10** apresenta estatísticas para o número de eventos de segurança do paciente notificados. As estatísticas incluem a porcentagem média de respostas a cada frequência de notificação ("1 a 2", "3 a 5", "6 a 10", "11 a 20" e "21 ou mais").

A **Tabela 11** apresenta estatísticas do nível de segurança do paciente na unidade/serviço de trabalho dentro do hospital. Os resultados apresentados no quadro representam a porcentagem média de respostas como "Excelente" ou "Bom".

Tabela 8 — Estatística descritiva da porcentagem de respostas positivas nos 311 hospitais participantes. Brasil, 2021.

Dimensões	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

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Tabela 9 — Estatística descritiva da porcentagem de resposta positiva aos 42 itens do questionário HSOPS 1.0 nos 311 hospitais participantes. Brasil, 2021.

Itens dos indicadores compostos	Mínimo, máximo e percentis								
	Média	Desvio padrão	Min.	%til 10	%til 25	Mediana/ %til 50	%til 75	%til 90	Máx.
Frequência de eventos notificados									
% Quase sempre/Sempre									
Os erros identificados e corrigidos antes de atingir o paciente são notificados com que frequência? (Item 29)	61,3	17,1	10,0	38,5	48,5	63,2	73,7	82,4	100,0
Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência? (item 30)	51,8	16,7	10,0	28,8	39,0	52,5	64,8	72,7	100,0
Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência? (Item 31)	56,3	16,7	10,0	33,3	43,8	57,9	68,9	78,3	100,0
Percepção de segurança									
% Concordo/Concordo Totalmente									
A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho (Item 15)	22,3	11,4	0,0	9,1	13,5	21,1	30,8	37,3	76,9
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros (Item 18)	58,8	19,9	8,3	32,7	42,3	59,5	75,3	82,5	100,0
% Discordo/Discordo Totalmente									
Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte (Item 10)	77,0	11,8	20,0	62,1	69,9	78,6	85,1	90,7	100,0
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente (Item 17)	40,1	20,6	0,0	14,4	23,6	38,8	55,6	68,9	100,0
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança									
% Concordo/Concordo Totalmente									
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de	73,0	12,9	28,6	55,3	64,3	74,8	82,4	89,9	100,0

acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente (item 19)									
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente (Item 20)	78,9	10,0	46,1	65,2	72,4	80,0	85,7	91,0	100,0
	% Discordo/Discordo Totalmente								
Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas” (item 21)	78,9	10,1	28,6	66,7	72,6	79,2	85,7	90,9	100,0
O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente (Item 22)	83,5	10,4	42,9	68,8	77,8	85,7	91,4	90,9	100,0
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	% Concordo/Concordo Totalmente								
Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente (Item 6)	87,5	10,5	30,0	75,5	81,8	90,3	94,5	100,0	100,0
Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo (Item 9)	88,3	9,0	46,7	75,4	84,1	90,9	94,4	96,9	100,0
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade (item 13)	75,5	12,7	37,8	57,2	66,6	77,4	84,8	89,8	100,0
Trabalho em equipe na unidade/serviço	% Concordo/Concordo Totalmente								
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras (Item 1)	70,4	13,5	23,1	53,0	62,2	71,4	78,4	86,5	100,0
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente (Item 3)	78,1	11,0	26,7	63,5	72,7	80,0	85,4	90,9	100,0
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito (Item 4)	77,7	11,7	27,3	61,2	71,4	79,5	85,6	92,1	100,0
Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas (Item 11)	66,8	13,1	14,3	50,8	58,3	67,9	76,1	83,3	100,0
Abertura para comunicação	% Quase sempre/Sempre								

Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente (item 24)	75,9	11,5	45,2	60,6	68,2	76,3	83,3	91,6	100,0
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores (item 26)	43,3	13,6	9,1	27,9	35,0	42,2	50,0	61,4	100,0
	% Quase nunca/Nunca								
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo (item 28)	43,5	12,3	14,3	26,9	36,4	43,8	50,9	58,1	100,0
Feedback e comunicação sobre erros	% Concordo/Concordo Totalmente								
Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos (item 23)	61,8	15,3	18,2	41,7	51,0	63,0	72,7	81,8	100,0
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade (Item 25)	55,7	16,6	0,0	34,4	44,3	57,4	65,9	76,6	100,0
Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam (Item 27)	70,5	15,8	23,1	46,9	59,7	73,3	81,9	89,4	100,0
Resposta não punitiva para erros	% Discordo/Discordo Totalmente								
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles (Item 8)	25,8	11,6	0,0	13,9	19,5	24,2	30,3	38,0	100,0
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (Item 12)	44,0	16,2	8,7	25,7	32,9	41,5	52,6	66,7	100,0
Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais (item 16)	25,2	11,6	0,0	13,4	18,7	24,0	29,6	36,0	92,9
Dimensionamento de pessoal	% Concordo/Concordo Totalmente								
Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho (item 2)	40,3	19,4	0,0	17,5	25,2	38,6	52,9	65,4	100,0

A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente (Item 7)	77,4	11,9	18,2	62,5	70,8	78,7	85,5	90,8	100,0
% Discordo/Discordo Totalmente									
Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva (Item 5)	44,8	16,6	0,0	25,0	33,0	43,8	55,7	66,6	93,3
Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido (item 14)	56,1	16,0	7,7	34,0	45,3	55,8	67,9	76,5	100,0
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	% Concordo/Concordo Totalmente								
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente (Item 32)	70,3	19,7	17,6	42,7	55,1	74,2	86,5	92,3	100,0
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade máxima (Item 39)	68,6	20,4	16,7	37,5	54,5	72,7	86,1	91,2	100,0
% Discordo/Discordo Totalmente									
A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso (item 40)	60,9	19,1	5,9	33,6	47,1	64,3	75,6	82,8	100,0
Trabalho em equipe entre unidades	% Concordo/Concordo Totalmente								
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto (item 35)	58,9	17,9	11,5	36,6	45,3	60,0	72,4	82,3	100,0
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes (item 41)	68,2	18,6	18,2	40,0	55,5	72,0	82,4	90,4	100,0
% Discordo/Discordo Totalmente									
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si (item 33)	49,7	17,1	9,1	27,4	36,4	50,0	62,5	70,8	100,0

Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital (item 37)	57,4	13,8	16,0	40,0	47,8	57,8	67,6	75,0	100,0
--	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	% Discordo/Discordo Totalmente								
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital? (Item 34)	51,3	15,0	15,4	31,1	41,9	50,8	60,8	71,6	100,0
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno (item 36)	48,8	16,6	7,7	27,5	36,4	49,0	60,6	70,2	100,0
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital (item 38)	45,0	17,4	0,0	21,4	32,5	45,2	56,6	68,5	100,0
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes (Item 42)	65,8	16,5	8,3	41,7	54,7	66,7	77,8	86,2	100,0

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Tabela 10 — Estatística descritiva do item eventos adversos notificados nos 311 hospitais participantes. Brasil, 2021.

Mínimo, Máximo e percentis									
Eventos adversos notificados	Média	Desvio padrão	Min.	%til 10	%til 25	Mediana/ %til 50	%til 75	%til 90	Máx.
de 1 a 2 casos	39,2	20,0	0,0	14,3	28,1	38,5	50,0	64,3	100,0
de 3 a 5 casos	26,9	14,0	0,0	9,1	20,0	28,0	33,3	40,4	100,0
de 6 a 10 casos	16,5	11,5	0,0	0,0	10,0	15,6	22,2	32,8	66,7
de 11 a 20 casos	8,9	9,7	0,0	0,0	0,0	7,1	12,5	22,6	50,0
mais de 21 casos	7,9	10,2	0,0	0,0	0,0	5,0	11,1	20,0	50,0

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Tabela 11 — Estatística descritiva do item da classificação geral da segurança do paciente nos 311 hospitais participantes. Brasil, 2021.

Mínimo, máximo e percentis									
Classificação da segurança do paciente no ambiente de trabalho	Média	Desvio padrão	Min.	%til 10	%til 25	Mediana/ %til 50	%til 75	%til 90	Máx.
Excelente ou Bom	72,1	18,3	20,0	45,0	59,1	75,0	87,3	93,4	100,0

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

7. O QUE VEM A SEGUIR? CICLOS DE MELHORIA

Este relatório traz informações reais acerca das principais barreiras para o desenvolvimento de uma CSP nos hospitais e, conseqüentemente, sinaliza a necessidade de diferentes estratégias de melhoria para superar os obstáculos encontrados.

Dessa forma, sugere-se que as informações sobre a avaliação da CSP aqui apresentadas não sejam um fim em si mesmas. É imprescindível que o SUS e os serviços de saúde em geral utilizem a avaliação da CSP para a tomada de decisões e para mudar para melhor a situação da assistência à saúde no Brasil. Isso envolve iniciar ciclos de melhoria que incluam o planejamento e implementação de mudanças para melhorar os indicadores encontrados.

A AHRQ recomenda a utilização da Ferramenta de Planejamento de Ações para o Relatório de Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente e pode ser um bom instrumento para utilizar nos hospitais. O seu objetivo é precisamente utilizá-la após a avaliação e consolidação dos dados. O primeiro passo é desenvolver um Plano de Ação seguindo as quatro etapas e respondendo as 11 perguntas que auxiliam no registro das metas, intervenções, recursos necessários, medidas de processos, resultados e cronogramas.

O infográfico da **Figura 4** apresenta as várias perguntas que devem ser consideradas no planejamento dos ciclos de melhoria da CSP.

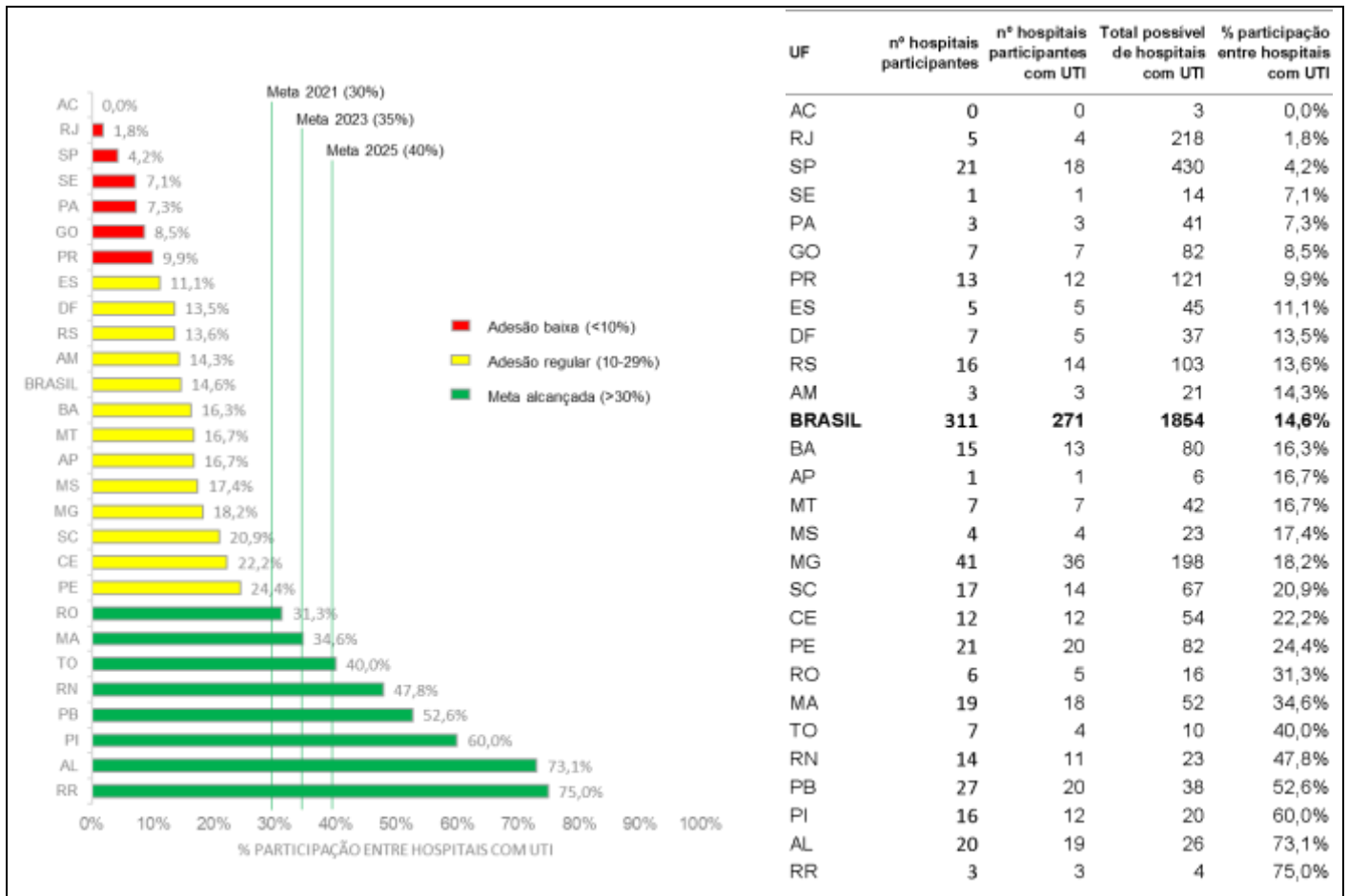
Figura 4 — Infográfico com as principais perguntas que devem ser feitas em um plano de ação de um ciclo de melhoria da cultura de segurança do paciente.



8. PARTICIPAÇÃO DAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO

A Meta 12 do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente 2021-2025 estabeleceu que 30% dos hospitais com leitos de UTI deveriam participar desta avaliação nacional de cultura de segurança no ano de 2021 (ANVISA, 2021). Neste sentido, a Figura 5 mostra que 26 das 27 Unidades da Federação (UF) participaram da avaliação e 8 delas alcançaram essa meta. Além disso, os dados também sinalizam as UF em que se deve fazer um maior esforço para participar da avaliação da cultura de segurança do paciente no próximo ano.

Figura 5. Percentual de hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva que participaram da Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente de 2021 em cada unidade da federação, e sua comparação com a Meta do Plano Integrado 2021-2025 para o ano corrente (30% ou mais).



OBS: O numerador e denominador de hospitais para o cálculo desta ilustração é restrito aos hospitais com leitos de UTI, diferente das demais estatísticas do relatório, que considerou todos os hospitais participantes.

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa; Grupo QualiSaúde/UFRN, 2022.

Em 2023, conforme o Plano Integrado 2021-2025, a meta de participação de hospitais será de 35% (ANVISA, 2021). Espera-se que estas avaliações cíclicas ajudem os NSP no seu papel de disseminar a CSP, conforme estabelecido na RDC Anvisa nº 36 de 2013 (BRASIL, 2013a). O uso dos dados da autoavaliação permite que o serviço se autorregule em relação à CSP e crie um ambiente favorável à implementação de outras práticas de segurança nos serviços de saúde, seguindo a legislação vigente e as diretrizes do PNSP (BRASIL, 2013b).

O **Apêndice 3** apresenta os resultados estratificados das dimensões da CSP em cada unidade da federação. Essas informações podem ser utilizadas para que os NSP dos serviços de saúde e dos estados (NSP VISA), possam ter uma visão mais próxima do desempenho no seu contexto.

9. DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

Esta é a primeira avaliação em larga escala sobre CSP no Brasil e monitorar este tipo de informação é imprescindível para alcançar o objetivo estratégico do PNSP de promover a cultura de segurança no SUS.

As estimativas deste relatório têm algumas limitações:

(1) Devido ao fato de ser uma avaliação voluntária em 311 hospitais, ela não é necessariamente representativa do nível de cultura de segurança no conjunto de hospitais brasileiros;

(2) Ao tentar aproveitar o máximo de respostas para a análise agregada nacional e estadual, algumas das avaliações do hospital com amostra insuficiente ou baixa taxa de resposta podem não ser representativas de seu próprio hospital.

(3) Ao uma autoavaliação, os resultados devem ser compreendidos como uma perspectiva dos profissionais sobre o seu contexto, não necessariamente uma realidade.

(4) As frequências de avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em 2021 nos hospitais com UTI, em cada estado e nacional, podem estar subestimadas, pois este relatório considera apenas aqueles serviços de saúde que realizaram sua avaliação com o E-Questionário. Para fins de acompanhamento da meta nacional, sugere-se que a vigilância sanitária complemente esta informação com aqueles serviços que não aderiram à ferramenta.

Mesmo com estas limitações, identificaram-se fortalezas e fragilidades da CSP que podem orientar o planejamento de melhorias.

Considerando os resultados obtidos, as recomendações para melhorar o clima de segurança em nossos hospitais são:

1. Aproveitar a atitude positiva dos profissionais e dos chefes de serviço para a aprendizagem organizacional e melhoria contínua em relação à segurança do paciente. Por exemplo, estimular ainda mais a notificação interna e investigação de incidentes de segurança, para aproveitar esta fortaleza.

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.

3. Dar máxima atenção e implementar estratégias para diminuir o medo e a punição diante de erros no cuidado de saúde, pois esta é uma grande fragilidade que pode deixar escapar o potencial de aprendizagem das equipes.

4. Reduzir os gradientes de hierarquia entre os profissionais de saúde, favorecendo uma comunicação aberta e franca para a identificação de problemas e proteção dos pacientes.

Recomendações específicas para os serviços de saúde participantes:

1. Após a avaliação da CSP, é imprescindível implementar ciclos de melhoria da cultura de segurança. Isso envolve divulgar os resultados entre os colaboradores e planejar intervenções para melhorar aquelas dimensões e itens identificados como mais frágeis no seu contexto. A avaliação da cultura não deve ser apenas o objetivo principal, mas um meio para medir e melhorar a CSP continuamente.

Quanto à periodicidade das avaliações, alguns serviços referem que é difícil mudar o nível de CSP de um ano para outro. No entanto, não há consenso sobre o tempo ideal, se a cada ano, dois anos ou mais. A recomendação mais restritiva é não reaplicar menos de seis meses depois, pois é um período muito curto para variações na cultura. O sucesso em um ano ou dois anos pode depender muito da intensidade e da efetividade da intervenção realizada durante esse período.

2. Comparar seus resultados individuais, disponíveis no sistema do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, com o desempenho dos 311 hospitais avaliados, disponível no capítulo 6, ou com os hospitais da sua unidade da federação (Apêndice A).

A todos os NSP dos serviços de saúde:

1. A importância de 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.

A todos os NSP VISA:

1. Envidar esforços para que os serviços de saúde de sua esfera de gestão alcancem a meta do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente 2021 -2025. A avaliação é uma atividade dos serviços de saúde, mas o controle da mesma é uma responsabilidade compartilhada de todo o SNVS. O sucesso nesta ação de meta-regulação evidencia a qualidade do trabalho da Visa.

Espera-se que os dados desse relatório sejam efetivamente utilizados pelos hospitais brasileiros, pelo SNVS e por outros atores do SUS, para ajudá-los no alcance de sua missão de garantir serviços de saúde livres de riscos desnecessários para os cidadãos brasileiros.

10. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025**. Brasília: ANVISA, 2021.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - AHRQ. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>. Acesso em: 16 mar. 2022.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima de; MELO, Laiza Oliveira Mendes de; SILVA, Ivanise Gomes da; SOUZA, Roselma Marinho de; LIMA, André Luiz Barbosa de; FREITAS, Marise Reis de; BATISTA, Almária Mariz; GAMA, Zenewton André da Silva. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 455-468, jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013a. Seção I, p.32-33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013b. Seção 1, p. 43.

Famolaro T, Hare R, Yount ND, Fan L, Liu H, Sorra J. **Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Hospital Survey 2.0: 2021 User Database Report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2021. 44p.

GAMA, Zenewton André da Silva; SATURNO-HERNÁNDEZ, Pedro Jesus; RIBEIRO, Denise Nieuwenhoff Cardoso; FREITAS, Marise Reis de; MEDEIROS, Paulo José de; BATISTA, Almária Mariz; BARRETO, Analúcia Filgueira Gouveia; LIRA, Benize Fernandes; MEDEIROS, Carlos Alexandre de Souza; VASCONCELOS, Cilane Cristina Costa da Silva. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 32, n. 9 [Acessado 16 Março 2022], e00026215. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00026215>>.

GAMA, Zenewton; SATURNO-HERNÁNDEZ, Pedro; BATISTA, Almária; BARRETO, Analúcia; LIRA, Benize; MEDEIROS, Carlos; VASCONCELOS, Cilane; SILVA, Edna da; FARIA, Eduardo; DANTAS, Jane; JÚNIOR, José Neto; MEDEIROS, Luana de; FREITAS, Marise de; SICOLO, Miguel; FONSECA, Patrícia; MEDEIROS, Paulo; COSTA, Rosângela; MONTE, Francisca; MELO NETO, Veríssimo de; RIBEIRO, Denise. **Mensuração de boas práticas de segurança do paciente**. Natal:EDUFRN, 2018. 164 p.

NIEVA, Verônica F; SORRA, Joann. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety

in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v. 12, Suppl II, p. 17–23, 2003. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_2/ii17.full.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2022.

NATIONAL QUALITY FORUM - NQF. **Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report**. Washington, DC: NQF, 2010. 445p.

QUALISAÚDE. **Avaliação da cultura de segurança do paciente**. 2021. Disponível em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/>. Acesso em: 15 jul. 2022.

REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. xiii,203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SORRA, Joann; GRAY, Laura; STREAGLE, Suzanne; FAMOLARO, Theresa; YOUNT, Naomi; BEHM, Jessica. **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). AHRQ Publication No. 18-0036-EF (Replaces 04-0041, 15(16)-0049-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. 51p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Alliance for Patient Safety. **Forward Programme 2006-2007**. Geneva: WHO Press, 2006. 56p.

Apêndice A — Resultados estratificados por unidade da federação de cada região brasileira.

Região Centro-Oeste

UF	DF	GO	MS	MT
Nº hospitais	7	7	4	7
Dimensões	Média	Média	Média	Média
Frequência de eventos notificados	↓ 52,5	↓ 56,1	↓ 47,9	↓ 55,2
Percepção de segurança	↓ 45,9	↓ 48,1	↓ 42,0	↑ 50,1
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a Aprendizagem organizacional /melhoria contínua	↑ 80,9	↓ 76,6	↓ 76,3	↑ 78,7
Trabalho em equipe na unidade/serviço	↑ 85,6	↓ 81,4	↑ 84,3	↑ 84,2
Abertura para comunicação	↑ 75,2	↓ 72,6	↓ 65,5	↓ 69,7
Feedback e comunicação sobre erros	↑ 62,6	↓ 52,8	↓ 50,4	↓ 53,5
Resposta não punitivas para erros	↑ 67,4	↓ 60,6	↓ 56,9	↓ 61,8
Dimensionamento de pessoal	↑ 36,9	↑ 33,0	↓ 29,2	↑ 33,1
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	↓ 50,8	↓ 47,4	↓ 44,8	↑ 55,1
Trabalho em equipe entre unidades	↓ 57,8	↓ 63,3	↓ 54,4	↓ 64,5
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	↓ 50,6	↓ 56,6	↓ 48,2	↓ 58,5
	↓ 50,0	↓ 43,6	↓ 39,9	↓ 48,3

↑ Acima da média nacional (n=311 hospitais)

↓ Abaixo da média nacional (n=311 hospitais)

Região Nordeste

UF	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE
Nº hospitais	20	15	12	19	27	21	16	14	1
Dimensões	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média
Frequência de eventos notificados	↑64,0	↑64,7	↓56,1	↑57,5	↑62,1	↓52,4	↓52,4	↓47,0	↓46,4
Percepção de segurança	↑58,3	↑54,7	↑49,6	↑55,8	↑56,1	↑50,1	↑50,1	↓39,5	↓48,3
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a Aprendizagem organizacional /melhoria contínua	↑84,2	↑84,9	↑78,9	↑81,7	↑81,9	↓76,9	↓76,9	↓75,2	↓70,7
Trabalho em equipe na unidade/serviço	↑77,8	↑76,0	↑74,4	↑75,1	↑75,4	↓72,8	↓72,8	↓71,9	↓72,3
Abertura para comunicação	↑59,5	↑56,9	↑56,6	↓49,6	↓53,6	↓52,7	↓52,7	↓53,4	↓51,1
Feedback e comunicação sobre erros	↑67,4	↑69,5	↑63,8	↓60,0	↑67,3	↑62,7	↑62,7	↓48,4	↓47,8
Resposta não punitivas para erros	↓31,3	↑35,5	↓29,4	↓29,8	↓30,6	↓29,7	↓29,7	↓28,5	↓24,6
Dimensionamento de pessoal	↑61,9	↓53,6	↓49,7	↑61,3	↑61,8	↑55,9	↑55,9	↑55,4	↑58,1
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	↑76,5	↑76,1	↑67,7	↑74,4	↑75,7	↑71,1	↑71,1	↓57,1	↓53,2
Trabalho em equipe entre unidades	↑66,7	↑63,0	↑59,6	↑66,6	↑66,4	↑62,2	↑62,2	↓52,9	↓44,8
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	↑65,0	↑58,1	↑54,0	↑58,5	↑62,3	↑57,6	↑57,6	↓51,1	↓45,9

↑ Acima da média nacional (n=311 hospitais)

↓ Abaixo da média nacional (n=311 hospitais)

Região Norte

UF	AC	AM	AP	PA	RO	RR	TO
Nº hospitais	0	3	1	3	6	3	7
Dimensões	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média
Frequência de eventos notificados	-	↑ 60,9	↑ 81,0	↓ 55,4	↓ 45,7	↓ 32,6	↓ 45,4
Percepção de segurança	-	↓ 42,2	↑ 80,0	↑ 50,7	↓ 42,8	↓ 29,1	↓ 35,9
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a	-	↓ 76,9	↑ 96,4	↓ 77,8	↓ 72,4	↓ 70,5	↓ 76,5
Aprendizagem organizacional /melhoria contínua	-	↓ 80,3	↑ 100,0	↓ 81,6	↓ 80,5	↓ 62,2	↓ 75,7
Trabalho em equipe na unidade/serviço	-	↓ 72,0	↑ 96,4	↓ 72,6	↓ 62,9	↓ 49,7	↓ 67,7
Abertura para comunicação	-	↓ 48,0	↑ 100,0	↓ 45,2	↓ 44,7	↓ 43,6	↓ 43,8
Feedback e comunicação sobre erros	-	↓ 58,5	↑ 92,9	↓ 59,4	↓ 51,2	↓ 41,4	↓ 49,3
Resposta não punitivas para erros	-	↑ 37,9	↑ 97,6	↓ 24,1	↓ 26,1	↓ 16,8	↓ 26,3
Dimensionamento de pessoal	-	↓ 50,5	↑ 91,7	↑ 54,6	↓ 51,7	↓ 38,0	↓ 49,9
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	-	↓ 52,8	↑ 100,0	↓ 63,5	↓ 55,6	↓ 42,6	↓ 48,8
Trabalho em equipe entre unidades	-	↓ 57,4	↑ 88,5	↓ 56,5	↓ 55,9	↓ 40,0	↓ 52,3
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	-	↓ 42,6	↑ 94,1	↓ 49,7	↓ 49,3	↓ 34,8	↓ 44,7

↑ Acima da média nacional (n=311 hospitais)

↓ Abaixo da média nacional (n=311 hospitais)

Região Sudeste

UF	ES	MG	RJ	SP
Nº hospitais	5	41	5	21
Dimensões	Média	Média	Média	Média
Frequência de eventos notificados	↑ 60,3	↑ 59,6	↓ 47,4	↑ 58,1
Percepção de segurança	↓ 48,7	↓ 49,2	↓ 42,7	↑ 50,2
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a Aprendizagem organizacional /melhoria contínua	↓ 77,1	↑ 79,7	↓ 76,4	↓ 76,1
	↑ 84,6	↑ 85,6	↓ 78,5	↓ 81,6
Trabalho em equipe na unidade/serviço	↓ 71,3	↑ 75,4	↑ 74,9	↓ 69,1
Abertura para comunicação	↓ 50,1	↑ 59,4	↓ 51,1	↓ 52,5
Feedback e comunicação sobre erros	↓ 56,8	↑ 65,1	↓ 57,5	↓ 60,6
Resposta não punitivas para erros	↑ 35,1	↑ 33,9	↓ 30,0	↓ 31,1
Dimensionamento de pessoal	↓ 50,0	↓ 53,6	↑ 54,3	↓ 51,8
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	↑ 68,4	↑ 68,3	↓ 57,1	↓ 63,8
Trabalho em equipe entre unidades	↓ 54,9	↑ 60,6	↓ 57,0	↓ 56,1
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	↓ 49,0	↓ 52,4	↑ 55,4	↓ 49,4

↑ Acima da média nacional (n=311 hospitais)

↓ Abaixo da média nacional (n=311 hospitais)

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	↓ 71,4	↓ 75,4	↓ 74,9
Aprendizagem organizacional /melhoria contínua	↓ 83,3	↓ 83,2	↑ 84,5
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)

Apêndice B — Infográfico com resumo executivo para divulgação rápida.

AVALIAÇÃO NACIONAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS - 2021

Primeiros dados em larga escala sobre cultura de segurança em hospitais brasileiros revelam como os profissionais de saúde participantes da avaliação percebem a segurança do paciente, os erros associados ao cuidado de saúde e as notificações de incidentes de segurança, no período de janeiro a dezembro de 2021.

Visão geral

- 104.085 Questionários enviados
- 42.284 profissionais respondentes
- 311 Hospitais participantes
- 26 das 27 Unidades da Federação participaram da avaliação



Perfil de participantes (destaques)

Profissão:

- 31,8% técnico(a) de enfermagem;
- 22,7% enfermeiro(a);
- 5,9% médico(a).

Unidades/serviços de trabalho:

- 17,5% unidade de terapia intensiva;
- 8,1% centro cirúrgico.

Outras informações:

- 74,4% dos profissionais trabalham no hospital há 2 anos ou mais.
- 78,1% dos profissionais têm contato direto com o paciente.



Dentre as 12 dimensões avaliadas

Dimensões com **alto** percentual de respostas positivas:

83,9% Aprendizagem organizacional / melhoria continuada;

79,6% Ações da direção da unidade/serviço a favor da segurança

73,2% Trabalho em equipe na unidade/serviço

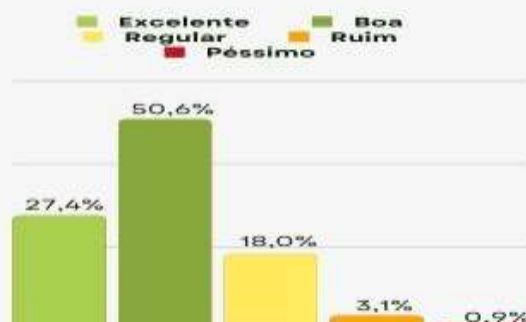
Dimensões com **baixo** percentual de respostas positivas:

31,8% Resposta não punitiva para erros

49,5% Percepção de segurança

52,8% Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços

Classificação geral da segurança do paciente



Instrumento de Avaliação

O "E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar" (csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/) é um sistema eletrônico que adapta o questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para avaliação válida, rápida e confiável deste tema em hospitais brasileiros.

Acesse o relatório completo em www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente

