






Avaliação da cultura de segurança do paciente antes e depois da implementação do *safety huddle**

Patient safety culture assessment before and after safety huddle implementation

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente antes y después de implementar el *safety huddle*

Como citar este artigo:

Moraes MVA, Almeida ILS, Carvalho REFL. Patient safety culture assessment before and after safety huddle implementation. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230270. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270en>

 Márcio Venício Alcântara de Moraes¹
 Ítalo Lennon Sales de Almeida¹
 Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho¹

*Extraído da dissertação de mestrado: “Avaliação do impacto do *safety huddle* na cultura de segurança do paciente”, Universidade Estadual do Ceará, 2023.

¹ Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brazil.

ABSTRACT

Objective: To identify whether safety huddle implementation enabled a change in patient safety culture. **Method:** Quasi-experimental research that assessed patient safety culture before and after safety huddle implementation. **Results.** The study revealed that 53.98% completed the two safety culture assessments, with 60.1% adherence from the nursing team, with a statistically significant difference in the second assessment regarding perception of patient safety and adverse events notified ($p < 0.00$). Regarding good practice indicators, a statistically significant difference ($p < 0.00$) was observed in item 43 and improvement in almost all dimensions in the second safety culture assessment. The huddles totaled 105 days, with 100% adherence from the nursing team. Regarding checklist items, all presented satisfactory responses (above 50%). **Conclusion:** Safety huddles proved to be an effective tool for communication between healthcare professionals and managers, demonstrating positive impacts on good practice indicators and most safety culture dimensions.

DESCRIPTORS

Patient Safety; Quality of Health Care; Hospitals; Patient Care Team.

Autor correspondente:

Márcio Venício Alcântara de Moraes
Rua Doutor Ronaldo Pontes Dias
1282, Quadra 2, Boa Vizinhança 01
6205-3660 – Sobral, CE, Brasil
Marciorock23@gmail.com

Recebido: 04/09/2023
Aprovado: 28/11/2023

INTRODUÇÃO

Avaliar a cultura de segurança do paciente (CSP) em uma instituição hospitalar permite reconhecer as percepções e os comportamentos dos profissionais que influenciam a segurança do paciente, além de ser um importante indicador que possibilita compreender uma instituição em diversas questões e abordagens relacionadas ao cuidado seguro e que os comportamentos e atitudes moldam a cultura de segurança organizacional^(1,2).

Ressalta-se que as percepções e os comportamentos são características individuais de cada profissional, podendo variar em diferentes organizações ou até mesmo dentro da mesma instituição. A CSP é compreendida como um produto dos valores, ações, concepções, competências e modelos de comportamento de grupos e indivíduos que refletem o compromisso da administração em promover uma organização saudável e segura⁽³⁾.

Assim, uma CSP fortalecida é essencial, pois fornece os elementos fundamentais para a implementação de práticas seguras para a redução de eventos adversos⁽⁴⁾. A comunicação efetiva, por exemplo, é uma ferramenta essencial para fortalecer a cultura de segurança nas instituições de saúde. Ela ocorre quando os profissionais recebem, filtram, organizam e escolhem o canal adequado para transmitir a mensagem de forma completa e precisa, abrangendo condutas assertivas de repassar, receber e compreender informações com clareza e respeito mútuo tanto na comunicação verbal quanto na não verbal^(5,6).

Nesse contexto, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) sugere o uso de ferramentas para tornar a comunicação mais efetiva, e entre essas ferramentas encontra-se o *safety huddle*⁽⁷⁾, que em português pode ser compreendido como “reuniões de segurança”. Essas reuniões são encontros rápidos com vários profissionais de saúde e gestores, e duram geralmente de 5 a 15 minutos, sendo o tempo duração relacionado à necessidade da equipe e à natureza da atividade. Seguem uma agenda padrão com objetivos específicos sobre questões de segurança do paciente⁽⁸⁾.

A eficácia do *safety huddle* na melhoria dos resultados assistenciais tem sido demonstrada em pesquisas. Em uma delas, foi possível demonstrar a redução de até metade da taxa de mortalidade, além da ausência de infecções relacionadas a cateteres nos dois primeiros anos de implementação dessa ferramenta em uma instituição⁽⁹⁾. Outro estudo revelou que o *safety huddle* diminuiu os obstáculos hierárquicos na assistência, aumentou a satisfação dos profissionais da linha de frente e melhorou os resultados clínicos dos pacientes⁽¹⁰⁾.

Os *huddles* estão consistentemente relacionados a melhorias na qualidade da troca de informações, eficiência, responsabilidade, qualificação individual, além de influenciar positivamente no senso de coletividade⁽¹¹⁾. Portanto, a implementação do *safety huddle* pode colaborar para uma cultura de cooperação e parceria, promovendo uma consciência situacional coletiva que pode levar à eliminação de danos aos pacientes⁽¹²⁾. Esse senso de cooperação direciona a atenção de todos os membros da equipe para alcançar um objetivo de dano zero, resultando em uma maior segurança e qualidade⁽¹³⁾.

Embora a literatura científica apresente evidências consideráveis sobre a eficácia dos *huddles* em ambientes

hospitalares americanos e europeus, há necessidade de avaliar sua implementação em instituições brasileiras. Diante dos pressupostos elencados, considera-se que a implementação do *safety huddle* é relevante, pois permitirá fomentar a reflexão da importância da comunicação para a segurança do paciente refletida em resultados positivos da CSP. Poderá, também, contribuir para tornar a instituição mais confiável com indicadores de saúde favoráveis, permitindo fortalecer a comunicação efetiva a partir de evidências científicas a respeito do tema, proporcionando a tomada de decisão, melhorando o processo de cuidado e antecipando aos erros. Desenvolveu-se este estudo com o objetivo de identificar se a implementação do *safety huddle* possibilitou mudanças na CSP.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa quase-experimental do tipo antes e depois com abordagem quantitativa. Este estudo reflete uma intervenção com o *safety huddle* ou reuniões de segurança e a avaliação da CSP antes e após a implementação dessa ferramenta.

LOCAL

O *safety huddle* foi implementado em um hospital municipal na região Norte do estado do Ceará. A instituição possui 119 leitos voltados para o atendimento e tratamento nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, maternidade, unidade de psiquiatria, centro cirúrgico, Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo), Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II, (UTI adulto tipo II), além do serviço ambulatorial, farmácia, transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados seguiu três etapas: 1ª: avaliação da cultura de segurança, realizada de maio a junho de 2022; 2ª: implementação do *safety huddles*, que durou de agosto a dezembro de 2022; e 3ª: 2ª avaliação da cultura de segurança, realizada nos meses de janeiro a março de 2023.

A amostra foi por conveniência com os profissionais que atendessem aos critérios de inclusão: ter atuação mínima de seis meses no hospital e carga horária mínima de 20 horas semanais. Considerou-se como critérios de exclusão: os profissionais que estiveram afastados das atividades laborais nos meses de coleta de dados. Como critério de descontinuidade, considerou-se não preencher o questionário em uma das etapas da avaliação da cultura.

Os *safety huddles* foram conduzidos pelo pesquisador e aconteceram em um espaço aberto comum a todas as clínicas, nos meses de agosto a dezembro de 2022, de segunda a sexta-feira, no turno da manhã, com início às 09:00 e duração de 20 minutos.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a avaliação da cultura de segurança, foi aplicada a versão brasileira⁽¹⁴⁾ do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)⁽¹⁵⁾. Esse questionário foi adaptado transculturalmente para o Brasil em 2017 e atualizado em

2021⁽¹⁴⁾. É um sistema eletrônico para avaliação válida, rápida e confiável da CSP em hospitais brasileiros⁽¹⁶⁾. É conhecido como E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, *online*, com autoperenchimento e não necessitando de entrevistador. Foram adicionadas ao questionário perguntas sobre os dados sociolaborais dos respondentes, constituindo ainda uma sessão a mais com perguntas sobre os indicadores de boas práticas de segurança do paciente validadas no projeto “Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente – ISEP-Brasil”, que possibilitam a verificação do nível de segurança em hospitais brasileiros e indicam pontualmente para problemas prioritários de melhoria⁽¹⁷⁾.

Todos os profissionais foram convidados a participar da pesquisa por meio de *links* enviados via e-mail. Além disso, o pesquisador fez visitas diárias aos setores do estudo com *tablets*, disponibilizando-os para os profissionais que aceitassem preencher o questionário naquele momento.

As variáveis do estudo foram dados laborais dos profissionais (categoria profissional, unidade, tempo de trabalho no hospital (em anos), quantidade de horas semanais trabalhadas). Além disso, foram considerados a percepção de segurança do paciente, que variou de ruim a excelente, a quantidade de eventos adversos notificados e os indicadores de boas práticas (itens 43 ao 52 do HSOPSC).

Quanto às reuniões de segurança, foi utilizado um *checklist* desenvolvido pelos profissionais do Hospital Geral do Grajaú da Rede Sírio-Libanês que envolve questões sobre liderança, dimensionamento, insumos, materiais, medicamentos e engenharia clínica⁽¹³⁾. Além disso, o pesquisador acrescentou mais nove perguntas sobre os protocolos de segurança do paciente⁽¹⁸⁾, a saber: há pacientes sem identificação? *Checklist* de cirurgia segura está sendo aplicado. Houve algum erro na prescrição, uso e administração de medicamentos? Houve algum erro na administração de sangue e hemoderivados? Houve alguma queda de pacientes? Houve incidência de lesão por pressão? Houve infecções relacionadas à assistência à saúde? Houve falhas quanto às terapias enteral e parenteral? Houve falha de comunicação entre profissionais e serviços de saúde? Foram realizadas quatro perguntas gerais que visavam ao envolvimento dos pacientes e família em sua própria segurança, totalizando 23 itens: houve algum problema de segurança do paciente nas últimas 24 horas? Há estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada? Há algum fator que possa colocar o paciente em risco? Podemos fazer algo hoje para proteger nossos pacientes? Cada item do *checklist* era respondido com “sim” ou “não”, permitindo que os participantes atribuíssem uma resposta positiva ou negativa a cada questão.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para avaliação da cultura de segurança, a população do estudo foi de 326 profissionais, que preencheram os critérios de inclusão do estudo. Quanto ao *safety huddle*, participaram das reuniões a alta direção ou representantes desta, representante da equipe multiprofissional e um profissional de cada unidade que estivesse no plantão, além de técnico em radiologia, auxiliar administrativo (recepção), técnico de farmácia, condutores de ambulâncias e maqueiros, totalizando uma média de 18 profissionais por dia.

Estudo semelhante usou a mesma abordagem quanto ao número de categorias de profissionais participantes e à escolha deles⁽¹⁹⁾.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A partir do preenchimento e da submissão do questionário pelo participante, o sistema apresenta os percentuais de resposta e frequência simples de cada variável em tabelas e gráficos. O programa computacional do próprio E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar possibilita exportar os dados para análise mais detalhada nos *softwares*, como Excel.

A análise descritiva dos dados foi realizada conforme a frequência de resposta para cada item. Seguindo a recomendação do instrumento na versão eletrônica brasileira⁽¹⁴⁾, foi classificada como forte quando 75% ou mais dos participantes responderam concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para as perguntas formuladas positivamente, e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente. Foi classificada como fraca quando 50% ou mais dos profissionais responderam negativamente, optando por discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para perguntas.

Quanto aos indicadores de boas práticas, itens 43 a 52, com respostas que variaram de (0) nunca, (25%) quase nunca, (50%) às vezes, (75%) quase sempre a (100%) sempre, consideraram-se respostas positivas todas as respostas acima de 50%. O item 50 não foi computado, pois refere-se à quimioterapia, e não é uma área de atuação do hospital avaliado. Para a comparação entre os grupos antes e depois, foi realizado o teste t a grupos pareados, considerando $p < 0,05$.

A percepção de segurança variou de ruim a excelente, e a quantidade de eventos adversos notificados foi categorizada. Para a comparação dessas duas variáveis entre os grupos da primeira e segunda avaliação, foi utilizado o teste de Wilcoxon de amostras pareadas, sendo considerada uma significância $p < 0,05$.

Quanto ao *checklist* das reuniões de segurança, o acompanhamento diário ocorreu por meio do preenchimento de 23 itens com a opção de “sim”, quando estava sendo colocado em prática, ou “não”, quando a ação não foi desempenhada. Foi considerado respostas satisfatórias quando os itens obtiveram resultado acima de 50% em todas as respostas.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) em 18 de maio de 2022, sob Parecer nº 5.416.338. Respeitaram-se os princípios éticos e legais em todas as etapas do estudo, conforme prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A instituição e os sujeitos autorizaram formalmente sua participação. A identificação do nome dos profissionais não foi realizada, para garantir o anonimato dos participantes e obter respostas mais fidedignas. A pesquisa atendeu às recomendações da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, que dispõem de orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, e da Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018, nos seus artigos 5º, 7º, 11º e 13º.

no que tange à proteção dos dados pelo operador e ao acesso e utilização dos dados para fins acadêmicos.

RESULTADOS

Na primeira e segunda avaliação da CSP, foram enviados 326 questionários e, desses, 176 (53,98%) preencheram as duas avaliações. Destaca-se a maior participação de profissionais da equipe de enfermagem (106; 60,1%), da unidade cirúrgica (29; 16,5%) com menos de um ano (99; 64,7) de trabalho no hospital e mais de 40 horas semanais (100; 56,8%). Destaca-se ainda a baixa adesão da equipe médica (13; 7,4) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características da amostra de estudo nas duas avaliações da cultura de segurança (n = 176) – Sobral, Ceará, Brasil, 2023.

Variáveis	f (%)
Categoria profissional	
Técnico de enfermagem	77(43,7)
Enfermeiro	29(16,4)
Médico	13(7,4)
Técnico (por ex., ECG, laboratório, radiologia, farmácia)	13(7,4)
Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo	7(4,0)
Assistente social	7(4,0)
Auxiliar administrativo/secretário	5(2,8)
Nutricionista	4(2,3)
Farmacêutico	1(0,6)
Dados omissos	20(11,3)
Unidade	
Cirurgia	29(16,5)
Unidade de Terapia Intensiva	27(15,3)
Diversas unidades do hospital/nenhuma unidade específica	21(11,9)
Obstetrícia	19(10,8)
Medicina clínica	18(10,2)
Outros*	15(6,8)
Psiquiatria/saúde mental	12(6,8)
Farmácia	8(4,5)
Radiologia	7(4,0)
Reabilitação	3(1,7)
Emergência	1(0,5)
Pediatria	1(0,5)
Dados omissos	15(8,5)
Tempo que trabalho no hospital (em anos)	
Menos que 1 ano	99(64,7)
2 a 5 anos	48(27,3)
6 a 10 anos	10(5,7)
11 a 15 anos	2(1,13)
16 a 20 anos	1(0,5)
21 anos ou mais	5(2,84)
Dados omissos	11(6,2)
Quantidade de horas trabalhadas por semana	
40 ou mais horas	100(56,8)
De 21 a 39 horas	59(33,5)
Até 20 horas	6(3,4)
Dados omissos	11(6,2)

Ao comparar a percepção da segurança do paciente com a quantidade de eventos adversos notificados, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na segunda avaliação ($p < 0,00$), com uma preferência maior pela percepção excelente. Além disso, observou-se uma diferença estatisticamente significativa na quantidade de eventos adversos notificados pelos participantes entre as duas avaliações, com uma diminuição na segunda avaliação ($p < 0,03$) (Tabela 2).

Em relação aos indicadores de boas práticas, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,00$) no item 43 (“Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento...para assegurar-se de que ela tenha sido bem compreendida?”) (Tabela 3).

Observou-se melhoria em quase todos os domínios, quando comparados aos escores da 1ª e 2ª avaliação da CSP. Destaca-se o domínio “Resposta não punitiva ao erro”, com melhoria de 33,8%. O domínio “Trabalho em equipe entre unidades” teve uma leve diminuição de 0,3% (Figura 1).

As reuniões de segurança ocorreram durante cinco meses, totalizando 105 dias. Durante as reuniões, participaram profissionais de todas as categorias, tendo a equipe de enfermagem a maior participação em todos os 105 dias (100%), seguidos por pelo menos um representante da direção geral, por 104 dias (99%). Os médicos foram os profissionais que menos participaram, com 15 dias (14,2%). Quanto aos itens do *safety huddle*, todos tiveram respostas satisfatórias, ou seja, acima de 50% em todas as respostas. Ressalta-se que os itens “Todas as entregas de materiais da farmácia e almoxarifado para as unidades foram realizadas no prazo?”, “Checklist de cirurgia segura está sendo aplicado?”, “Houve algum erro na administração de sangue e hemoderivados?” e “Podemos fazer algo hoje para proteger nossos pacientes?” obtiveram 100% de respostas positivas (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve o objetivo de identificar se a implementação do *safety huddle* possibilitou mudanças na CSP. Para que se observasse algum efeito, foi necessária a aplicação

Tabela 2 – Comparação da percepção da segurança do paciente e quantidade de eventos notificados (n = 176) – Sobral, Ceará, Brasil, 2023.

	1ª avaliação	2ª avaliação	p
Percepção de segurança do paciente			
Ruim	1(0,6)	–	–
Regular	13(7,4)	3(1,7)	
Bom	108(61,4)	87(49,4)	
Excelente	43(24,4)	77(43,8)	
Dados omissos	11(6,3)	9(5,1)	
Quantidade de eventos adversos notificados			
1 a 2 casos	25(14,2)	11(6,3)	0,03
3 a 5 casos	21(11,9)	15(8,5)	
6 a 10 casos	7(4,0)	8(4,5)	
11 a 20 casos	2(1,1)	–	
Mais de 21 casos	1(0,6)	1(0,6)	
Total	56	35	

Tabela 3 – Comparação dos indicadores de boas práticas antes e depois dos *safety huddles* – Sobral, Ceará, Brasil, 2023.

Indicadores de boas práticas	% de respostas positivas		p
	Antes	Depois	
	f (%)	f (%)	
43. 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?	145(82,4)	171(97,1)	0,00
44. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado com o paciente, os profissionais que recebem anotam a ordem no documento clínico correspondente?	146(83)	171(97,1)	0,165
45. Antes de realizar uma nova prescrição, revisa-se a lista de medicamentos que o paciente está tomando?	147(83,6)	156(88,7)	–
46. Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente	153(86,9)	157(89,2)	0,718
47. As informações que afetam o diagnóstico do paciente são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?	170(96,6)	171(97,1)	0,685
48. Antes de assinar o consentimento informado, solicita-se 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)	31(17,6)	20(11,4)	–
49. Em pacientes provavelmente terminais, indagam-se com antecedência as suas preferências sobre as condutas de manutenção da vida? (Responder somente se a sua unidade atende pacientes provavelmente terminais).	20(11,3)	7(4%)	–
51. Durante a alta, os pacientes recebem orientações verbais e escritas quanto à continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento ambulatorial?	162(92)	171(97,2)	0,343

Dimensão	Avaliação 01 *		Avaliação 02 *		Melhoria Absoluta **
	Avaliação 1ª Etapa - Respostas Positivas		Avaliação etapa 02 - Respostas Positivas		
1 - Frequência de eventos notificados	79,6%		87,3%		7,7%
2 - Percepção de segurança	37,8%		56,2%		18,3%
3 - Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	89,8%		90,7%		0,9%
4 - Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	81,2%		88,9%		7,8%
5 - Trabalho em equipe na unidade/serviço	66,5%		82,5%		16,0%
6 - Abertura para comunicações	42,3%		48,1%		5,8%
7 - Feed-back e comunicação sobre erros	76,9%		94,1%		17,2%
8 - Resposta não punitivas para erros	18,6%		52,4%		33,8%
9 - Dimensionamento de pessoal	76,5%		76,7%		0,2%
10 - Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	95,4%		98,6%		3,2%
11 - Trabalho em equipe entre unidades	47,6%		47,3%		-0,3%
12 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	51,1%		72,8%		21,7%

Figura 1 – Porcentagem de Respostas Positivas por Dimensão. E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar.**Notas:**

* Porcentagens de respostas positivas > 75% são sinalizadas em verde e porcentagens de respostas positivas < 50% são sinalizadas em vermelho.

** Melhorias positivas são sinalizadas em verde e melhorias negativas em vermelho.

do questionário de cultura de segurança em dois momentos: um mês antes do início dos *huddles* e após cinco meses.

Observou-se que a adesão dos profissionais à pesquisa nas duas avaliações e nos *safety huddles* foi considerada satisfatória, pois obteve um retorno maior que 50%, além da participação relevante da equipe de enfermagem em todas as etapas. Outro estudo encontrou o mesmo resultado quanto à participação desses profissionais em pesquisas de avaliação de cultura⁽¹⁶⁾. Além disso, essa categoria é considerada uma profissão culturalmente representada pelo sexo feminino⁽²⁰⁾.

Os autores do e-questionário recomendam uma adesão de mais de 50%, além de contraindicar avaliações com amostras menores que 10 profissionais participantes⁽¹⁴⁾. Estudos de

avaliação de cultura apresentaram, em média, 290 participantes, considerando o interesse e a preocupação das equipes em relação à CSP^(20,21). Vale salientar a baixa adesão da equipe médica em todas as etapas do estudo. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes na avaliação da CSP⁽¹⁶⁾. Quanto aos *huddles*, é possível apontar na literatura resultados semelhantes acerca da baixa adesão da equipe médica, que é justificada por esses pela falta de tempo⁽¹⁰⁾.

Quanto às características sociolaborais, os resultados deste estudo se assemelham aos de outras pesquisas de avaliação de cultura de segurança^(14,16). Estudos encontraram carga horária semanais iguais, e ressaltaram que a jornada de trabalho longa

Tabela 4 – Itens do *checklist* utilizado durante os 105 dias de reuniões – Sobral, Ceará, Brasil, 2023.

Itens do checklist	Sim f (%)	Não f (%)
Todos os líderes estão presentes na reunião?	69(65,7)	36(34,3)
As escalas de funcionários estão cobertas?	90(85,7)	15(14,3)
Há insumos suficientes para atender a todos os pacientes internados no dia?	94(89,5)	11(10,5)
O estoque de material e medicamentos estão adequados e sem riscos de ruptura de abastecimento?	103(98,1)	2(1,9)
Todas as entregas de materiais da farmácia e almoxarifado para as unidades foram realizadas no prazo?	105(100)	–
Todos os equipamentos estão funcionando adequadamente?	98(93,3)	7(6,7)
Há equipamentos suficientes para atender a demanda do dia?	103(98,1)	2(1,9)
Haverá necessidade de aluguel ou empréstimos de equipamentos?	2(1,9)	103(98,1)
A higienização e troca de enxoval atendem ao giro de leitos?	91(86,7)	14(13,3)
Todos estão sendo devidamente identificados na admissão?	99(94,3)	6(5,7)
Houve algum problema de segurança do paciente nas últimas 24 horas?	25(23,8)	80(76,2)
Há pacientes sem identificação	7(6,7)	98(93,3)
<i>Checklist</i> de cirurgia segura está sendo aplicado?	105(100)	–
Houve algum erro na prescrição, uso e administração de medicamentos?	8(7,6)	97(92,4)
Houve algum erro na administração de sangue e hemoderivados?	–	105(100,0)
Houve alguma queda de pacientes?	7(6,7)	98(93,3)
Houve incidência de lesão por pressão?	12(11,4)	93(88,6)
Houve infecções relacionadas à assistência à saúde?	10(9,5)	95(90,5)
Houve falhas quanto as terapias enteral e parenteral?	2(1,9)	103(98,1)
Houve falha de comunicação entre profissionais e serviços de saúde?	21(20,0)	84(80,0)
Há estímulo a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada?	105(100)	–
Há algum fator que possa colocar o paciente em risco?	30(28,6)	75(71,5)
Podemos fazer algo hoje para proteger nossos pacientes?	105(100)	–

pode ser desgastante para o profissional e influenciar no cuidado inseguro^(16,19).

A percepção de segurança do paciente na 2ª avaliação melhorou quando comparada à 1ª avaliação da cultura de segurança, concentrando-se em excelente após a implementação das reuniões de segurança. Essa concepção da equipe de saúde aponta para uma cultura de segurança com potencial de crescimento e que pode ser estimulada quando realizadas intervenções que estimulem a comunicação. Pesquisas em hospitais brasileiros apresentaram a percepção de segurança do paciente como frágil e em crescimento^(20,21), e que a percepção ruim de segurança pode estar atrelada à falta de estruturas e sistema de lideranças⁽¹⁴⁾.

No entanto, observou-se, neste estudo, uma diminuição, estatisticamente significativa, quanto à notificação de eventos adversos. Pesquisa que avaliou a CSP com 209 profissionais obteve dados que corroboram os achados do presente estudo⁽²⁰⁾. Autores relacionam a baixa adesão à notificação de eventos adversos com a cultura punitiva em organizações de saúde, impossibilitando o registro dessas ocorrências que permitiriam a aprendizagem organizacional e uma melhor gestão dos riscos^(16,19,20). Esses dados contradizem os percentuais da dimensão “Frequência de eventos notificados”, que teve uma melhoria absoluta de 7,7%, pressupondo que a percepção dos profissionais pode ser mais positiva do que a própria prática de as notificar. Outros estudos^(21–23) apresentaram dados semelhantes, relatando que esse resultado pode ser consequência do receio que

o profissional tem de comunicar os erros, falta de conscientização sobre a importância da notificação, resistência à mudança, falta de treinamento adequado e sobrecarga de trabalho.

Em relação aos indicadores de boas práticas, itens 43 a 52, observou-se crescimento em quase todos os itens, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,00$) no item 43 (“Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento...para assegurar-se de que ela tenha sido bem compreendida?”). Atribui-se esses resultados às medidas de segurança do paciente implementadas no hospital, pontos ressaltados durante as reuniões de segurança que, por sua vez, têm estimulado a comunicação efetiva entre as equipes. Ainda para os autores de outro estudo⁽¹⁷⁾, esses indicadores de boas práticas contribuem para facilitar a transferência de informação e aspectos organizacionais relacionados à segurança do paciente, bem como a promoção e o fortalecimento da cultura de segurança.

Observou-se melhoria absoluta em quase todas as dimensões, quando comparado aos escores da 1ª e 2ª avaliação da CSP. A dimensão “Resposta não punitiva ao erro” obteve uma melhoria de 33,8%, no entanto o domínio “Trabalho em equipe entre unidades” apresentou uma leve diminuição de 0,3%. Quando comparado a outros estudos^(14,16,24), os resultados desta pesquisa mostraram-se satisfatórios. Esses resultados evidenciam que os *safety huddles* podem ter efeito positivo, uma vez que essa intervenção tem como característica a discussão coletiva das questões de segurança. No entanto, o trabalho em equipe entre

unidades ainda pode ser considerado complexo e possuir barreiras organizacionais difíceis de serem redimidas em cinco meses.

Quanto aos *safety huddles*, ressalta-se a adesão de todos os profissionais, em especial da equipe de enfermagem, que participou de todos os 105 dias (100%), além da participação de pelo menos um representante da direção geral em 104 dias (99%). Os médicos foram os profissionais que menos participaram. Para a eficácia dos *huddles*, é necessário o engajamento de todos os profissionais e da alta gestão, por ser uma ferramenta multiprofissional e intersetorial capaz de reduzir danos ao paciente, proporcionar oportunidades sistemáticas para os gerentes, despertando o senso de responsabilidade e empoderamento coletivo^(8,11,12). Uma das características mais marcantes dos *huddles* é a abertura para a comunicação, pois auxilia a interação entre setores e na resolução dos problemas de segurança, permitindo fortalecer o ambiente seguro. Estudos consideram os *huddles* a base para comunicação efetiva, já que são geralmente interdisciplinares e fortalecem a parceria e/ou gerenciamento das equipes^(8,19,25,26).

O *checklist* utilizado durante os *safety huddles* facilitou e tornou os encontros mais objetivos. Todos os itens obtiveram respostas satisfatórias (acima de 50%). Como parte de uma intervenção, o *checklist* trabalhou os problemas de segurança do paciente descritos na Tabela 4, contribuindo para a promoção de cuidados seguros e incluindo, além das perguntas, a confirmação dos respondentes se o evento aconteceu ou não aconteceu. Além disso, o próprio *checklist* serviu como “meio de comunicação”, onde as informações de segurança estavam postadas. Para cada encerramento de um ciclo (mês), o *checklist* permitiu realizar *feedback* com todos os envolvidos quanto aos problemas levantados durante cada *huddle*. Com isso, demonstrou-se às equipes que as informações compartilhadas no *checklist* foram valiosas, propondo ser parte de uma ferramenta ou intervenção que pode fazer transformações na cultura de segurança hospitalar.

Estudo⁽²⁷⁾ considerou que os *safety huddles* devem ser documentados, permitindo o rastreamento das ações dos problemas identificados, realizando o acompanhamento a fim de garantir sua conclusão. É necessário ainda criar modelos próprios para documentá-las, como os *checklists* de segurança. Eles devem incluir, além das perguntas, a data do *huddle* e a confirmação dos respondentes se o evento aconteceu ou não aconteceu. Os autores ainda colocam que esses modelos contribuem para mensurar a eficácia do impacto das reuniões para segurança do paciente e que se deve considerar o uso de pesquisas de cultura

de segurança para verificar as mudanças ao longo do tempo sobre que a equipe relata sobre a cultura de segurança.

Pesquisas que implementaram os *safety huddles* resumem seus benefícios como a experiência que instiga as equipes em pensar e falar sobre questões pertinentes à assistência segura. Quando realizados no início dos turnos, podem apresentar bons resultados, pois possibilitam *feedbacks* e esclarecimentos sobre os problemas de segurança^(7,8,10,26). Durante essas reuniões de segurança, alguns erros podem ser detectados e corrigidos antes de afetar o paciente, pois pontos sobre a segurança do paciente são discutidos junto às equipes multidisciplinares e à alta gestão, com possibilidade de reflexões e ações de melhorias⁽⁷⁻¹¹⁾.

De forma geral, as reuniões permitiram criar conexões com outros sistemas de gerenciamento do hospital, de forma com que todos pudessem compreender o fluxo de trabalho de cada profissional e unidade. Ainda, para a AHRQ, os *huddles* devem ser adaptados às necessidades e experiência das equipes⁽⁷⁾.

As limitações deste estudo incluem a baixa adesão da equipe médica tanto nas avaliações da cultura de segurança quanto nos momentos das reuniões de segurança. Outra limitação foi o tempo de implantação das reuniões de segurança e a ausência de itens no *checklist* que reforçassem a importância da notificação de eventos adversos. Sugere-se que estudos futuros considerem abordagens para aumentar a adesão da equipe, possibilitem maior tempo entre as avaliações e a implementação do *huddle* e incluam itens relacionados à notificação de eventos adversos do *checklist*. Essas medidas podem fortalecer a validade e a efetividade das intervenções em estudos subsequentes.

CONCLUSÃO

As reuniões de segurança revelaram-se uma ferramenta eficaz para a comunicação entre profissionais de saúde e gestores, desempenhando papel fundamental na melhoria da percepção de segurança do paciente. Além disso, sua implementação demonstrou impactos positivos nos indicadores de boas práticas e na maioria dos domínios da cultura de segurança. Os resultados sugerem que a adoção das reuniões de segurança pode ser uma estratégia valiosa para promover a cultura de segurança e o cuidado de qualidade em ambientes de saúde. Recomenda-se que essas práticas sejam incorporadas como parte essencial dos protocolos de segurança, visando aprimorar os resultados clínicos e a satisfação tanto dos profissionais quanto dos pacientes.

RESUMO

Objetivo: Identificar se a implementação do *safety huddle* possibilitou mudança na cultura de segurança do paciente. **Método:** Pesquisa quase-experimental, que avaliou a cultura de segurança do paciente antes e após a implementação do *safety huddle*. **Resultados:** O estudo revelou que 53,98% preencheram as duas avaliações da cultura de segurança, com 60,1% de adesão da equipe de enfermagem, com diferença estatisticamente significativa na segunda avaliação quanto à percepção da segurança do paciente e eventos adversos notificados ($p < 0,00$). Quanto aos indicadores de boas práticas, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,00$) no item 43 e melhoria em quase todas as dimensões na segunda avaliação da cultura de segurança. Os *huddles* totalizaram 105 dias, com 100% de adesão da equipe de enfermagem. Quanto aos itens do *checklist*, todos apresentaram respostas satisfatórias (acima de 50%). **Conclusão:** Os *safety huddles* revelaram-se uma ferramenta eficaz para a comunicação entre profissionais de saúde e gestores, demonstrando impactos positivos nos indicadores de boas práticas e na maioria das dimensões da cultura de segurança.

DESCRITORES

Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Hospital; Equipe de Assistência ao Paciente.

RESUMEN

Objetivo: Identificar si la implementación del *safety huddle* permitió un cambio en la cultura de seguridad del paciente. **Método:** Investigación cuasiexperimental, que evaluó la cultura de seguridad del paciente antes y después de la implementación del *safety huddle*. **Resultados:** El estudio reveló que el 53,98% completó las dos evaluaciones de la cultura de seguridad, con un 60,1% de adherencia por parte del equipo de enfermería, con diferencia estadísticamente significativa en la segunda evaluación en cuanto a la percepción de seguridad del paciente y eventos adversos reportados ($p < 0,00$). En cuanto a los indicadores de buenas prácticas, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,00$) en el ítem 43 y una mejora en casi todas las dimensiones en la segunda evaluación de la cultura de seguridad. Los *huddles* totalizaron 105 días, con 100% de adherencia por parte del equipo de enfermería. En cuanto a los ítems del checklist, todos presentaron respuestas satisfactorias (por encima del 50%). **Conclusión:** Los *safety huddles* demostraron ser una herramienta eficaz para la comunicación entre los profesionales de la salud y los gerentes, demostrando impactos positivos en los indicadores de buenas prácticas y en la mayoría de las dimensiones de la cultura de seguridad.

DESCRIPTORES

Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Hospitales; Grupo de Atención al Paciente.

REFERÊNCIAS

1. Khoshakhlagh AH, Khatooni E, Akbarzadeh I, Yazdanirad S, Sheidaei A. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1009. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>. PubMed PMID: 31888622.
2. Fernandes ARRA, Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Nepomuceno RM, Silva RFA. Cultura de segurança no centro cirúrgico: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm.* 2021;23:65437. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v23.65437>.
3. International Nuclear Safety Advisory Group. INSAG-7 The Chernobyl accident: updating of INSAG-1 [Internet]. Vienna: International Atomic Energy Agency; 1992. Safety Series [citado em 2021 maio 5]. Disponível em: https://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub913e_web.pdf
4. World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: Version 1.1: final technical report [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [citado em 2021 maio 5]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
5. Sousa JBA, Brandão MJM, Cardoso ALB, Archer ARR, Belfort IKP. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: desafio na segurança do paciente / Comunicação efetiva como ferramenta da qualidade: um desafio na segurança do paciente. *Braz J Hea Rev.* 2020;3(3):6467–79. doi: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>.
6. Nora CRD, Junges JR. Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo. *Rev Bioet.* 2021;29(2):304–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292468>.
7. Institute for Healthcare Improvement. Daily huddles [Internet]. IHI; 2018. [citado em 2021 mar 15]. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Huddles>
8. Goldenhar LM, Brady PW, Sutcliffe KM, Muething SE. Huddling for high reliability and situation awareness. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(11):899–906. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001467>. PubMed PMID: 23744537.
9. Wahl K, Stenmarker M, Ros A. Experience of learning from everyday work in daily safety huddles—a multi-method study. *BMC Health Serv Res.* 2022;22:1101. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08462-9>.
10. Panayiotou H, Higgs C, Foy R. Exploring the feasibility of patient safety huddles in general practice. *Prim Health Care Res Dev.* 2020;21:e24. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423620000298>.
11. Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, Huancahuari N, Morris CA, Pearson M, et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Quality & Safety.* 2020;29(10):1–2. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009911>.
12. Thiese MS. Observational and interventional study design types; an overview. *Biochem Med (Zagreb).* 2014;24(2):199–210. doi: <http://dx.doi.org/10.11613/BM.2014.022>. PubMed PMID: 24969913.
13. Fernandes VDO, Malta SM, Souza LFL, Morgado MVG. Fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde. Daily Huddle: uma estratégia para gerenciamento dos riscos [Internet]. Albert Einstein; 2017 [citado em 2023 mar 19]. Disponível em: <http://apps.einstein.br/forumqualidadeseuranca/trabalhos.html>
14. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, de Souza RM, Lima ALB, Freitas MR, et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol Serv Saude.* 2017;26(3):455–68. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>. PubMed PMID: 28977171.
15. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHA290201300003C). AHRQ Publication N°. 18-0036-EF (Replaces 04-0041, 15(16)-0049-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 [citado em 2023 mar 19]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/qualitypatient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Avaliação nacional da cultura de segurança do paciente em hospitais - 2021 [Internet]. Brasília: ANVISA; 2022 [citado em 2023 mar 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf>
17. Gama ZAS, Saturno-Hernández PJ, Ribeiro DNC, Freitas MR, Medeiros PJ, Batista AM, et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: projeto ISEP-Brasil. *Cad Saude Publica.* 2016;32(9):e00026215. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00026215>. PubMed PMID: 27653192.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]; Brasília; 2013 [citado em 2023 mar 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
19. Brass SD, Olney G, Glimp R, Lemaire A, Kingston M. Using the patient safety huddle as a tool for high reliability. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018;44(4):219-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.10.004>. PubMed PMID: 29579447.

20. Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Evaluating patient safety culture in a philanthropic hospital. *REME Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1183. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190031>.
21. Viana KE, Matsuda LM, Ferreira AMD, Reis GAX, Souza VS, Marcon SS. Patient safety culture from the perspective of nursing professionals. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20200219. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0219>.
22. Madalozzo MM, Lucas JJP, Kanan LA, Marcon SRA, Souza AS, Michelin FT, et al. Cultura de segurança do paciente em um hospital acreditado de alta complexidade. *RSD.* 2021;10(6):e55510616113. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16113>.
23. Prieto MMN, Fonseca REPD, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(6):e20201315. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>. PubMed PMID: 34431940.
24. Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FDS, Batista J, Maziero ECS. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 2023 mar 19];23(1):50717. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50717>
25. Aldawood F, Kazzaz Y, AlShehri A, Alali H, Al-Surimi K. Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ Open Qual.* 2020;9(1):e000753. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000753>. PubMed PMID: 32098776.
26. Pimentel CB, A. Lynn Snow, Carnes SL, Shah NR, Loup J, Vallejo-Luces TM, et al. Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: a scoping review. *J Gen Intern Med.* 2021;36:2772–83. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-021-06632-9>.
27. Wagner C, Theel A, Handel S. Safety Huddles: Guide to Safety Huddles [Internet]. Seattle, WA: Washington State Hospital Association; 2015 [citado em 2023 maio 30]. Disponível em: http://www.wsha.org/wp-content/uploads/Worker-Safety_SafetyHuddleToolkit_3_27_15.pdf

EDITOR ASSOCIADO

Vanessa de Brito Poveda



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.