

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

Francyne Lopes Martins

CULTURA DE SEGURANÇA: CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA
PARA APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL COM LIDERANÇAS

Porto Alegre

2023

Francyne Lopes Martins

**CULTURA DE SEGURANÇA: CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA
PARA APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL COM LIDERANÇAS**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato

Porto Alegre

2023

Catálogo na Publicação

Martins, Francyne Lopes

Cultura de segurança: Cenários de simulação realística para aprendizagem experiencial com lideranças / Francyne Lopes Martins. -- 2023.

104 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2023.

Orientador(a): Rita Catalina Aquino Caregnato.

1. Segurança do paciente. 2. Cultura de segurança. 3. Simulação realística. 4. Educação de lideranças. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Francyne Sequeira Lopes Martins

**CULTURA DE SEGURANÇA: CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA
PARA APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL COM LIDERANÇAS**

Trabalho final apresentado para obtenção do título de mestre no Programa de
Pós- Graduação de Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciência da Saúde
de Porto Alegre

Área de concentração: Ensino na Saúde

Aprovado em 31 de janeiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Márcia Rosa da Costa

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Dra. Cassiana Gil Prates

Hospital Ernesto Dornelles

Dra. Lília de Souza Nogueira

Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Para meu marido e maior incentivador pessoal e profissional, Norberto Martins, toda a minha gratidão e amor por compartilhar mais essa jornada ao meu lado. Sem o teu apoio, compreensão e incentivo essa conquista não seria possível.

Aos meus pais Carlos Lopes e Rossana Denize que me mostraram que o conhecimento e a educação eram a forma mais honrada para se ter liberdade e que muitas conquistas viriam através desses dois valores.

Aos meus filhos Gabriel e Lucas, que são minha melhor e maior forma de amor e incentivo de busca pela transformação em um ser humano melhor em todas as perspectivas: profissional, pessoal e espiritual. Obrigada meus amores pela paciência e compreensão em tantas ausências minhas para dedicação a esse trabalho. Dedico o título de mestre a vocês.

Aos meus amigos que me apoiaram, incentivaram e ajudaram com palavras de afeto e estímulo e até mesmo com tarefas cotidianas para que eu pudesse ter concentração e dedicação no mestrado durante esses dois anos.

À minha grande amiga e inspiração de pessoa e profissional, Cassiana Prates, uma grande referência profissional com quem tive a honra de iniciar minha carreira na área de controle de infecções.

Aos meus colegas, profissionais maravilhosos do Hospital Mãe de Deus, pela compreensão, amizade, trocas de experiências e incentivos diários.

Agradeço aos docentes do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, em especial à minha orientadora, Prof^a. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato, pelos ensinamentos durante esses dois anos.

RESUMO

Introdução: A educação baseada em simulação (EBS) tem sido uma estratégia altamente difundida para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes em ambiente controlado. A aprendizagem e uma cultura de segurança saudável se reforçam mutuamente. **Objetivo:** Promover aprendizagem experiencial com lideranças sobre cultura de segurança por meio do desenvolvimento de cenários para simulação realística. **Método:** Estudo metodológico desenvolvido em três etapas. Inicialmente realizou-se estudo documental retrospectivo em base secundária de dados através do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* preenchido em 2020 por 175 profissionais de um hospital geral privado de Porto Alegre/RS. A seguir aplicou-se um plano educacional para o fortalecimento da cultura de segurança, com um grupo de sete lideranças desse hospital. Por último, desenvolveu-se o produto educacional: dois cenários de simulação através do método *NLN Jeffries Simulation Theory* sendo esses validados por um grupo de seis juízes especialistas, através do índice de validade de conteúdo (IVC). Os cenários foram aplicados através de simulação com seis lideranças e mensurada a satisfação e autoconfiança na aprendizagem por meio da escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*. **Resultados:** Análise do questionário HSOPSC identificou duas dimensões fragilizadas: “respostas não punitivas aos erros” e “percepção de segurança”. Na aplicação do plano educacional, foram envolvidas as lideranças participantes da pesquisa e elaborou-se planos de ação com metas para aumentar a visibilidade das ações corretivas nos eventos adversos, conscientizar sobre a importância de notificar incidentes e sensibilizar as lideranças para abordagens abertas sobre erros. Após, desenvolveram-se dois cenários de simulação realística avaliados por especialistas que obtiveram uma pontuação de 100% de conformidade. A aplicação na prática dos cenários em simulações com as lideranças identificou conhecimento acerca da cultura de segurança e outras habilidades em torno do tema. A satisfação com a aprendizagem e autoconfiança obtiveram escores de satisfação 100% e autoconfiança 96,1%. **Conclusão:** Desenvolveu-se como produto desta pesquisa materiais didáticos, constituídos por dois cenários de simulação realística sobre cultura de segurança, que aplicados na prática mostraram-se efetivo, promovendo satisfação e motivando a aprendizagem estabelecendo autoconfiança.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura de segurança. Simulação realística. Educação de lideranças.

ABSTRACT

Introduction: Simulation-based education (SBE) has been a highly widespread strategy to improve the quality of health care, allowing the development of knowledge, skills and attitudes in a controlled environment. Learning and a healthy safety culture are mutually reinforcing. **Objective:** Promote experiential learning with leaders about safety culture through the development of scenarios for realistic simulation. **Method:** Methodological study developed in three stages. Initially, a retrospective documentary study was carried out in a secondary data base through the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) questionnaire, completed in 2020 by 175 professionals from a private general hospital in Porto Alegre/RS. Next, an educational plan was applied to strengthen the safety culture, with a group of seven hospital leaders. Finally, the educational product was developed: two simulation scenarios using the NLN Jeffries Simulation Theory method, which were validated by a group of six expert judges, through the content validity index (CVI). The scenarios were applied through simulation with six leaders and measuring satisfaction and self-confidence in learning through the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning scale. **Results:** Analysis of the HSOPSC questionnaire identified two weakened dimensions: “non-punitive responses to errors” and “perception of safety”. In the application of the educational plan, the leaders participating in the research were involved and action plans were developed with goals to increase the visibility of corrective actions in adverse events, raise awareness about the importance of reporting incidents and sensitize leaders to open approaches to errors. Afterwards, two realistic simulation scenarios were developed, evaluated by experts who obtained a 100% compliance score. The practical application of the scenarios in simulations with the leaders identified knowledge about the safety culture and other skills around the theme. Satisfaction with learning and self-confidence obtained satisfaction scores of 100% and self-confidence of 96.1%. **Conclusion:** As a product of this research, didactic materials were developed, consisting of two realistic simulation scenarios on safety culture, which when applied in practice proved to be effective, promoting satisfaction and motivating learning by establishing self-confidence.

Keywords: Patient safety. Safety culture. Realistic simulation. Leadership education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason, adaptado pela autora	22
Figura 2 - Os cinco estágios da maturidade da cultura de segurança	25
Figura 3 - Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo: A cultura e o Sistema de Aprendizagem	29
Figura 4 - Pirâmide de aprendizagem de William Glasser	32
Figura 5 - Etapas do estudo	38
Figura 6 - Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pela Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)	40
Figura 7 - Fluxograma com as etapas para trabalhar o plano educacional	43
Figura 8 - Estrutura da simulação proposta por NLN Jeffries	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação Internacional de Segurança do Paciente	20
Quadro 2 - Etapas para elaboração de cenário para Educação Baseada em Simulação (EBS)	48
Quadro 3 - Ações elaboradas para a dimensão percepção de segurança.....	57
Quadro 4 - Ações elaboradas para a dimensão respostas não punitivas aos erros	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados da pesquisa de cultura de segurança, 2020 – Dimensões de Resultados	55
Tabela 2 - Resultados da pesquisa de cultura de segurança, 2020 - Dimensões da Unidade e da Organização	55
Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo – IVC dos cenários	60
Tabela 4 - Descrição do perfil dos participantes.....	62
Tabela 5 - Análise dos resultados escala para mensurar satisfação e autoconfiança do aluno participantes da simulação (Escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i>)	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPE	Association of Standardized Patient Educators
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EBS	Educação baseada em simulação
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
JCI	Joint Commission International
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NLN	National League for Nurses
Notivisa	Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SOBP	Standards of Best Practice
SSH	Society for Simulation in Healthcare
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 GERAL	17
2.2 ESPECÍFICOS.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	18
3.2 CULTURA DE SEGURANÇA.....	23
3.3 ENSINO APRENDIZAGEM	30
3.3.1 Educação Baseada em Simulação (EBS)	32
3.3.2 Educação para Segurança do paciente e Cultura de Segurança.....	35
4 MÉTODO	38
4.1 ETAPA 1 – ESTUDO DOCUMENTAL RETROSPECTIVO.....	38
4.1.1 Delineamento do Estudo.....	39
4.1.2 Instrumento de coleta de dados	39
4.1.3 Amostra.....	40
4.1.4 Coleta e análise dos dados	41
4.2 ETAPA 2 – DIRECIONAMENTO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE BASEADO EM UM PLANO EDUCACIONAL.....	41
4.2.1 Delineamento do estudo.....	41
4.2.2 Instrumento, coleta e análise dos dados.....	44
4.2.3 População e Amostra	44
4.3 DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO EDUCACIONAL ATRAVÉS DO MÉTODO <i>NLN JEFFRIES SIMULATION THEORY</i>	45
4.3.1 Delineamento do estudo.....	45

4.3.2 Protocolo do estudo.....	48
4.3.3 Cenários	49
4.3.4 População e Amostra	51
4.4 CAMPO DE AÇÃO.....	51
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	52
5 RESULTADOS	54
5.1 ETAPA ESTUDO DOCUMENTAL RETROSPECTIVO.....	54
5.2 DIRECIONAMENTO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE BASEADO EM UM PLANO EDUCACIONAL.....	56
5.3 DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO EDUCACIONAL ATRAVÉS DO MÉTODO <i>NLN JEFFRIES SIMULATION THEORY</i>	59
6 DISCUSSÃO.....	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESPECIALISTAS.....	85
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – LIDERANÇAS	87
APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO PARA DESENVOLVIMENTO DO CENÁRIO ..	89
APÊNDICE 4 - CONTEÚDO DO E-MAIL ENVIADO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	91
APÊNDICE 5 - PRODUTO TÉCNICO: CENÁRIO HABILIDADE DAS LIDERANÇAS PARA RESPOSTAS NÃO PUNITIVAS AOS ERROS.....	93
APÊNDICE 6 - PRODUTO TÉCNICO: CENÁRIO HABILIDADE DAS LIDERANÇAS SOBRE PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA.....	97
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO HSOPSC	100
ANEXO 2 - ADAPTAÇÃO DA ESCALA STUDENT SATISFACTION AND SELF-CONFIDENCE IN LEARNING.....	104

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente sempre esteve no centro do movimento de melhoria da qualidade no cuidado de saúde (SOUSA; MENDES, 2019; FRANKEL *et al.*, 2017). Nas últimas décadas emergiram diversos estudos que colocaram a segurança do paciente como um problema de saúde pública, evidenciando que os danos causados durante a assistência à saúde, até então pouco conhecidos, acarretavam o aumento da morbimortalidade, qualidade de vida e afetavam negativamente os pacientes em todos os contextos da sua saúde (NPSF, 2015; WHO, 2021).

A mudança de paradigma no pensamento sobre segurança em saúde veio com a percepção de que não era completamente diferente de outras indústrias de alto risco e, quando as coisas davam errado, raramente era devido a um erro de um único indivíduo. Passando assim a compreender que o erro humano está embutido em uma amálgama complexa de ações e interações, processos, relacionamentos de equipe, comunicações, comportamento humano, tecnologia, cultura organizacional, regras e políticas. A partir disso, pode-se compreender mais sobre o impacto de sistemas mal desenhados sobre o erro humano (WHO, 2021).

A cultura pode ser entendida como o modo de pensar (valores, atitudes, percepções e crenças) e de agir (hábitos e comportamentos típicos) de um grupo de pessoas que trabalham juntas. Conceitualmente, a cultura de segurança define-se como um conjunto de valores individuais e coletivos de atitudes, percepções, competências e hábitos que determinam o comprometimento, o estilo e a capacidade de gestão de uma organização saudável e segura (SORRA *et al.*, 2016). Em última análise, a cultura determina como uma organização funciona. A promoção da cultura de segurança pode ser mais sólida e efetiva quando as intervenções estão direcionadas para as lideranças, trabalho em equipe e mudanças de comportamento (WEAVER *et al.*, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a educação dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente, apontando como questão vital que todos compreendam a relevância dessa temática em seu trabalho e o que eles podem fazer para melhorar a segurança do atendimento (WHO, 2008b). Nesse contexto, fica evidente a necessidade da educação para o aprimoramento da cultura de segurança. Problematizar e discutir o tema de forma séria e responsável torna-se indispensável para instrumentalizar os profissionais a prevenção de eventos adversos e para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente (WEGNER *et al.*, 2016). Progredir na formação e educação sobre o tema é um movimento impulsionador para

alcançar as necessidades de melhoria na qualidade da saúde entregue à população (GARZIN; MELLEIRO, 2019).

O ensino na saúde pode ser definido como um processo que requer ações pedagógicas para a formação de profissionais de saúde, abrangendo as bases epistemológicas, curriculares, metodológicas e contextuais (BAHIA *et al.*, 2018). Nas últimas décadas têm surgido metodologias de ensino que levam em conta a experiência dos alunos e o contexto no qual estão inseridos, proporcionando a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem (CALDARELLI, 2017; FUGITA *et al.*, 2016).

A educação baseada em simulação (EBS) tem sido uma estratégia altamente difundida para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, pois permite que os profissionais desenvolvam conhecimentos, habilidades e atitudes em ambiente controlado, com método e objetivos educacionais de forma segura, orientada e eficiente (AGGARWAL *et al.*, 2010; HEGLAND *et al.*, 2017). Diante do potencial promissor da EBS para ensino-aprendizagem na saúde, especialmente na formação de enfermeiros, a prática tem sido progressivamente utilizada (COREN SP, 2020). Alguns estudos abordam o impacto dessa prática na segurança do paciente, alcançando efeitos significativos das intervenções sobre os resultados esperados (AGGARWAL *et al.*, 2010; FREYTAG *et al.*, 2017; LEWIS *et al.*, 2019).

Para aplicação da EBS nas organizações de saúde, é fundamental o reconhecimento e apoio das lideranças para essa prática (MATHEWS *et al.*, 2017), no entanto ainda existem lacunas na literatura sobre capacitação através desse método para lideranças acerca da temática segurança do paciente (COOPER *et al.*, 2011). Da mesma forma, as estratégias direcionadas à promoção da cultura de segurança destacam que os líderes devem ser educados sobre a importância da cultura de segurança, e precisam de ferramentas para ajudar a criar essa cultura (NPSF, 2015). A aprendizagem e uma cultura saudável se reforçam mutuamente, identificando e resolvendo os defeitos clínicos, culturais e operacionais (FRANKEL *et al.*, 2017).

1.1 JUSTIFICATIVA

Para melhorar a qualidade e segurança da assistência à saúde, é imprescindível que as organizações atuem no avanço da cultura de segurança, trabalho em equipe e engajamento (NPSF, 2015). São inúmeros os relatórios que abordam a temática sobre como melhorar a segurança do paciente e cultura de segurança nas organizações de saúde (NPSF, 2015; FRANKEL *et al.*, 2017; BCPSQC, 2021; WHO, 2021), entretanto, ainda são limitados os estudos que abordam como praticar, desenvolver e educar profissionais de saúde para cultura

de segurança (COOPER *et al.*, 2011; WEGNER *et al.*, 2016; AMIRI; KHADEMIAN; NIKANDISH, 2018; LEWIS *et al.*, 2019; JOWSEY *et al.*, 2019).

Objetivando a transformação na cultura de segurança, as organizações devem colocar em pauta a temática como prioridade organizacional, incluir na estratégia da organização, possuir políticas, programas e processos institucionais bem estabelecidos e definidos (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019; NPSF, 2015). Outro ponto relevante é o envolvimento das lideranças nessa mudança. Sabe-se que promoção da cultura de segurança nos serviços de assistência à saúde é vista como um desafio, contudo, também é conhecido que ela pode ser mais bem-sucedida se as intervenções estiverem alicerçadas em princípios de liderança, trabalho em equipe e mudança de comportamento, ao invés de processos, indivíduos ou tecnologias (WEAVER *et al.*, 2013).

Estudos demonstram que a liderança desempenha um importante papel para o desenvolvimento da cultura positiva, quando os líderes são dedicados à segurança do paciente, fornecem apoio para os colaboradores da ponta desenvolverem o cuidado à beira leito de forma segura e tratam todos com respeito, justiça e transparência, a cultura é estabelecida fundamentada nessas premissas (BCPSQC, 2017). Entretanto, em muitas organizações de saúde a realidade encontrada ainda é a ausência de engajamento das lideranças nas questões relacionadas à segurança do paciente, resultando em uma cultura desfavorável (KAWAMOTO *et al.*, 2016). Medeiros Filho (2021) aborda o assunto, explicitando a essencialidade da participação da gestão para a cultura de segurança, entretanto, ele revela em seu estudo a percepção de uma necessidade de desenvolver mais conhecimento nos gestores de saúde sobre o tema e até mesmo sobre as práticas executadas nos seus serviços de atuação.

Nesse contexto emerge a inter-relação citada por FRANKEL *et al.* (2017): entre a cultura e o sistema de aprendizagem, surge um componente comum e essencial à ambos, a liderança. A aprendizagem e uma cultura positiva se impulsionam de forma recíproca, sendo a aprendizagem a capacidade de realizar autorreflexão e identificação de pontos fortes e frágeis. O reforço mútuo entre aprendizagem e cultura garante a identificação das falhas, assim como a ação sobre as mesmas.

Os líderes devem ser educados para cultura de segurança e receber ferramentas para o desenvolvimento (NPSF, 2015); abordagens educacionais mais ativas e elaboradas para diferentes tipos de aprendizagem podem apoiar as lideranças no progresso de comportamentos direcionados a essa prática.

A mestrandia possui uma trajetória profissional com experiência em prevenção e controle de infecções, considerando as infecções relacionadas à assistência à saúde eventos

adversos preveníveis nas organizações de saúde. Atualmente trabalha na gestão da qualidade de um hospital privado que possui reconhecimento pela implementação do serviço de gestão de riscos exclusivo, oito anos antes das iniciativas implementadas pelo Ministério da Saúde sobre segurança do paciente. O serviço de qualidade abrange as áreas de segurança do paciente e controle e infecções. Nesse sentido, inseriu-se na linha de pesquisa “integração ensino e serviços de saúde na formação profissional” com a finalidade de desenvolver uma pesquisa que pudesse contribuir com sua área de atuação no serviço, visto que essa linha apoia a formação de profissionais da saúde que atuam em contextos de diferentes níveis de atenção à saúde e serviços e possuem conhecimentos específicos da área da saúde associado ao ensino inserido na sua prática profissional diária (UFCSPA, 2020).

Refletindo sobre o assunto, a mestranda identificou a oportunidade de contribuir com a temática acerca da cultura de segurança na prática dentro das instituições de assistência à saúde, definindo como questão de pesquisa: como contribuir para a cultura de segurança do paciente propiciando aos profissionais líderes aprendizagem experiencial utilizando metodologias ativas de ensino?

2 OBJETIVOS

A seguir serão apresentados os objetivos deste trabalho.

2.1 GERAL

Promover aprendizagem experiencial com lideranças sobre cultura de segurança por meio do desenvolvimento e aplicação de cenários para simulação realística.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Analisar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente na instituição hospitalar;
- b) Direcionar ações estratégicas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente baseado em um plano educacional;
- c) Elaborar produto educativo por meio de roteiros para o desenvolvimento de simulação realística sobre segurança do paciente direcionados às lideranças de instituições hospitalares;
- d) Validar o produto educativo desenvolvido para aprendizagem experiencial com lideranças sobre cultura de segurança.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir será apresentado o referencial teórico do trabalho.

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, segurança do paciente é definida por “uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consciente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer (OMS, 2021).

Nas últimas décadas emergiram diversos estudos que colocaram a segurança do paciente como um problema de saúde pública. Os debates mundiais acerca do tema segurança do paciente ganharam força a partir da publicação do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, divulgado pelo *Institute of Medicine* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Os dados publicados chamavam a atenção, pois revelavam importantes números sobre a segurança do paciente nos Estados Unidos (NPSF, 2015). Entre os resultados estavam aumento de custos estimados entre US\$ 17bilhões e 29bilhões de dólares, e um número de mortes que poderia chegar à 98 mil relacionadas a eventos adversos (FRANKEL *et al.*, 2017; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WHO, 2021).

Em todo o mundo há um intenso movimento para ampliar o a cobertura universal à saúde e, à medida que esses esforços avançam, eles podem ser prejudicados pela insegurança no cuidado (OMS, 2021). Estudos mais recentes demonstram que os danos evitáveis continuam sendo frequentes nos serviços de assistência à saúde (JAMES, 2013; NAS, 2018; ROBB *et al.*, 2017). Esses eventos acarretam no aumento de morbidade e mortalidade, bem como implicações relacionadas à qualidade de vida dos pacientes, podendo ser comparados à obesidade, câncer de mama e acidentes de avião ou carro (NPSF, 2015). No Brasil, um estudo demonstrou que 66,7% dos eventos adversos identificados em hospitais de ensino eram evitáveis (MENDES *et al.*, 2009), outro autor (BATISTA, 2019) ao analisar eventos adversos em pacientes cirúrgicos identificou que 90% desses poderiam ter sido evitados. Mais recentemente, um estudo publicado em 2018 revelou dados notificados no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa), constatou-se que entre 2014 e 2016 ocorreram 63.933 eventos adversos relacionados ao cuidado prestado ao paciente e desses, 417 resultaram em óbitos (MAIA *et al.*, 2018). Além desses, os impactos de custos, redução da

confiança nos serviços de saúde, e os danos psicológicos para os profissionais de saúde envolvidos em eventos adversos graves também são temas relevantes a serem considerados (OMS, 2021).

A segurança do paciente sempre esteve no centro do movimento de melhoria da qualidade no cuidado de saúde. Um estudo conduzido pela Universidade de Harvard, há aproximadamente trinta anos, impulsionou o movimento para o levantamento de eventos adversos dentro de diferentes realidades nos hospitais americanos. Esse estudo demonstrou que a grande maioria dos danos em hospitais eram causados por falhas sistêmicas (BRENNAN, 1991; FRANKEL *et al.*, 2017).

Acompanhando as iniciativas da OMS, com o lançamento da campanha *World Alliance for Patient Safety* (WHO, 2008b), a *Joint Commission International* (JCI), líder global em acreditação e cuidados de saúde, propõe metas internacionais de segurança do paciente destacando as áreas problemáticas na assistência à saúde e apresentando soluções consensuais para esses problemas (JCI, 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos e privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

Como estratégia de alinhamento, padronização de conceitos e fins estatísticos, a OMS publicou a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, apresentada no quadro 1 (WHO, 2009).

Quadro 1 - Classificação Internacional de Segurança do Paciente

Nomenclatura	Conceito
Segurança do Paciente	Reduzir, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente
<i>Near miss ou quase falha</i>	Incidente que não atingiu o paciente
Eventos adversos (EA)	Incidente que resulta em dano ao paciente

Fonte: WHO (2009)

Assim como citado anteriormente neste projeto, houve uma mudança de paradigma no pensamento sobre segurança em saúde, modificando a compreensão sobre o impacto de sistemas mal desenhados sobre o erro humano. Este conceito é transformador, pois considera substituir o foco no erro humano por um foco nos sistemas defeituosos (WHO, 2021; LEAPE, 2009).

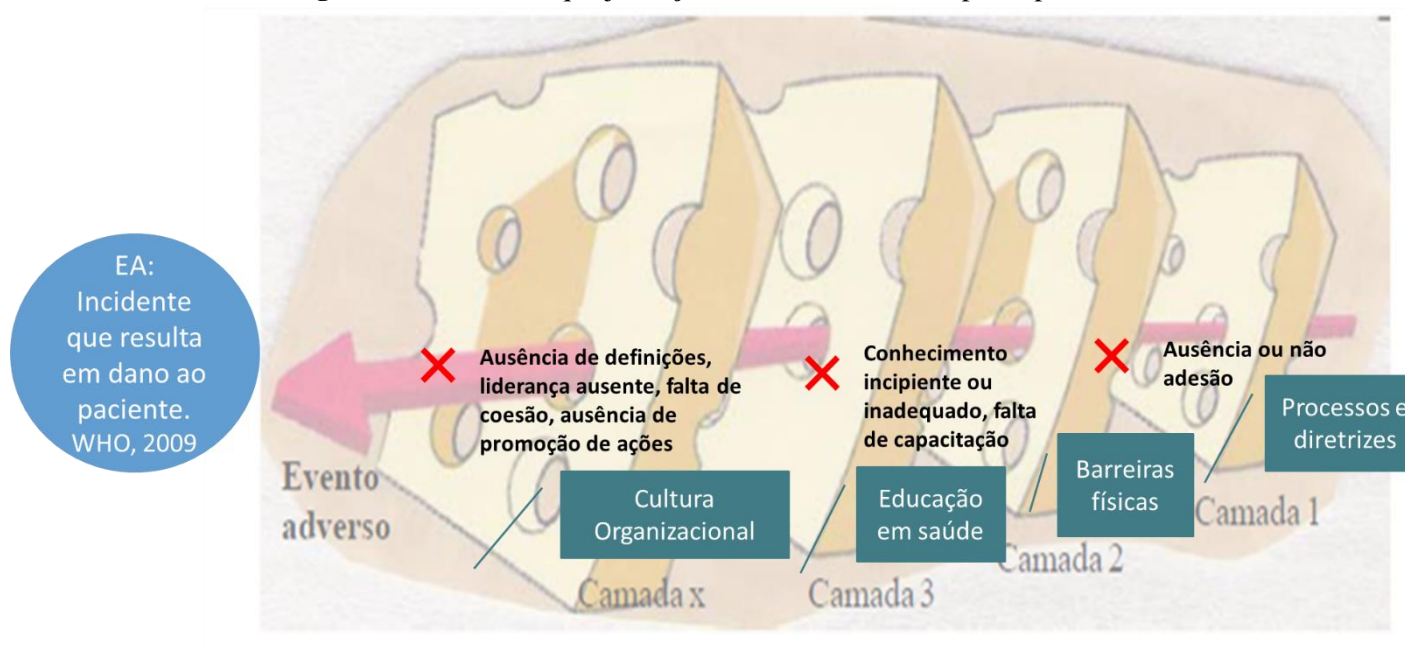
James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester no Reino Unido, propôs uma teoria muito conhecida e utilizada até os dias atuais, denominada “Teoria do Queijo Suíço” (REASON, 2000). Nessa teoria ele aborda como tema central as defesas do sistema, considerando que não é possível mudar as condições humanas, mas se pode mudar as condições em que os seres humanos trabalham. Na sua concepção, sistemas altamente complexos constroem barreiras para impedir que erros aconteçam (BRASIL, 2013; PERNEGER, 2005; REASON, 2000).

O nome da teoria vem da metáfora que, em condições ideais, as barreiras para que os erros não ocorram estariam postas em seus lugares, entretanto, a realidade demonstra que essas barreiras são semelhantes a “fatias de queijo suíço”, com muitos buracos que abrem e fecham continuamente, mudando de posição. Esses buracos são as fragilidades do processo que são classificados em falhas ativas, dizem respeito a atos inseguros cometidos por pessoas ou condições latentes, aquelas apontadas como decisões que podem levar ao erro, como, por

exemplo, excesso de carga de trabalho, equipamentos inapropriados ou indisponíveis, falta de medicamentos, entre outras (PERNEGER, 2005; REASON, 2000).

A figura 1 reproduz a “Teoria do Queijo Suíço” de Reason, adaptada pela autora, onde a seta representa o risco, as fatias do queijo as barreiras, e os furos as fragilidades do processo. A imagem demonstra claramente o risco ultrapassando as barreiras uma a uma através das fragilidades encontradas, levando assim a ocorrência de um incidente. Aplicando a teoria à temática desse trabalho, na primeira camada identificamos processos e diretrizes, na segunda barreiras físicas, na terceira educação em saúde, e a quarta camada representa a cultura da organização. Para ultrapassar a primeira e segunda camadas estão as falhas na adesão aos processos e às barreiras físicas, na educação em saúde; terceira camada se identifica como fragilidade do conhecimento incipiente, falta de capacitação ou até mesmo a ausência de atualização do conhecimento. E na camada da cultura organizacional, as fragilidades podem ser encontradas nas ausências de definições, na omissão da liderança em adotar, praticar e transmitir a cultura organizacional e até mesmo na falta de alinhamento e conhecimento das lideranças e conseqüentemente dos colaboradores sobre a cultura organizacional (BRASIL, 2013).

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason, adaptado pela autora



Fonte: Adaptado de Brasil (2014)

O progresso sobre o tema segurança do paciente nos últimos 20 anos é inegável, entretanto, ainda há muito para evoluir, aumentar a segurança do paciente é um processo complexo e exige muito trabalho e apoio de entidades, categorias profissionais, lideranças e gestores de saúde (NPSF, 2015). Diante da complexidade dos sistemas de saúde, uma analogia tem sido feita nos últimos anos com outras organizações intrinsecamente consideradas complexas e eficientes, como aviação e usinas nucleares, as denominadas organizações de alta confiabilidade. Uma característica importante dessas organizações é a prioridade de minimizar os riscos de incidentes e mitigar eventos adversos, por meio de uma consciência coletiva de segurança em todos os níveis da organização (GAW; ROSINIA; DILLER, 2018; SOUSA; MENDES, 2019; REASON, 2000).

3.2 CULTURA DE SEGURANÇA

A qualidade, enquanto essência para prestação de um serviço de excelência, é um fenômeno complexo e multifacetado que abrange inclusive os propósitos organizacionais e o alcance da satisfação dos clientes. Para o atingimento desses objetivos, a redução dos riscos relacionados à assistência à saúde é um alicerce fundamental (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

Diante de tantos estudos e publicações sobre segurança do paciente (FRANKEL *et al.*, 2017; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; MENDES *et al.*, 2009; REASON, 2000; WHO, 2021) ficou evidente nos últimos vinte anos que proporcionar segurança requer promoção de uma cultura favorável nas organizações de saúde (NPSF, 2015; SOUSA; MENDES, 2019).

O conceito de “cultura de segurança” ganhou maior atenção na década de 80 na Ucrânia a partir do acidente na Usina Nuclear de Chernobyl, onde foram identificadas inúmeras falhas de segurança (IAEA, 1991; SOUSA; MENDES, 2019). Mais tarde, a *International Atomic Energy Agency* publicou um relatório destinado ao tema com a finalidade de promover a cultura de segurança, estimulando a discussão e disseminação de ações práticas em todos os níveis para aumentar a segurança (IAEA, 1991). No contexto da investigação do desastre, cabe ressaltar que as falhas humanas não foram julgadas como deficiências dos indivíduos, mas como falhas do sistema e da cultura, trazendo a compreensão da inevitabilidade do erro humano (WHO, 2008a).

No âmbito da saúde, o termo cultura de segurança foi definido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), agência de referência mundial para qualidade que possui como missão produzir evidências para tornar os cuidados de saúde mais seguros, de

maior qualidade, mais acessíveis, equitativos e com menor custo (AHRQ, 2021). Segundo AHRQ, cultura de segurança define-se como um conjunto de valores individuais e coletivos de atitudes, percepções, competências e hábitos que determinam o comprometimento, o estilo e a capacidade de gestão de uma organização saudável e segura (SORRA *et al.*, 2016).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do paciente transcreve o conceito de cultura de segurança como: uma cultura onde todos os trabalhadores, profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; onde a segurança é priorizada acima das metas financeiras e operacionais; onde há o encorajamento e recompensa para a identificação, notificação e resolução dos problemas ligados à segurança do paciente; a partir da ocorrência de eventos desenvolve aprendizado organizacional e provê recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2014).

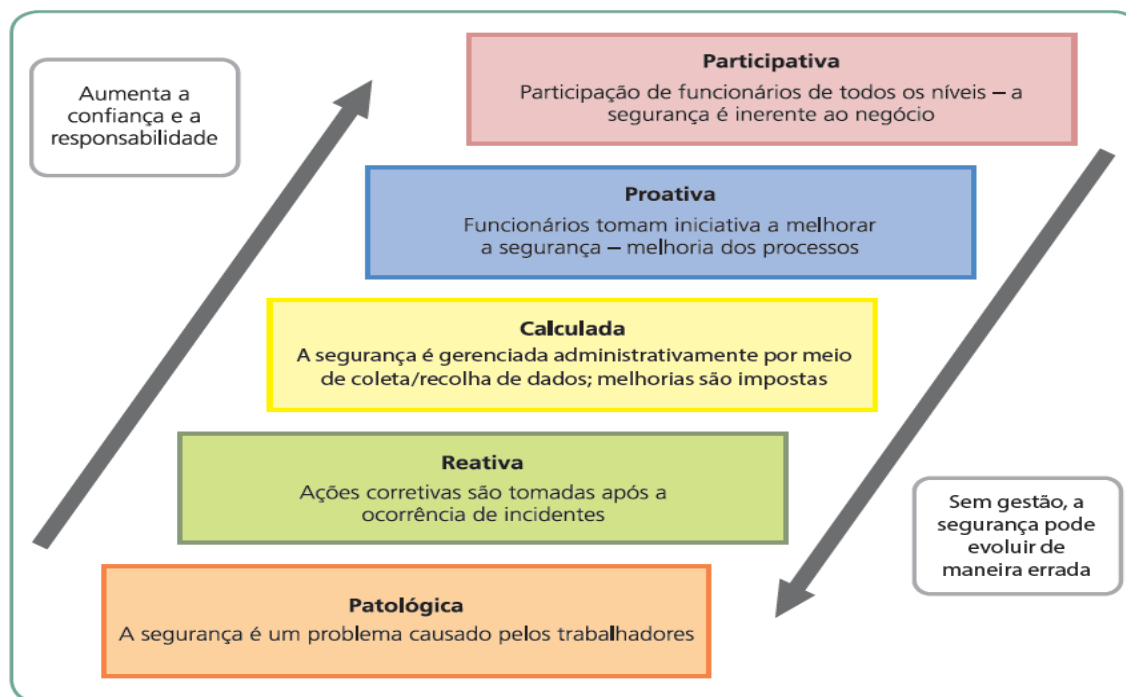
Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas (NSPF, 2015; SOUSA; MENDES, 2019; WHO, 2008a).

Nesse contexto, para a construção da cultura de segurança são fundamentais quatro pilares: 1) cultura da notificação, encoraja as pessoas a falarem sobre erros, incentiva a notificação, promove transparência, analisa e divulga os eventos adversos; 2) cultura do aprendizado, desenvolve o engajamento nos processos de aprendizagem sobre os erros, direciona as melhorias a partir do histórico de notificações; 3) cultura da informação e colaboração, compartilhamento de informações, respeito e incentivo às ideias dos colaboradores, reconhecimento às atitudes seguras; 4) cultura justa, reconhecimento das causas sistêmicas, sem foco no indivíduo, consenso sobre comportamentos aceitáveis ou inaceitáveis (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019; SAMMER, 2010; WHO, 2008b).

Na grande maioria das organizações de saúde a cultura de segurança é impactada por barreiras como: a falta de confiança, que leva a subnotificação de erros; à crença dos profissionais de que os erros são usados contra eles e a ausência de responsabilização coletiva (HERSHEY, 2015).

As organizações podem apresentar diferentes níveis de maturidade e progredir em cinco níveis ao longo do tempo, representados na figura 2 (HUDSON, 2003; SOUSA; MENDES, 2019).

Figura 2 - Os cinco estágios da maturidade da cultura de segurança



Fonte: Hudson (2003 *apud* SOUSA; MENDES, 2019)

No nível mais baixo de maturidade a cultura é denominada “patológica”, onde a falta de segurança é considerada um problema causado pelos colaboradores. Em seguida vem a “fase reativa”, onde a segurança começa a ser levada mais a sério, entretanto, as ações só são tomadas após os incidentes. No terceiro estágio, a “cultura calculada” a segurança é gerenciada, mas as abordagens ainda são definidas e impostas pela gestão, não é procurada pelos colaboradores. Nessa fase também há uma gestão de riscos muito focada na coleta de dados. A quarta fase, denominada “proativa”, é caracterizada por um desempenho aprimorado, onde um número maior de profissionais toma a iniciativa de melhorar a segurança, identificando e melhorando os problemas relacionados à segurança, antecipando-se à ocorrência de incidentes. E, por fim, no grau mais elevado de maturidade, a “cultura geradora ou participativa”, ocorre a participação de todos os níveis da organização acerca da segurança, gerando um aumento de confiança (HUDSON, 2003; SOUSA; MENDES, 2019).

Um passo importante para estabelecer a cultura de segurança é a avaliação por meio da percepção e comportamentos dos profissionais de saúde, permitindo identificar as áreas mais fragilizadas com o intuito de propor intervenções e melhorias (SORRA, 2004; WHO, 2008a). A mensuração da cultura de segurança organizacional é recomendada pela OMS (WHO, 2008a) e exigida por órgãos internacionais de certificação, como a *Joint Commission International* (JCI), pois permite que, além da mensuração, o hospital realize a gestão prospectiva de aspectos

relacionados à segurança, proporcionando ciclos contínuos de melhoria (HERSHEY, 2015; SOUSA; MENDES, 2019).

Medir a cultura de segurança tem como propósito, além de realizar o diagnóstico atual, conscientizar as equipes acerca do tema, identificar os pontos fortes e de melhorias, analisar as tendências ao longo do tempo, avaliar o impacto das iniciativas e intervenções para melhorar a segurança do paciente e fazer benchmark entre as instituições de saúde (BCPSQC, 2021; REIS; PAIVA; SOUSA, 2018; SORRA, 2004; SOUZA, 2014).

Muitas ferramentas podem ser usadas para avaliar a cultura, métodos quantitativos e qualitativos (BCPSQC, 2021), questionários que se baseiam em uma combinação de dimensões e são considerados estratégia eficiente (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Dentre essas ferramentas, a mais utilizada é a Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC) desenvolvida pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (ANDRADE *et al.*, 2018; HERSHEY, 2015; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). O AHRQ considera dimensões fortalecidas aquelas acima de 70% e fragilizadas abaixo de 50%. Os resultados entre esses dois valores são considerados neutros (SORRA *et al.*, 2016). Esta pesquisa será a ferramenta utilizada na primeira etapa dessa pesquisa e será descrita a seguir no item do método.

Durante o planejamento, para aplicar a pesquisa da cultura de segurança, alguns pontos são fundamentais: 1) Apoio da liderança precisa estar disponível, para contribuir e validar o método a ser utilizado, engajar os colaboradores, analisar os resultados e apoiar as melhorias; 2) Envolvimento da equipe responsável por aplicar a pesquisa, a equipe deve estar engajada, ter domínio do assunto e habilidades de comunicação; 3) Acompanhar os resultados e agir visivelmente sobre os resultados encontrados, essa ação é fundamental para estabelecer confiança e engajamento dos funcionários (BCPSQC, 2021).

O desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva ainda é um desafio no âmbito da saúde, e são inúmeras as adversidades que retardam esse processo (FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2018). Um dos fatores que impactam nesse processo e deve ser considerado, é a forma distinta como a cultura de segurança é percebida pelos diferentes profissionais de saúde e gestores em uma mesma organização (SOUZA *et al.*, 2019).

Um estudo (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018) de revisão sistemática, conduzido em 2018 com o objetivo de pesquisar acerca da cultura de segurança através da ferramenta HSOPSC e possíveis contribuições para a melhoria da qualidade e segurança dos hospitais, relatou pesquisas conduzidas em 21 países. As dimensões mais fortes identificadas foram o trabalho em equipe dentro das unidades e aprendizado organizacional através da melhoria contínua. As dimensões fragilizadas encontradas nesse estudo foram respostas não punitivas aos erros,

equipe, transferências e transições, trabalho em equipe entre as unidades. Como conclusão identificou-se que há um predomínio de dimensões fragilizadas ou subdesenvolvidas em relação à cultura de segurança.

Um estudo que avaliou a percepção de enfermeiros de terapia intensiva sobre a cultura de segurança em dez unidades de terapia intensiva de seis hospitais da Noruega, identificou que sete das 12 dimensões avaliadas pontuaram acima de 55%, entretanto, apenas três dessas acima de 70% sendo consideradas essas dimensões fortalecidas. Também foi encontrada uma diferença significativa nas percepções dos enfermeiros sobre a segurança do paciente entre as unidades e entre os hospitais pesquisados. O estudo concluiu que, nas unidades de terapia intensiva participantes, a cultura de segurança é mais fortalecida nas dimensões ao nível de unidade do que nas dimensões ao nível do hospital. Necessitando ainda de muitas melhorias em relação a relatórios de incidentes, *feedback* e comunicação sobre erros, aprendizagem organizacional e melhoria contínua (BALLANGRUD *et al.*, 2012).

Um estudo transversal que comparou a variabilidade da cultura de segurança entre hospitais da Suíça e dos Estados Unidos, avaliou a cultura através da ferramenta denominada questionário de atitudes de segurança (SAQ). Foram avaliados dez hospitais americanos e dois hospitais suíços. Como resultados foi identificada uma variabilidade em quatro das seis dimensões do questionário SAQ (clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho e percepções na gestão da unidade gestão), com significância estatística $p < 0,001$. Como conclusão, o estudo reconhece que há diferenças na cultura de segurança entre países, entre hospitais e até mesmo entre unidades (SCHWENDIMANN *et al.*, 2015).

Outro estudo transversal, conduzido em um hospital no noroeste da Etiópia, avaliou a cultura de segurança através da ferramenta HSOPSC e analisou as respostas de 575 profissionais de saúde. Como resultados encontrados identificou-se que o nível geral da cultura de segurança era baixo, sendo as respostas relacionadas a trabalho em equipe e aprendizado organizacional as mais altas encontradas, com respectivamente 76% e 65,3% de respostas positivas (AYISA; GETAHUN; YESUF, 2021).

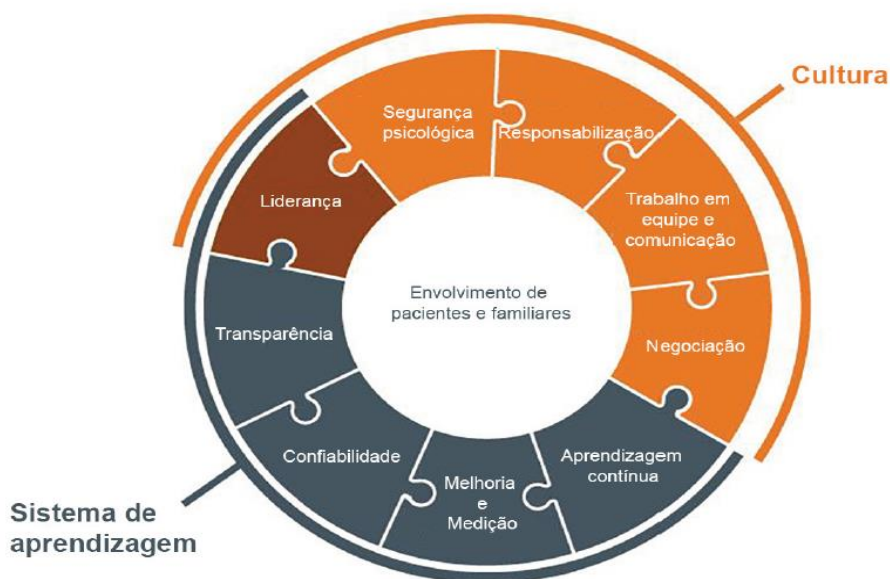
No Brasil, encontram-se limitações em números e contextos sobre a cultura de segurança nos hospitais. Um estudo de caso descritivo analítico, pesquisou em um hospital privado do Estado do Rio Grande do Sul, a percepção dos profissionais de saúde e administrativos sobre a cultura de segurança, e se a escolaridade e experiência desses profissionais relacionavam-se a percepções positivas. O instrumento de coleta utilizado foi HSOPSC, onde participaram um total de 618 colaboradores do estudo. As respostas mais altas positivas foram encontradas para aprendizado e melhoria organizacional contínua (67,5%),

seguido de trabalho em equipe dentro das unidades e expectativas da liderança e ações de promoção para a segurança do paciente, ambos com 63,6% de respostas positivas. O estudo demonstrou que nenhuma das doze dimensões avaliadas foi considerada fortalecida de acordo com o *benchmark* do AHRQ, e um fator especialmente preocupante foi a resposta não punitiva aos erros. Como resposta à relação da escolaridade e experiência para respostas positivas, identificou-se que os profissionais que possuíam graduação ou pós-graduação responderam positivamente para oito dimensões da cultura de segurança (PRATES *et al.*, 2021).

Diante dos estudos apresentados, torna-se notória a percepção de que promover a segurança do paciente exige uma mudança global, em que a segurança é sistemática e uniformemente aplicada em todo o processo (PRONOVOST *et al.*, 2015). Uma publicação realizada em 2017 do *Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare*, denominada referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo, propõe uma visão sob outro prisma a respeito da segurança do paciente e cultura de segurança. Esse relatório divulga diretrizes sobre os principais componentes estratégicos para a promoção da excelência. Nesse contexto, ele identifica dois domínios fundamentais, para tornar o cuidado mais seguro, confiável e efetivo: a cultura e o sistema de aprendizagem; esses, juntamente com nove componentes inter-relacionados: 1) liderança; 2) segurança psicológica; 3) responsabilização; 4) trabalho em equipe e comunicação; 5) negociação; 6) transparência; 7) confiabilidade; 8) melhoria; e 9) medição e aprendizagem contínua (FRANKEL *et al.*, 2017).

Na figura 3 fica evidente como cada componente se encaixa no outro, reforçando a ideia de que todas as áreas se encontram interconectadas e interdependentes. A mesma ainda demonstra como a liderança é um elo em comum entre ambos os domínios, sendo peça essencial para a transformação, ligando a cultura ao sistema de aprendizagem. No centro da imagem são colocados o paciente e a família, reforçando o propósito comum de todos o empenho para o alcance de melhores resultados.

Figura 3 - Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo: A cultura e o Sistema de Aprendizagem



Fonte: Frankel *et al.* (2017)

Algumas ações concretas para que as lideranças impulsionem mudanças culturais em prol da segurança do paciente dizem respeito a: compreender a cultura existente na organização, agir com humildade e estabelecer parcerias, desenvolver segurança psicológica por meio de uma interação respeitosa com seus liderados e da utilização construtiva da resistência, criar uma orientação para o aprendizado com foco em solucionar problemas, e adotar uma orientação sistêmica com alinhamento de sistemas e processos de apoio (SINGER, 2013). A liderança eficaz é fundamental para o bom funcionamento dos processos de trabalho, das equipes e da realização dos objetivos das tarefas. Diante de constantes mudanças no cenário atual de saúde, um dos maiores desafios enfrentados é o desenvolvimento de líderes. Entretanto, intervenções educativas direcionadas têm sido identificadas como método eficaz para melhorar as lideranças. Um exemplo é o programa de liderança em segurança do paciente para enfermeiros, desenvolvido e conduzido em um hospital na China como premissa para crescimento e desenvolvimento de enfermeiros líderes neste hospital (XIE, *et al.*, 2021).

Um estudo realizado no Canadá, em parceria com entidades voltadas a impulsionar a melhoria dos cuidados de saúde do país, buscou três objetivos: definir segurança do paciente, determinar o que os líderes necessitavam conhecer para promover uma cultura de segurança do paciente, e desenvolver uma lista de verificação clara, concisa e baseada em evidências para apoiar os líderes na melhoria da cultura. Como produto do estudo, os autores apresentam um

bundle (conjunto de medidas), estruturado em 13 práticas que foram subdivididas em três macro elementos: definição de prioridades organizacionais, definição das ações voltadas à segurança do paciente, e práticas de aprendizagem que reforçam cuidados seguros. O trabalho identificou um modelo robusto para sustentar a cultura de segurança e desenvolveu um pacote de intervenções validadas por especialistas em segurança do paciente, saúde, liderança e melhoria (ARMUTLU *et al.*, 2020).

3.3 ENSINO APRENDIZAGEM

Aprendizagem é uma construção resultante da mudança do processo de raciocínio baseada na relação e interação dos fatores emocionais, neurológicos, relacionais e ambientais, podendo ser traduzida pela interação entre o homem e seu meio do processo de ensino. Dessa forma, a aprendizagem não pode ser simplificada por um processo cumulativo de unir episódios isolados, trata-se de unir uma rede de interações complexas e dinâmicas entre professores e alunos visando ao desenvolvimento do conhecimento (SANTOS *et al.*, 2018; SCARPARO, 2012). Portanto, conhecimento não pode ser concebido como algo predeterminado pelas estruturas internas do sujeito, nem pelas características do objeto. Todo conhecimento é uma construção, uma interação, contendo um aspecto de elaboração novo (OLIVEIRA, 2013).

O processo de ensino envolve aspectos internos e externos (SANTOS *et al.*, 2018). O ensino na saúde é entendido como um processo que demanda ações pedagógicas para o processo de formação de profissionais de saúde, abrangendo as bases epistemológicas, curriculares, metodológicas e contextuais (BAHIA *et al.*, 2018).

Nos últimos anos, a formação e o ensino na saúde têm ocupado destaque no cenário das políticas de educação e de saúde. Como temas dos debates estão os métodos de ensino e as estratégias didáticas, a serem utilizadas para a mudança na formação da educação em saúde (BAHIA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018). Nesse contexto, e com o intuito de possibilitar uma formação mais adequada às exigências do mercado de trabalho e a capacidade de solucionar os problemas de saúde da população, o ensino na saúde passa por um processo de readaptação (DUARTE *et al.*, 2019). Diante das reformas curriculares realizadas nos cursos da área da saúde, houve também uma modificação na descrição do profissional, voltado ao perfil humanista, crítico e reflexivo para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual (ROMAN *et al.*, 2017).

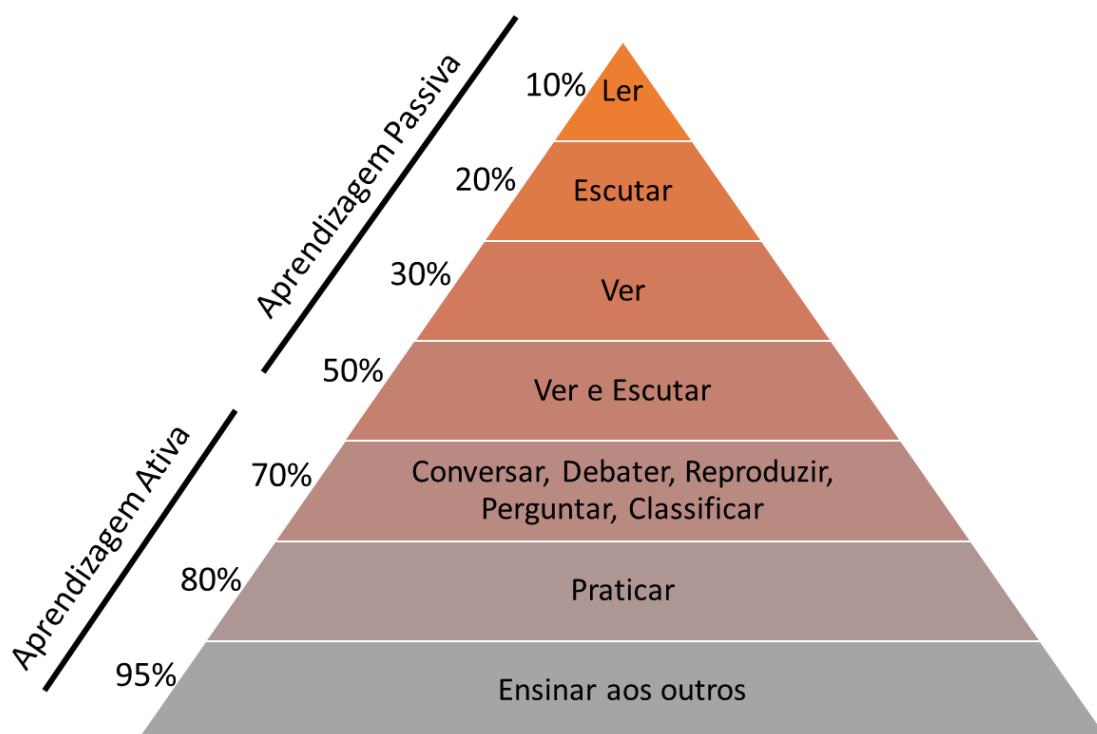
No enfrentamento dessa problemática desencadeou-se uma série de iniciativas governamentais, acadêmicas e sociais, que demonstram maior comprometimento com a

mudança na formação dos profissionais de saúde (LIMA *et al.*, 2019). Em consonância a esse movimento, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Enfermagem determinaram que as universidades, incentivem e invistam em inovação e qualidade dos projetos pedagógicos por meio da articulação entre ensino, pesquisa e assistência (SANTOS *et al.*, 2018).

Entendendo a complexidade do processo de ensino aprendizagem, e assumindo que não ocorre de forma linear - sendo um processo dinâmico, o uso de pedagogias que extrapolam as abordagens formais e os espaços tradicionais na busca de aprendizagens significativas se torna um objetivo importante para a formação em saúde. Nesse âmbito, as metodologias ativas de aprendizagem surgem como um ponto de partida, promovendo o foco na aprendizagem e não somente no ensino, considerando a realidade vivenciada pelo estudante (CALDARELLI, 2017; MACHADO *et al.*, 2019; MENDES *et al.*, 2017).

William Glasser, um psiquiatra americano, desenvolveu uma pesquisa sobre como se aprende. Na pirâmide de aprendizado (figura 4) desenvolvida por ele é possível observar diferentes padrões de aprendizagem de acordo com a técnica utilizada. Utilizando-se técnicas passivas, o nível de aprendizagem varia entre 10 e 50%, com métodos como leitura, escuta, observação ou observação e escuta juntos. Já quando são utilizadas técnicas consideradas ativas, a aprendizagem aumenta para 70 a 95%. As técnicas ativas se consideram: debate, reprodução, praticar e ensinar aos outros (LIMA; SOUSA; SITKO, 2021; MARQUES *et al.*, 2017). Embora o Programa de Pós-Graduação de Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA) não referencie o autor citado acima, as pesquisadoras optaram em seguir essa teoria, por ser amplamente conhecida e difundida na instituição onde foi realizada a pesquisa.

Figura 4 - Pirâmide de aprendizagem de William Glasser



Fonte: Adaptado de Lima; Sousa; Sitko (2021) e Marques *et al.* (2017)

3.3.1 Educação Baseada em Simulação (EBS)

A concepção de metodologias ativas consiste na educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento. São diversos os métodos que podem ser aplicados incorporados a esse conceito (MACEDO *et al.*, 2018). Entre esses métodos, a simulação é considerada uma metodologia ativa, que nos últimos anos tem sido vista como uma forma de alcançar com eficiência e segurança o processo de ensino aprendizagem, especialmente na área da saúde (LEON *et al.*, 2018). O processo de ensino aprendizagem baseado em simulação pode também significar uma estratégia importante nos serviços de saúde, contribuindo com melhorias nos processos de trabalho, na autogestão, nas mudanças institucionais e na remodelação das práticas em serviço (MELO *et al.*, 2022).

A simulação promove que o aluno tenha um contato prévio com as intervenções em ambientes controlados, permitindo o erro, o treino e a repetição antes da vivência, em situação real. Além das habilidades técnicas, nesse contexto o aluno desenvolve competências cognitivas e sociais, complementando a aprendizagem. A simulação também desenvolve a autoconfiança,

estimula o raciocínio reflexivo, consciência situacional, liderança, comunicação, trabalho em equipe, tomada de decisão e gerenciamento de conflito. Dessa forma, o método adiciona excelência aos processos e eleva os padrões de qualidade e segurança (ARAÚJO; DUARTE *et al.*; MAGRO, 2018; FABRI *et al.*, 2017; KANEKO, 2018). Essa estratégia tem sido cada vez mais utilizada na formação de enfermeiros e sua aplicabilidade como metodologia de ensino, bem como sua eficácia nos resultados tem despertado interesse, uma vez que promove aprendizagem mais efetiva dos participantes (COREN SP, 2020).

A aprendizagem experiencial considera o conhecimento teórico conjuntamente com as experiências vivenciadas pelo aprendiz e, em sua concepção, cada indivíduo tem uma forma diferente de aprender, sendo diretamente sustentada pelas suas características pessoais. Apesar disso, há um consenso que existem quatro estágios comuns na aprendizagem: experiência concreta, observação reflexiva, conceituação abstrata e experimentação ativa. Todos estes estágios de aprendizagem são possíveis de serem vivenciados durante a atividade de simulação (COREN SP, 2020).

Na área da saúde a Educação Baseada em Simulação (EBS) (COWPERTHWAIT, 2020), existem diversas estratégias de simulação que podem ser aplicadas, nas quais destacam-se:

- Simulação clínica para treinamento de habilidades;
- Simulação clínica com uso de simuladores: dispõe de manequins e ambiente mais controlado;
- Simulação clínica com paciente padronizado: dispõe de atores e uso da dramatização para reproduzir contextos próximos a realidade;
- Simulação híbrida: composta por duas técnicas, por exemplo simulador somado ao paciente padronizado;
- Prática deliberada em ciclos rápidos: utiliza-se em grupo e promove a repetição de tarefas e proporciona feedback imediato até o momento em que o objetivo é atingido;
- Simulação virtual: dispõe de realidade virtual;
- Simulação *in situ*: a técnica de simulação é realizada diretamente no local de atuação profissional;
- Telessimulação: dispões do método de telecomunicação associado à simulação para promover o ensino à distância sem precisar que os instrutores e alunos estejam no mesmo local fisicamente.

(COREN SP, 2020; SILVA *et al.*, 2021; MARTINS, *et al.*, 2022).

Cabe ressaltar que cada estratégia ou *design* de simulação tem um objetivo diferente a ser alcançado, e deve ser escolhido buscando atender aos propósitos e peculiaridades do público-alvo e plano de ensino (MALFUSSI, 2021; FABRI *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2021). Outro fator a ser levado em conta na decisão do design da simulação é o investimento financeiro disponível. Atualmente, em países de alta e baixa renda, estão sendo avaliados os custos *versus* benefícios e investimentos nos programas de EBS, incluindo laboratórios exclusivos para essa finalidade (HIPPE *et al.*, 2020).

Outros conceitos importantes dentro da simulação são o *briefing* ou *pré briefing* e o *debriefing*, considerados processos essenciais para o êxito da EBS. O *briefing* ou *pré briefing* consiste na atividade realizada antes da simulação, onde são revisados os objetivos de aprendizagem e os participantes recebem informações importantes para o início do cenário de simulação. O objetivo desse momento é possibilitar um ambiente seguro que favorecerá o atingimento dos objetivos propostos. O momento de *debriefing* ocorre após a simulação e constitui um processo reflexivo para aprofundamento e compreensão do conhecimento (COREN SP, 2020).

Um estudo publicado em 2019 realizou uma revisão integrativa de 65 artigos, com o objetivo de identificar como as metodologias de simulação contribuem para o desenvolvimento do pensamento crítico do aluno. Como resultado, o estudo constatou que a simulação realística é eficaz e oferece resultados positivos tanto para os pacientes, como para os alunos que passam a agir ativamente desenvolvendo o pensamento crítico e lógico (SANTOS; OLIVEIRA; NAZIAZENO, 2019).

Uma revisão sistemática (HEGLAND *et al.*, 2017) conduzida na Noruega avaliou o efeito da educação baseada em simulação (EBS) nas habilidades e conhecimentos de enfermeiros. Foram incluídos no estudo quinze ensaios clínicos randomizados que compararam a EBS com outras estratégias de aprendizagem. Seis estudos demonstraram um efeito significativo, mas pequeno, a favor da simulação nos conhecimentos e habilidades dos enfermeiros. Como conclusão pode-se afirmar que existe um efeito significativo da EBS quando comparado a outros métodos de aprendizagem. Entretanto, a qualidade das evidências foi considerada baixa.

Sobre os custos do EBS, uma revisão sistemática (HIPPE *et al.*, 2020) analisou 47 artigos que abordavam custos em EBS em saúde, chama a atenção nessa revisão que apenas 11% dos artigos abordavam EBS na enfermagem. Como fator limitante da revisão, os autores relatam que a maioria dos artigos descreve os custos na implementação da EBS em pequena

escala e não avaliam os custos administrativos e recorrentes relacionados à manutenção do programa a longo prazo. Como resultados, foram encontrados universos paralelos em relação à custos com a EBS. O primeiro, onde a metodologia é aplicada em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, onde são disponibilizadas capacitações de procedimentos e cirurgias de alto custo com abordagens inovadoras ou complexas. Entretanto, sabe-se que existem incentivos do sistema de saúde para evitar erros e reduzir complicações associadas a procedimentos de alto custo e alto risco. Por outro lado, a aplicação da EBS em países de baixa renda tende a se concentrar na área materno-infantil. O único ensaio clínico randomizado do estudo demonstrou um custo anual de US \$ 413.542 para a aplicação de um programa de EBS para gerenciar complicações maternas e neonatais em oito distritos na Índia. O estudo também demonstrou benefícios na prontidão e conhecimento das equipes. Na revisão sistemática os autores relatam que ainda são necessárias mais publicações sobre a temática custos em EBS para compreender como tornar os programas mais econômicos e reproduzíveis em larga escala.

Apesar do reconhecimento mundial sobre a importância e benefícios da EBS para educação em saúde, além das incertezas a respeito dos custos, uma pesquisa realizada na Austrália levanta a disponibilidade limitada de modelos teóricos e estruturas conceituais em simulação como modalidade de ensino aprendizagem na educação em saúde. O autor relata que todas as publicações analisadas sobre estruturas para EBS publicadas possuem lacunas a serem preenchidas (SHEPHERD; BURTON, 2019).

3.3.2 Educação para Segurança do paciente e Cultura de Segurança

Através da publicação *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, divulgada em 2011, a OMS, visando fomentar o ensino na área da saúde sobre segurança do paciente, sugere a integração e desenvolvimento da temática nas grades curriculares de todos os cursos. O documento é dividido em duas partes. A primeira é destinada aos educadores de saúde e contém ferramentas de apoio, conhecimento e habilidades necessárias para implementação da segurança dos pacientes nas instituições. Na segunda parte as informações são destinadas a educadores de saúde e estudantes, ensinando a desenvolver programa de segurança do paciente e em quais contextos ensinar e aprender sobre a temática (WHO, 2011).

A segurança do paciente é uma temática complexa, exigindo dos profissionais de saúde habilidades e competências específicas para seu enfrentamento. O enfermeiro exerce um papel importante no cuidado ao paciente, sendo responsável ainda pela educação permanente e continuada de sua equipe e também pelos eventos adversos que ocorrerem decorrentes do

processo de cuidado desenvolvido por ele (SANTOS, 2022; PERES *et al.*, 2022). Nesse contexto, a educação para segurança do paciente se demonstra eficaz quando um programa estruturado é desenvolvido (WHO, 2011). Um estudo realizado com enfermeiros de terapia intensiva (AMIRI; KHADEMIAN; NIKANDISH, 2018) realizou um ensaio clínico randomizado com o objetivo de avaliar o efeito da capacitação sobre a cultura de segurança do paciente. O programa contou com um *workshop*, seguido de cartazes “lembretes” e folder como material educativo. Os assuntos abordados foram educação sobre segurança do paciente, cultura de segurança, identificação de situações que ameaçam a segurança do paciente, habilidades para trabalho em equipe e ferramentas para melhorar o desempenho e a segurança do paciente. Como resultados obtidos, o estudo identificou no grupo experimental uma pontuação média total pós-teste sobre cultura de segurança do paciente significativamente maior do que o grupo controle. Também foi maior do que o anterior ao teste. Além disso, melhorias significativas foram observadas em 5 das 12 dimensões no grupo experimental. No entanto, dimensões como resposta não punitivas aos erros e os eventos relatados não obtiveram melhora significativa.

Em uma revisão integrativa que abordou o efeito da EBS para enfermeiros de terapia intensiva e o impacto na segurança do paciente, foram analisados um total de doze artigos que representaram 844 enfermeiros de vários níveis de experiência. O estudo demonstrou que 75% dos artigos utilizaram simulador de alta fidelidade, 42% dos estudos envolveram membros da equipe multidisciplinar nos cenários e todos os estudos alcançaram resultados superiores na segurança do paciente. Como conclusão desse estudo, a EBS demonstra-se efetiva para alcançar melhores resultados na segurança do paciente, entretanto, ainda são necessárias mais pesquisas para melhorar e fortalecer o design e a implementação da EBS (LEWIS *et al.*, 2019).

Ainda no contexto segurança do paciente, um estudo (JOWSEY *et al.*, 2019) conduzido na Nova Zelândia se propôs a avaliar a implementação de um programa de EBS projetado para melhorar a segurança do paciente em salas cirúrgicas. O método utilizado foi entrevistar os colaboradores de cinco hospitais participantes do programa na fase inicial. As perguntas foram estruturadas em modelos de melhoria da qualidade sustentadas por seis pilares: estrutura, infraestrutura, política, cultura, motivação e aprendizagem. Os participantes valorizaram muito a EBS, considerando a abordagem fundamental para aprendizagem e boas práticas, também relataram mudanças positivas na cultura, pois melhorou o trabalho em equipe e a comunicação. O programa ainda possui desafios e barreiras a serem ultrapassadas, entretanto, com o apoio à EBS sustentada em todos os níveis, o potencial ganho em segurança do paciente e cultura são substanciais.

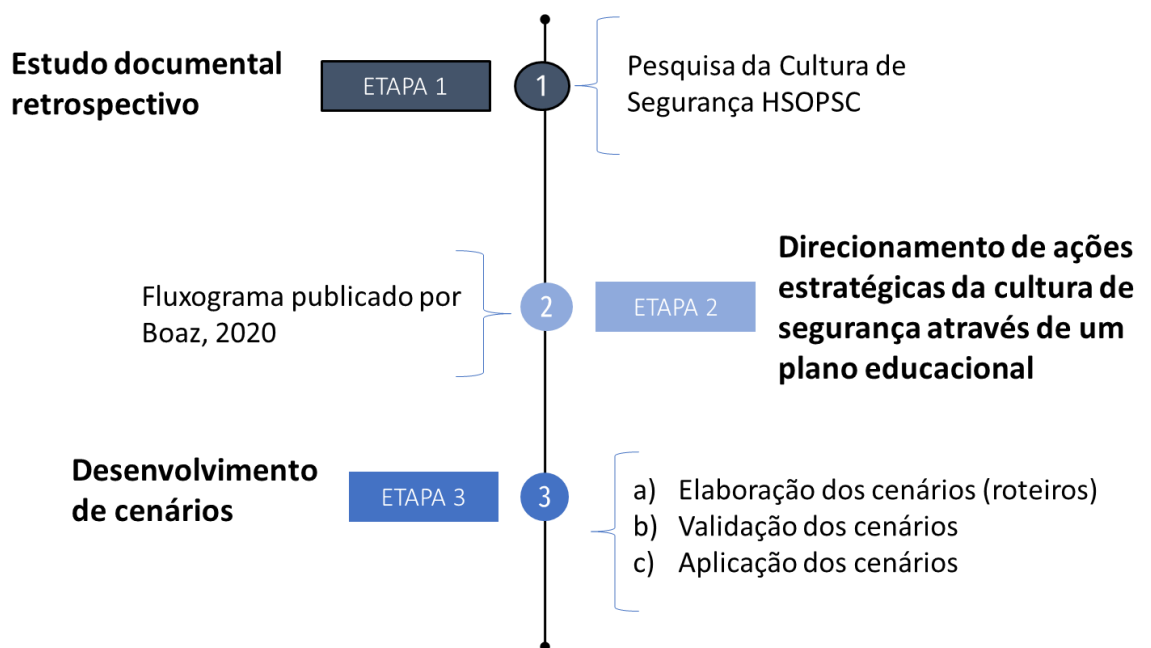
Um estudo que abordou quais estratégias são utilizadas para a construção da cultura de segurança na perspectiva dos profissionais de saúde realizou entrevistas semiestruturadas com 23 profissionais de saúde em um Hospital Público, Geral e Universitário de Grande Porte do Sul do Brasil. Das informações coletadas foi possível entender que as estratégias adotadas para a cultura de segurança dos profissionais analisados podem ser divididas em duas categorias: Construção da cultura da segurança do paciente e Educação para a segurança do paciente. Na construção da cultura de segurança encontra-se o reconhecimento e a identificação dos erros como parte importante para desenvolver a cultura de segurança. Na categoria educação para a segurança do paciente os participantes expressam uma visão tradicional do processo de ensino aprendizagem, como capacitação em serviço e a educação continuada, abordagens que contribuem para a cultura de segurança. O estudo tem como viés o baixo número de profissionais entrevistados, entretanto identifica que reconhecer os erros, fortalecer o trabalho em equipe, estimular a educação permanente e a inserir de forma transversal do tema na formação profissional, são estratégias para a construção da cultura da segurança do paciente (WEGNER *et al.*, 2016).

Com isso, torna-se evidente que a educação para a segurança do paciente é efetiva, entretanto, essa educação deve iniciar durante a formação do profissional de saúde. É importante que os estudantes iniciem suas carreiras exercendo “o novo normal do cuidado de saúde”, que exige competências, habilidades e atitudes que reflitam um cuidado mais seguro e centrado no paciente. A cultura de segurança do paciente vem como fruto desse comportamento, e seu alcance se encontra fundamentando processos educacionais, sendo assim, a educação continuada para segurança do paciente é o principal caminho para seu desenvolvimento e consolidação (SOUSA; MENDES, 2019).

4 MÉTODO

Estudo metodológico desenvolvido em três etapas, a saber: 1) estudo documental retrospectivo; 2) direcionamento de ações estratégicas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente baseado em um plano educacional e 3) Desenvolvimento do produto educacional através do método *NLN Jeffries Simulation Theory*.

Figura 5 - Etapas do estudo



Fonte: Autora (2021)

O estudo metodológico compreende o desenvolvimento de investigação dos métodos de obtenção e organização de dados para a condução de pesquisas rigorosas (MELO *et al.*; 2017).

4.1 ETAPA 1 – ESTUDO DOCUMENTAL RETROSPECTIVO

A primeira etapa foi realizada por meio de um estudo documental retrospectivo a partir de uma base secundária de dados gerada pelo Serviço de Qualidade da instituição onde o estudo foi conduzido. Os dados consistem em resultados da pesquisa de cultura de segurança do paciente, que foram respondidos pelos profissionais que atuam nesse hospital, a partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, a fim de identificar as

dimensões fortalecidas e fragilizadas e, após análise, direcionar as ações educativas para estimular a melhoria.

4.1.1 Delineamento do Estudo

Um estudo documental é um estudo que utiliza o levantamento de documentos como base. Neste tipo de pesquisa, os documentos consultados são classificados como fontes primárias e fontes secundárias. As fontes primárias são aquelas cuja origem remonta à época que se está pesquisando, ainda não analisadas. As fontes secundárias são aquelas cujos trabalhos escritos se baseiam na fonte primária, e têm como característica o fato de não produzir informações originais, mas apenas uma análise, ampliação e comparação das informações contidas na fonte original (FONTELLES, 2009).

O estudo em questão trata-se da análise de dados de uma fonte secundária, ou seja, uma nova análise de dados já coletados retrospectivamente para que sejam extraídas informações para o desenvolvimento das etapas dois e três.

4.1.2 Instrumento de coleta de dados

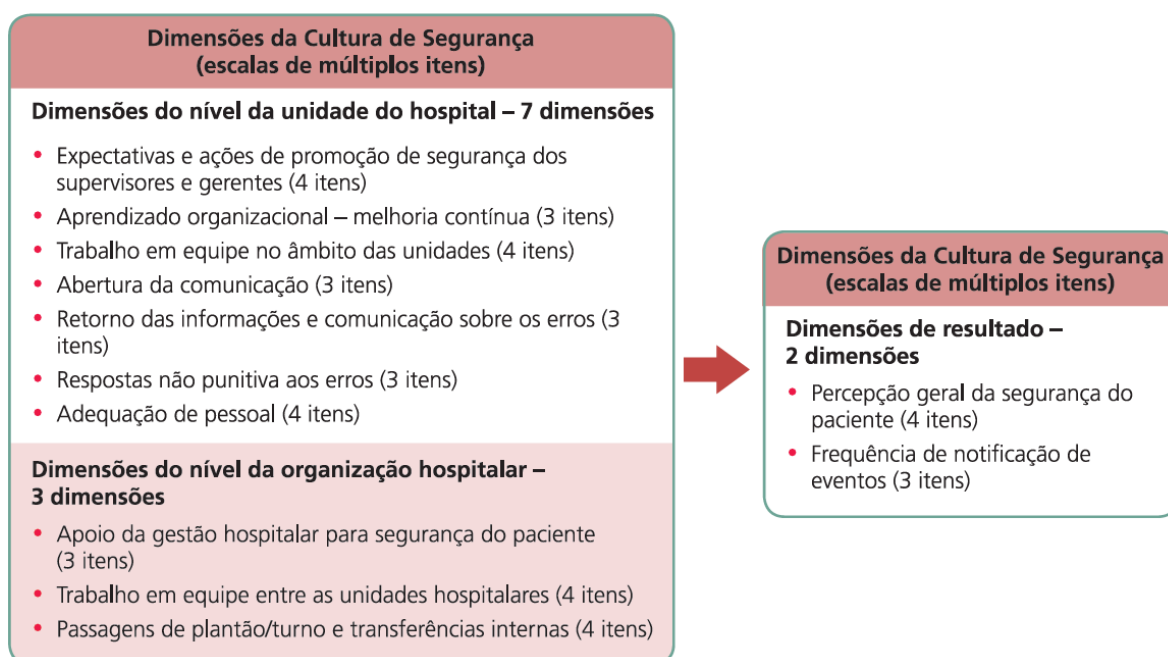
O instrumento de coleta de dados para avaliar a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança será o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC* (Anexo 1) da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ*) dos Estados Unidos (EUA). Esse questionário é aplicado na instituição desde 2008, regularmente em ciclos a cada dois anos.

O instrumento tem como objetivo avaliar o *status* atual da cultura de segurança do paciente, identificar pontos fortes e de melhoria para a cultura de segurança, avaliar tendências na mudança da cultura de segurança ao longo do tempo, avaliar o impacto cultural das iniciativas e intervenções direcionadas à segurança do paciente e aumentar a conscientização das equipes sobre o tema. A pesquisa pode ser aplicada tanto para profissionais com contato direto com o paciente como, por exemplo, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, como também por aqueles profissionais sem contato direto com o paciente cujo trabalho afeta diretamente o paciente como, por exemplo, farmácia e laboratório. Gestores, lideranças e administradores também devem responder à pesquisa (SORRA *et al.*, 2016).

O HSOPSC avalia a cultura de segurança através de 42 itens divididos em 12 dimensões da cultura de segurança avaliadas no âmbito individual, da unidade e hospitalar, conforme

demonstrado na figura 5. Além dessas, o questionário também inclui perguntas gerais como: qual a percepção do grau de segurança do paciente para sua área, unidade onde o profissional atua, número de eventos relatados e dados demográficos que incluem posição na equipe, atuação direta com paciente. O grau de concordância dos profissionais é avaliado por meio da escala de Likert, cujas respostas variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; SOUZA, 2014).

Figura 6 - Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pela Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)



Fonte: Souza (2014 *apud* OSLEN, 2008)

4.1.3 Amostra

A amostra do estudo documental foi composta pelo banco de dados existente na instituição das pesquisas do HSOPSC preenchidas pelos colaboradores. Como a pesquisa é realizada a cada dois anos, optou-se por trabalhar nesse estudo a última pesquisa, realizada em 2020.

4.1.4 Coleta e análise dos dados

A pesquisa é aplicada através de formulário eletrônico disponibilizado para todos os colaboradores da instituição através da ferramenta *Workplace by Facebook*, trata-se de uma espécie de versão profissional da rede social e atualmente é uma das principais ferramentas de comunicação da organização.

Os dados analisados indicam a percepção da cultura de segurança do paciente em cada dimensão e em cada item através da fórmula: respostas positivas do item/total de respostas válidas x 100. As respostas positivas são consideradas aquelas com respostas “concordo” ou “concordo totalmente” nas perguntas formuladas de forma positiva. Nos casos de perguntas formuladas de forma negativa, as respostas esperadas serão “discordo” e “discordo totalmente” (SORRA *et al.*, 2016). A análise dos dados foi realizada por meio da validação da metodologia de consolidação dos dados realizada previamente e análise crítica dos mesmos.

O período de análise dos dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2021.

4.2 ETAPA 2 – DIRECIONAMENTO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE BASEADO EM UM PLANO EDUCACIONAL

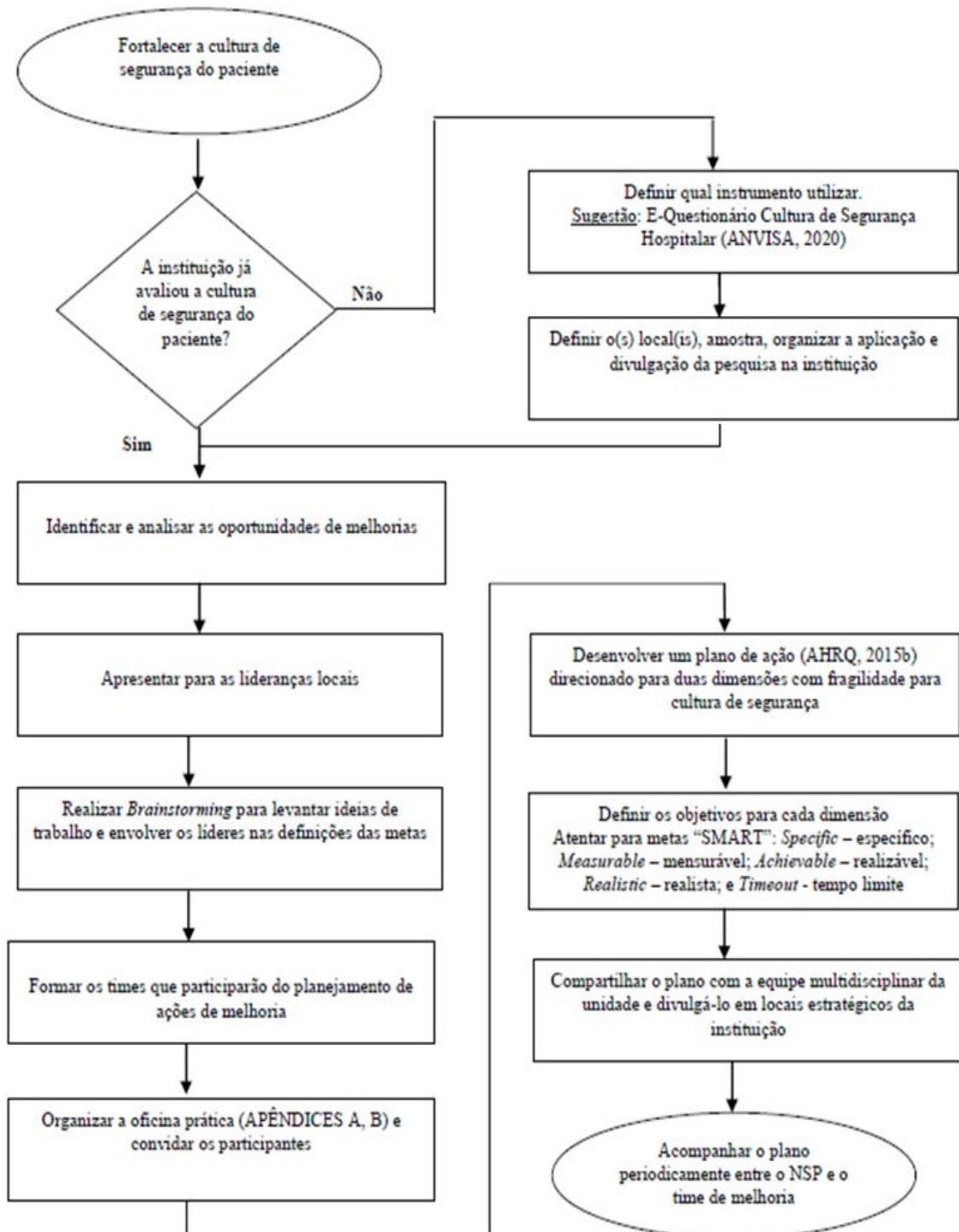
A segunda etapa foi realizada por meio do direcionamento de ações estratégicas para o fortalecimento da cultura de segurança através um plano educacional baseado em um fluxograma com as etapas. O plano educacional foi proposto em uma pesquisa apresentada em 2020 no Programa de Pós-graduação de Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, orientado pela mesma professora orientadora desta pesquisa (BOAZ; CAREGNATO; 2020).

4.2.1 Delineamento do estudo

Em razão da instituição na qual a pesquisa foi conduzida já aplicar e desenvolver planos para o fortalecimento da cultura de segurança, a partir dos resultados obtidos na primeira etapa do estudo foram revisados os planos de ação já elaborados para o fortalecimento da cultura de segurança, a fim de direcionar as ações utilizando o plano educacional.

O plano educacional foi elaborado com a finalidade de instrumentalizar equipes multidisciplinares com ferramentas para apoiar na mudança da cultura, estimulando a formação de times de melhoria, integração da equipe, envolvimento da liderança e melhorar a comunicação entre os profissionais (BOAZ; CAREGNATO, 2020). As etapas para desenvolvimento do plano educacional seguiram o fluxograma proposto pela autora (figura 6).

Figura 7 - Fluxograma com as etapas para trabalhar o plano educacional



Fonte: Boaz (2020)

4.2.2 Instrumento, coleta e análise dos dados

O instrumento utilizado embasou-se no plano educacional, aplicado com base nos resultados das pesquisas sobre a percepção da cultura de segurança pelos profissionais de saúde na instituição da pesquisa, com vistas ao fortalecimento da cultura de segurança. Foram aplicadas todas as etapas propostas pela autora, e a análise dos dados consistiu na estruturação de planos de ação (BOAZ; CAREGNATO; 2020). O período de desenvolvimento dessa etapa ocorreu entre os meses de dezembro de 2021 a janeiro de 2022.

4.2.3 População e Amostra

Para compor a amostra desta etapa da pesquisa, na elaboração e desenvolvimento do plano educacional para o fortalecimento da cultura de segurança foi organizado um grupo de trabalho com lideranças que atuam na instituição hospitalar pesquisada. A organização onde a pesquisa foi realizada possui três níveis de lideranças táticas operacionais abaixo da diretoria, apresentados em ordem decrescente de hierarquia, a saber: gerentes, coordenadores e supervisores.

A amostra de lideranças para participação dessa etapa foi definida por indicação da Gerência Executiva da instituição, considerando os seguintes critérios de inclusão: a) experiência do profissional na coordenação ou supervisão que deverá ser maior que um ano; b) ser liderança assistencial (médica, enfermagem, fisioterapia, nutricionista, farmacêutico, entre outras); c) disponibilidade e consentimento em participar do estudo.

Os membros participantes do grupo foram quatro supervisores assistenciais, um coordenador assistencial, um gerente e três membros da equipe de qualidade. Totalizando sete lideranças assistenciais, sendo uma liderança da qualidade e dois membros da equipe de qualidade.

Posteriormente, como uma etapa proposta no plano educacional, o plano e suas ações de melhoria foram apresentados aos membros da diretoria e demais lideranças da instituição.

4.3 DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO EDUCACIONAL ATRAVÉS DO MÉTODO *NLN JEFFRIES SIMULATION THEORY*

Na terceira etapa procedeu-se o desenvolvimento dos roteiros de simulação realística para cultura de segurança com as lideranças. Esses roteiros foram elaborados por meio da aplicação da metodologia *NLN Jeffries Simulation Framework*, que define o design, implementação e avaliação da metodologia de Educação Baseada em Simulação (EBS). Essa metodologia inclui a identificação do design de simulação, definição de objetivos, considerando *benchmarks* esperados, identifica a disponibilidade de recursos, tempo e equipamentos, direcionando a EBS para a experiência do aluno (COWPERTHWAIT, 2020). O cenário é considerado fundamental para o planejamento e capacitação de profissionais de saúde no contexto da simulação em saúde. Estudos publicados demonstram a importância de um roteiro teórico-prático para a elaboração do cenário e sua contribuição para alcançar os objetivos e disseminar o seu uso nas instituições (KANEKO; LOPES, 2019).

4.3.1 Delineamento do estudo

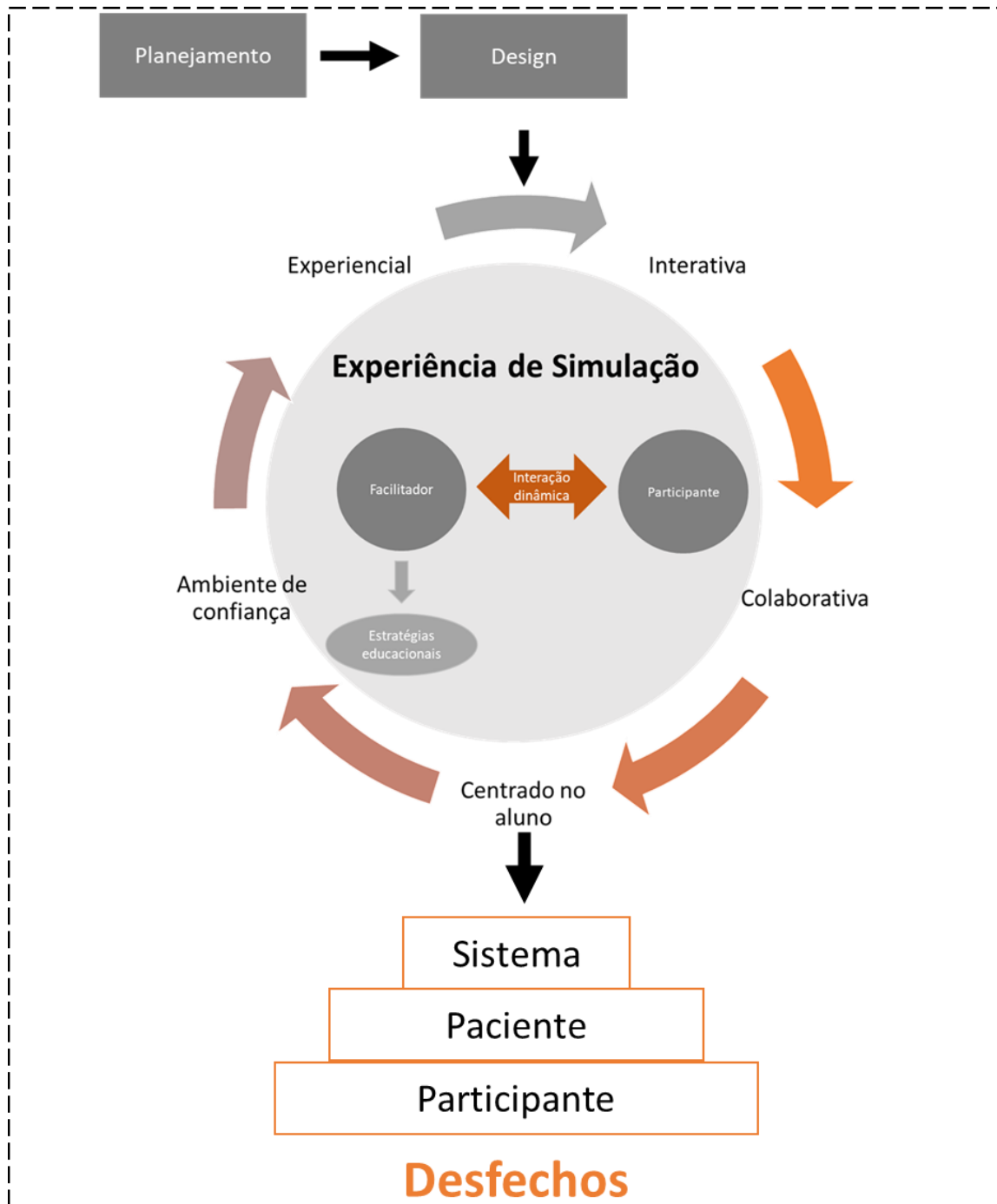
Na metodologia *NLN Jeffries Simulation Framework*, apoiada pela *National League for Nurses e a Laerdal Corporation*, a teoria identifica as expectativas do aluno e os objetivos gerais para a simulação, e os recursos necessários para a simulação. O *design* da simulação inclui objetivos específicos de aprendizagem, fidelidade desejada, atribuições sobre a função do aluno, fluxo de simulação e estratégias para *pré-briefing* e *debriefing*. Promove um ambiente de confiança por parte do facilitador e dos alunos, definindo a experiência de simulação como interativa, centrado no aluno, experiencial e colaborativa (COWPERTHWAIT, 2020). A figura 7, adaptada pela autora, demonstra a estrutura da metodologia. A partir dessa metodologia serão desenvolvidos os roteiros para simulação sobre cultura de segurança para as lideranças institucionais.

O *design* efetivo de simulações em saúde possibilita obter resultados consistentes, fortalecendo os benefícios para as experiências baseadas em simulação em todos os contextos, para isso é importante desenvolver um planejamento sistemático, porém flexível e cíclico (INACSL, 2016).

Em vistas a promover melhorias à metodologia *NLN Jeffries Simulation Framework*, um grupo de entidades que estimula e padroniza as práticas de simulação, *Association of Standardized Patient Educators (ASPE)* e *Standards of Best Practice (SOBP)* propuseram

algumas modificações na metodologia com o intuito de agregar descobertas recentes da literatura e incluir os padrões de acreditação da Sociedade de Simulação em Saúde, *Society for Simulation in Healthcare (SSH)*. As variáveis são divididas em categorias e pontos relevantes para o desenvolvimento da metodologia. A saber, as categorias são: contexto da simulação, planejamento, projeto, práticas educacionais, participante da experiência de simulação, facilitador da experiência de simulação, experiência do educador, experiência de simulação do paciente padronizado (COWPERTHWAIT, 2020).

Figura 8 - Estrutura da simulação proposta por NLN Jeffries



Fonte: Adaptado de Jeffries (2015)

4.3.2 Protocolo do estudo

O instrumento (apêndice 3) para coleta de dados foi elaborado a partir de oito etapas consideradas importantes para o desenvolvimento de uma EBS (KANEKO; LOPES, 2019; CARVALHO; MASCARENHAS, 2020).

Quadro 2 - Etapas para elaboração de cenário para Educação Baseada em Simulação (EBS)

Etapa	Propósito (Continua)
Etapa 1 Contexto	Levantar as dimensões fragilizadas com potencial impacto em atividades de lideranças.
	Considerar as diretrizes e protocolos já utilizados na Instituição.
	Definir o público-alvo
	Definir o local da simulação
	Definir os recursos disponíveis
	Definir a finalidade da simulação
	Selecionar os facilitadores (considerar o nível de conhecimento, especialidade e experiência em simulação)
	Avaliar e analisar o conhecimento prévio do participante. No caso desse estudo serão compartilhados materiais básicos da Instituição sobre cultura de segurança previamente
Etapa 2 Objetivos	Elaborar objetivos mensuráveis gerais para o propósito da organização
	Elaborar objetivos mensuráveis específicos para mensurar o desempenho do participante (objetivos de aprendizagem)
	Definir o referencial pedagógico a ser utilizado
Etapa 3 Estrutura e Formato da Simulação	Selecionar estrutura e formato da simulação
	Considerar os objetivos e conhecimento prévio do aprendiz conforme etapa 1
	Selecionar os recursos necessários para realização da simulação
	Definir o número de participantes do cenário
	Definir as categorias profissionais em que o cenário se aplica

(Conclusão)	
Etapa 4 Descrição do caso e percepção do realismo	Elaborar o caso
	Elaborar a progressão das ações e o papel de cada integrante da equipe e atores
	Elaborar as “pistas” que proporcionem chegar no objetivo esperado
	Estabelecer o tempo estimado para o desenvolvimento do cenário
	Prever pontos críticos para o desenvolvimento do cenário
	Definir pontos chaves a serem avaliados no desempenho (relação direta com os objetivos propostos)
Etapa 5 Pré-debriefing (início da simulação)	Realizar orientações aos participantes
	Alinhar expectativas e estratégias de simulação
	Comunicar quais recursos estarão disponíveis
Etapa 6 Debriefing (final da simulação)	Abordar pontos críticos e objetivos
	Desenvolver perguntas que direcionem o debate do grupo
	Realizar <i>feedback</i> ao ator ou atores participantes
Etapa 7 Avaliação	Aplicar a escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i> nos participantes
	Trocar informações entre todos os envolvidos, participantes, facilitadores, atores e equipe de apoio da simulação sobre os pontos de melhoria
	Identificar e debater sobre o atingimento dos objetivos propostos
Etapa 8 Materiais e recursos	Analisar a qualidade dos materiais e recursos utilizados para participantes, facilitadores e atores

Fonte: Adaptado de Kaneko; Lopes (2019); Carvalho; Mascarenhas, (2020)

4.3.3 Cenários

Foram desenvolvidos dois cenários. As temáticas dos cenários foram escolhidas a partir da análise da pesquisa sobre a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança da instituição. As dimensões da cultura de segurança eleitas para o desenvolvimento dos cenários

seguiram os critérios: dimensão fragilizada na pesquisa da cultura de segurança < 50% (SORRA *et al.*, 2016), dimensão com aplicabilidade a atividades de liderança e relevância, e impacto nas demais dimensões da pesquisa da cultura de segurança.

A aprovação dos cenários foi realizada em duas etapas: 1) validação realizada por especialistas externos através do índice de validade de conteúdo (IVC) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011); 2) avaliação acerca da satisfação e confiança das lideranças após participação dos cenários.

Na primeira etapa, na validação dos cenários foi utilizada a metodologia IVC, bastante aplicada na saúde, que objetiva mensurar a proporção de especialistas ou juízes que concordam com determinada proposta de instrumento. Esse índice avalia cada item proposto e o instrumento como um todo. O método utiliza a escala de *Likert* para avaliação, graduando de 1 a 4 sendo (1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = concordo parcialmente, 4 = concordo totalmente) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Um questionário contendo os objetivos pedagógicos dos cenários foi elaborado incluindo as recomendações para avaliação e instruções de preenchimento do IVC no *Google Forms*, que foi enviado aos juízes. Houve também a inclusão de um campo para justificativa, observação e demais contribuições.

A análise dos dados foi realizada por estatística descritiva, e o escore IVC foi calculado por meio da soma de concordância dos itens selecionados nas categorias 3 e 4 sobre o total de respostas, sendo $IVC = \text{soma de respostas 3 e 4} / \text{total de respostas} \times 100$. Conforme a metodologia, os cenários considerados validados foram aqueles que obtiveram uma concordância mínima de 85% (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Os juízes ou especialistas convidados eram todos externos à instituição onde a pesquisa foi executada. A escolha dos juízes deu-se de forma intencional através do critério de inclusão de ter experiência de cinco ou mais anos em simulação e/ou cultura de segurança. Há na literatura uma variabilidade sobre o número de especialistas para validação de instrumentos, no entanto, alguns autores indicam que o mínimo seria de cinco a seis (VIEIRA *et al.*, 2020). No presente estudo foram eleitos seis juízes para validação dos cenários.

A literatura aponta as diversas contribuições da simulação no contexto do ensino de enfermagem. Não obstante, existe uma lacuna no que se refere aos resultados de percepções sobre satisfação e autoconfiança, variáveis importantes que permitem identificar e avaliar a eficácia das estratégias de ensino aprendizagem (COSTA *et al.*, 2020).

Na segunda etapa, com o intuito de avaliar a eficácia dos cenários na aprendizagem experiencial e complementar a validação dos cenários, os participantes responderam a escala

Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, essa é uma escala criada pela *National League for Nursing (NLN)*, uma entidade dedicada à excelência no ensino em enfermagem. A escala foi desenvolvida para mensurar a satisfação e autoconfiança do indivíduo adquirida através da simulação (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* é composta por duas dimensões: satisfação com a aprendizagem atual e autoconfiança na aprendizagem. Essas duas dimensões possuem no total 13 itens, que são mensurados com respostas do tipo escala de *Likert* de 5 pontos, que variam do “discordo fortemente com a afirmação” ao “concordo fortemente com a afirmação”, o nível de concordância, avaliação da satisfação e confiança do aprendiz será acima de 85% de respostas concordo totalmente ou concordo (anexo 2) (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Cabe ressaltar que a participação da liderança no processo de simulação ocorreu em três fases: 1) envio de um material didático sobre cultura de segurança conforme recomendado por Kaneko e Lopes (2019), Carvalho e Mascarenhas (2020); 2) participação do cenário de simulação realística direcionado à cultura de segurança 3) preenchimento do instrumento *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*.

A etapa 3 desse estudo que consiste no desenvolvimento de cenários ocorreu no período de maio a outubro de 2022.

4.3.4 População e Amostra

A participação nos cenários de simulação ocorreu seguindo os mesmos critérios de inclusão da etapa 2, assim como a indicação da gerência executiva. O número mínimo aceitável de participantes líderes definido era de cinco lideranças, e nas simulações participaram seis. As lideranças poderiam ou não serem as mesmas da etapa 2.

4.4 CAMPO DE AÇÃO

Todas as etapas foram desenvolvidas em uma instituição hospitalar terciária, privada, filantrópica, caracterizada como um hospital geral de aproximadamente 380 leitos. A instituição está localizada na cidade de Porto Alegre/RS, onde a pesquisadora exerce sua atividade profissional como Gerente de Qualidade.

A instituição em questão possui um serviço de gestão de riscos pioneiros no Estado do Rio Grande do Sul, constituindo desde 2005 um serviço exclusivo para gestão de riscos, com

equipe exclusiva para esse fim. Dessa forma, desde 2007 realiza a mensuração das metas nacionais de segurança do paciente, e em 2008 o hospital passou a aplicar a cada dois anos o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).

A implementação do serviço de gestão de riscos exclusivo, assim como as ações executadas ao longo desses anos, demonstra o comprometimento e valorização da instituição em questão com a temática segurança do paciente.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (CEP-UFCSPA) como instituição proponente e no CEP do hospital onde foi realizada a pesquisa como coparticipante, através da Plataforma Brasil, atendendo aos preceitos éticos referentes às pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012, sendo em ambos Aprovados, com CAAE 51325721.9.0000.5345 referente à UFCSPA e CAAE 51325721.9.3001.5328 referente à instituição onde a pesquisa foi realizada (BRASIL, 2012).

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por contato eletrônico via *e-mail*, sendo seguidas todas as orientações para pesquisas com qualquer etapa em ambientes virtuais, conforme circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS (BRASIL, 2021). No *e-mail* foram disponibilizadas informações como o resumo do projeto, objetivos pedagógicos dos cenários e instruções de preenchimento dos instrumentos de avaliação dos cenários no caso dos juízes, e escala de satisfação e confiança no caso dos participantes alunos, assim como a disponibilidade da autora para esclarecimento de dúvidas. Ressalta-se que apenas os convites aos participantes e avaliação dos cenários pelos juízes foram realizados em ambiente virtual. A etapa de desenvolvimento do cenário foi realizada de forma presencial.

Para consentimento e anuência da participação, tanto dos juízes como dos participantes alunos, foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) direcionado a cada público (apêndices 1 e 2). O TCLE foi obtido através de meio virtual, mais especificamente por *e-mail*, sendo o registro de concordância ou discordância em participar da pesquisa obtido através desse processo.

Nesta pesquisa, foi assegurada a confidencialidade dos dados obtidos, assim como a participação voluntária e espontânea, sendo que os participantes poderiam desistir de sua participação a qualquer momento, se assim desejassem. Dentre os benefícios da pesquisa, destacam-se: a oportunidade de identificar as melhorias no comportamento das lideranças para contribuir com a cultura de segurança, aumentar a conscientização das lideranças para a

importância de um comportamento alinhado à cultura de segurança, e a detecção de pontos de melhoria institucionais para contribuir com a cultura de segurança.

Os riscos associados à pesquisa são mínimos, dado que essa foi realizada através de atividades que contribuem para o desenvolvimento profissional das lideranças da instituição. Os pesquisadores responsabilizaram-se em prestar suporte e esclarecer questionamentos em relação à pesquisa, em qualquer etapa de sua condução.

Nesta pesquisa, o fato de ser realizada por uma liderança da área de qualidade da instituição pesquisada com seus pares, pode ter ocorrido o Efeito *Hawthorne*, situação que ocorre quando as pessoas se comportam de maneira diferente quando estão sendo observadas, podendo alterar comportamentos (BUCHANAN; HUCZYNSKI, 1997). Entretanto, com o objetivo de minimizar esse impacto, a pesquisadora explicou a cada um dos participantes que a performance dos mesmos no estudo não seria utilizada para fins de julgamentos ou qualquer outra finalidade no ambiente de trabalho. Também observou-se a precaução de deixar somente o ator e participantes na sala da simulação, tendo os pesquisadores observado a cena através de uma sala de recursos áudio visuais. Os cenários não foram gravados.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados a seguir em três subitens, conforme cada etapa da pesquisa.

5.1 ETAPA ESTUDO DOCUMENTAL RETROSPECTIVO

A etapa do estudo documental retrospectivo foi realizada através de análise da pesquisa de cultura de segurança, realizada no ano de 2020, através da aplicação do questionário HSOPSC. O total de respondentes a pesquisa foi de 175 colaboradores, representando 8,75% do total de colaboradores da instituição; ressalta-se que esse questionário foi preenchido no período da Pandemia da COVID-19. Em relação ao perfil dos respondentes, 77,1% eram profissionais que atuam na assistência à saúde. O setor com maior número de respondentes foi o Centro de Terapia Intensiva com 20% de respondentes, seguido do Serviço Cirúrgico e Serviço de Urgência e Emergência com 13,1 e 10,3% de respondentes respectivamente. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, 34,3% trabalhavam no hospital entre 1 e 5 anos, e 25,1% trabalhavam entre 6 e 10 anos no hospital.

O instrumento HSOPSC possibilita que os profissionais avaliem a cultura de segurança em: “excelente”, “muito bom”, “aceitável”, “ruim” ou “muito ruim”. Ao analisar a percepção de segurança na dimensão de resultados (tabela 1) obteve-se 59,4% dos respondentes apontando a percepção do grau de segurança como “excelente” ou “muito boa”, 39,4% apontaram como “aceitável” e 5,7% responderam “ruim” ou “muito ruim”.

Ainda na dimensão de resultados (tabela 1), a pergunta sobre o *report* de eventos adversos nos últimos 12 meses apontou que 49,7% dos colaboradores não haviam feito notificação de eventos, seguido de 20% que reportou ter notificado de um a dois eventos e 16,5% que notificou de três a cinco eventos. Apenas 1,7% reportaram 21 eventos ou mais.

Para as dimensões do nível do hospital e da organização hospitalar, identificou-se (tabela 2) que seis das doze dimensões resultaram como fragilizadas, abaixo de 50%, sendo elas: Frequência de eventos notificados, Percepção de Segurança, Trabalho em Equipe entre as Unidades, Equipe, Respostas não Punitivas aos Erros e Transferências. O resultado geral da pesquisa considerando a média das doze dimensões foi de 52%.

Tabela 1 - Resultados da pesquisa de cultura de segurança, 2020 – Dimensões de Resultados

Dimensões de Resultados	
1. Percepção de segurança	N (%)
Excelente/Muito Boa	104 (59,4)
Aceitável	61 (34,9)
Ruim/Muito Ruim	10 (5,7)
2. Report de Notificações Últimos 12 meses	N (%)
Não realizei report	87 (49,7)
Reportei de 1 a 2 notificações	35 (20,0)
Reportei de 3 a 5 notificações	29 (16,6)
Reportei de 6 a 10 notificações	13 (7,4)
Reportei de 11 a 20 notificações	8 (4,6)
Reportei 21 notificações ou mais	3 (1,7)

Fonte: Autora (2021)

Tabela 2 - Resultados da pesquisa de cultura de segurança, 2020 - Dimensões da Unidade e da Organização

Dimensões do Nível da Unidade do Hospital	%
1. Expectativas e ações da promoção da segurança das lideranças e supervisão	67,7
2. Melhoria contínua e aprendizado organizacional	67,4
3. Trabalho em conjunto dentro da unidade	72,4
4. Comunicação aberta	56,6
5. Feedback e comunicação sobre erros	53,1
6. Respostas não punitivas aos erros	33,7
7. Equipe	35,3
Dimensões do Nível da Organização Hospitalar	%
1. Suporte da diretoria para segurança do paciente	61,7
2. Trabalho em equipe entre as unidades	49,4
3. Transferências	35,6

Fonte: Autora (2021)

5.2 DIRECIONAMENTO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE BASEADO EM UM PLANO EDUCACIONAL

Na etapa do desenvolvimento de ações estratégicas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente através da do plano educacional, elegeu-se o grupo para esta ação. O grupo foi composto por: dois coordenadores assistenciais dos serviços cirúrgico e materno infantil e cinco supervisores assistenciais, sendo um do centro de diagnóstico por imagem, dois das unidades de internação e dois do centro de terapia intensiva adulto. Ainda compuseram o grupo cinco membros da equipe de qualidade, sendo a pesquisadora deste trabalho, um analista de qualidade, dois enfermeiros e um analista de processos. Todos os participantes foram incluídos considerando os critérios: a) experiência do profissional na coordenação ou supervisão maior que um ano; b) ser liderança assistencial (médica, enfermagem, fisioterapia, nutricionista, farmacêutico, entre outras); e c) disponibilidade com consentimento em participar do estudo.

Após, foram revisados os planos de ação já desenvolvidos pela instituição, assim como o *status* e andamento das ações para identificar em quais dimensões as equipes necessitariam direcionar seus esforços. As dimensões fragilizadas selecionadas pelo grupo de trabalho para ação nesta etapa foram: Percepção de Segurança e Respostas não Punitivas aos Erros. Estas dimensões foram selecionadas para a ação por serem consideradas fragilizadas, relevantes para a política de cultura de segurança institucional e com aplicabilidade em lideranças.

A partir desta identificação, as perguntas e resultados destas dimensões foram apresentados novamente na reunião semanal do Serviço de Qualidade, onde todas as lideranças da instituição têm participação ativa. Nesta ocasião foi realizado um *brainstorming* acerca dos resultados (BASSAN, 2018). A seguir foi desenvolvido um plano de melhoria com ações objetivas e mensuradas.

Os planos de ação para percepção de segurança (quadro 3) e respostas não punitivas aos erros (quadro 4), foram apresentados na reunião semanal do serviço de qualidade e passaram a ser acompanhados sistematicamente pelo núcleo de segurança do paciente.

Quadro 3 - Ações elaboradas para a dimensão percepção de segurança

DIMENSÃO - PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA						
O QUÊ?	QUEM?	QUANDO?	POR QUÊ?	ONDE?	COMO?	QUANTO?
Disseminar as ações realizadas decorrentes de incidentes e eventos adversos	Analista Qualidade	01/03/2022	Para dar visibilidade aos colaboradores sobre as ações, protocolos e processos implantados ou melhorados a partir dos incidentes ou eventos adversos notificados	Instituição Pesquisada	Através da apresentação no canal de comunicação institucional dos resultados de incidentes e eventos adversos juntamente com as ações desenvolvidas	0,00
	Supervisora Qualidade	01/03/2022			Através da divulgação relacionando na capacitação do novo processo, protocolo ou ação o incidente ou evento adverso	0,00
Abordar os incidentes, eventos adversos e ações inseguras notificadas na área nas reuniões multidisciplinares	Gerente/Coordenador das áreas de negócio	30/04/2022	Para abrir espaços de debate e demonstrar a todos a seriedade e preocupação com a segurança dos pacientes e equipes	Instituição Pesquisada	Levando uma vez ao mês na reunião multidisciplinar o número total de incidentes e eventos adversos notificados na área e abrindo um ou dois para debate e reflexões	0,00
Envolver os times da ponta nas análises de eventos adversos	Supervisores das áreas de negócio	30/05/022	Para desenvolver criticidade em relação aos processos desenhados e promover melhorias efetivas que possam ser aplicadas pelas equipes que prestam assistência aos pacientes	Instituição Pesquisada	Realizando as análises de causa raízes com envolvimento de profissionais assistenciais que atuam diretamente com os pacientes	0,00

Fonte: Autora (2021)

Quadro 4 - Ações elaboradas para a dimensão respostas não punitivas aos erros

DIMENSÃO - RESPOSTAS NÃO PUNITIVAS AOS ERROS						
O QUÊ?	QUEM?	QUANDO?	POR QUÊ?	ONDE?	COMO?	QUANTO?
Buscar de ferramenta de apoio a decisão da cultura justa	Médica Qualidade	10/02/2022	Para apoiar os gestores nas decisões de sanções quando há percepção de imprudência do profissional envolvido no evento adverso	Instituição Pesquisada	Buscando na literatura uma ferramenta de apoio a decisão e validando com a equipe da qualidade	0,00
	Analista Qualidade	28/02/2022			Incluindo a ferramenta na política de cultura de segurança	0,00
	Gerente Qualidade	31/03/2022			Realizando divulgação e capacitação dos gestores	0,00
Realizar simulações de situações de eventos adversos com lideranças	Gerente Qualidade	30/11/2022	Para colocar a liderança em situação mais próxima possível da realidade, entender seu comportamento usual e realizar feedbacks sobre o comportamento voltado à cultura de segurança da Instituição	Instituição Pesquisada	Construindo, validando e aplicando cenários de simulação realística voltado à situações de comportamento para desenvolvimento da cultura de segurança	0,00

Fonte: Autora (2021)

5.3 DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO EDUCACIONAL ATRAVÉS DO MÉTODO *NLN JEFFRIES SIMULATION THEORY*

Na terceira etapa foram desenvolvidos os roteiros de simulação realística para cultura de segurança. Para desenvolvimento dos roteiros, a metodologia utilizada foi a *NLN Jeffries Simulation Framework* (COWPERTHWAIT, 2020). Na fase de planejamento foram considerados os resultados das etapas anteriores, sendo a análise da pesquisa da cultura e segurança, onde foram encontradas dimensões fragilizadas e análise do grupo de trabalho na aplicação do plano educacional os direcionadores para elaboração dos cenários. Dentro dos planos de ação desenvolvidos para melhoria da cultura de segurança, a simulação realística comportamental apareceu como uma ação que visa melhorar a dimensão de respostas não punitivas aos erros.

Nesse sentido e seguindo os critérios para seleção das dimensões eleitas para elaboração dos cenários, a saber: dimensão fragilizada na pesquisa da cultura de segurança < 50% (SORRA *et al.*, 2016), dimensão com aplicabilidade a atividades de liderança e relevância, e impacto nas demais dimensões da pesquisa da cultura de segurança, optou-se por desenvolver os roteiros com cenários aplicáveis às mesmas dimensões já selecionadas anteriormente para atuação de melhorias “Percepção de Segurança e Respostas não Punitivas aos Erros.”

Na fase de *design* dos cenários, ambos se classificam em simulação com dramatização. Os casos foram elaborados a partir de situações cotidianas que desafiam as lideranças a conhecerem e praticarem a cultura de segurança organizacional. As etapas para elaboração dos cenários foram seguidas conforme apresentado na metodologia no quadro 2: Etapas para elaboração de cenário para Educação Baseada em Simulação (EBS), contida na metodologia desta pesquisa, quadro 2. Os cenários elaborados foram intitulados: 1) Habilidades das lideranças sobre percepção de segurança no centro de tratamento intensivo (apêndice 4); 2) Habilidades das lideranças para respostas não punitivas aos erros no centro cirúrgico (apêndice 5).

Após o desenvolvimento do *design* da simulação e conteúdo dos casos, os cenários foram enviados a um grupo de especialistas externos à instituição para validação através do índice de validade de conteúdo (IVC) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O envio dos cenários foi através do *Google Forms*, contendo na seção um o convite, breve explicação do projeto e objetivos principais; na seção dois o TCLE; seção três a disponibilidade do cenário para que os especialistas pudessem fazer o *download* e realizassem a leitura do mesmo; na seção quatro foram incluídas treze perguntas sobre cada item proposto, utilizando como respostas a utiliza a

escala de *Likert* para avaliação, graduando de 1 a 4 sendo (1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = concordo parcialmente, 4 = concordo totalmente) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Compuseram o corpo de especialistas cinco enfermeiros e um farmacêutico, buscou-se na escolha dos juízes compor um grupo com diversas experiências, contemplando cenários, público, privado e órgãos reguladores de saúde.

Considerando treze perguntas para cada cenário e seis especialistas avaliadores, obteve-se um total de 78 respostas, dessas todas foram classificadas na escala de *Likert* como “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”, alcançando assim um resultado de 100% no índice de validade de conteúdo (IVC), conforme demonstrado na tabela 3 abaixo.

Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo – IVC dos cenários

Índice de Validade de Conteúdo - IVC			
Cenários	Total de respostas	Total de respostas 3 e 4	IVC
Habilidades das lideranças sobre a percepção de segurança no centro de tratamento intensivo	78	78	100%
Habilidades das lideranças para respostas não punitivas aos erros no centro cirúrgico	78	78	100%

Fonte: Autora (2022)

Posteriormente à validação dos cenários, procedeu-se os ajustes sugeridos pelos especialistas e a aplicação da experiência de simulação. Para essa etapa, foram indicadas seis lideranças, sendo dois supervisores do centro de tratamento intensivo, um gerente do serviço cirúrgico, dois supervisores das unidades de internação e um supervisor do centro de diagnóstico por imagem. As lideranças supervisoras do centro de tratamento intensivo e um dos supervisores das unidades de internação participaram da simulação no cenário intitulado habilidades das lideranças sobre percepção de segurança no centro de tratamento intensivo. As lideranças gerentes do centro cirúrgico, supervisor do centro de diagnóstico por imagem e um supervisor das unidades de internação participaram da simulação no cenário intitulado habilidades das lideranças para respostas não punitivas aos erros no centro cirúrgico.

Os cenários foram aplicados subdividindo-se em: três simulações sobre a temática “respostas não punitivas aos erros” e três simulações com a temática “percepção de segurança”, totalizando seis simulações. Os cenários foram desenvolvidos com *design* de dramatização, em

que foi criada a cena conforme descrito em cada um dos cenários, e contou com a presença de um ator profissional que também é membro da equipe de qualidade da instituição onde a pesquisa foi realizada. Os participantes receberam previamente por *e-mail* o TCLE e os referenciais pedagógicos, cada participante foi agendado em um horário e, antes de iniciar a simulação, recebeu orientações da pesquisadora que reforçaram os principais pontos do TCLE e um *briefing* sobre o caso. Durante a simulação, apenas o participante e o ator permaneceram no local. Os pesquisadores observaram a cena através da sala de som do auditório com apoio recursos áudio visuais. Após o término de cada simulação, os pesquisadores, participantes e ator reuniam-se para realização do *debriefing reflexivo*.

No *debriefing* ressaltou-se que todas as lideranças participantes demonstraram conhecimento sobre a cultura de segurança e condução adequada das situações, utilizando como base a comunicação não violenta. Também chamou a atenção que cinco (83,3%) das lideranças demonstraram durante a cena empatia e escuta ativa, não partindo das informações que receberam na descrição do caso, sempre solicitando escutar a versão do outro, promovendo acolhimento sem julgamento. Em todas as três simulações com a temática “respostas não punitivas aos erros”, nenhuma liderança estimulou a punição como fator resolutivo para o problema. Ainda no *debriefing* destaca-se como ponto positivo nas falas de 100% das lideranças participantes a promoção à segurança do paciente, o estímulo à notificação e a busca pela transparência como pilar de qualidade e segurança institucional. Enfatizando assim a sustentação da percepção de segurança e as respostas não punitivas aos erros.

Como pontos de melhorias no *debriefing*, apontou-se em duas (33,3,3%) das seis simulações que as lideranças pudessem abordar a responsabilização mútua pela segurança do paciente e cultura de segurança, refletindo mais sobre o papel de cada indivíduo na cena. Ainda em relação às melhorias, três (50%) lideranças não utilizaram a política de cultura de segurança em sua fala como um documento que respalda institucionalmente sua atitude, e duas (33,3%) lideranças, apesar de entenderem e abordarem sobre a não punição como solução, não abordaram em sua fala a cultura justa.

Após o *debriefing*, aplicou-se em todos os participantes a escala de *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*. Essa escala é composta por duas dimensões: satisfação com a aprendizagem atual e autoconfiança na aprendizagem. O perfil dos participantes (tabela 4) demonstrou uma mediana de idade de 40,5 anos, sendo 83,33% do gênero feminino, 50% possuíam pós-graduação no nível especialização, 33,3% graduação e 16,6% pós-graduação no nível mestrado. O tempo de atuação na profissão variou de três a dezessete anos, com uma média de 9,83 anos.

A pesquisa da escala para mensurar a satisfação e autoconfiança do aluno participante da simulação possibilitava a avaliação através de uma escala de Likert com as seguintes variáveis: “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo”, “concordo totalmente”, “não se aplica”. Quando foram analisados os resultados (tabela 5) da escala na dimensão de satisfação com a aprendizagem, obteve-se um percentual geral de satisfação com a aprendizagem foi de 100%. Esse resultado foi obtido através da soma de todos os participantes que responderam “concordo” ou “concordo totalmente” sobre o número total de respostas.

Na dimensão de autoconfiança na aprendizagem 91,6% dos participantes demonstraram-se satisfeitos através das respostas “concordo” e “concordo totalmente”. Entretanto, os 8,32% que responderam “não concordo, nem discordo” e “discordo” foram obtidos nas perguntas “Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades” onde um (16,66%) participante respondeu “não concordo nem discordo” e na pergunta “É responsabilidade do instrutor dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula” um (16,66%) participante respondeu “não concordo nem discordo” e dois (33,3%) participantes responderam “discordo”.

Tabela 4 - Descrição do perfil dos participantes

Variáveis Perfil Participantes	%
Idade	40,5
Gênero	
Feminino	83,33%
Masculino	16,66%
Grau Instrução	
Ensino Superior Completo	33,33%
Pós-graduação (nível especialista)	50%
Pós-graduação (nível mestrado)	16,66%
Tempo de Profissão	
De 1 a 5 anos	33,33%
De 6 a 10 anos	16,66%
De 11 a 15 anos	16,66%
De 16 a 20 anos	33,33%

Fonte: Autora (2021)

Tabela 5 - Análise dos resultados escala para mensurar satisfação e autoconfiança do aluno participantes da simulação (Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*)

(Continua)						
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
Satisfação com a aprendizagem atual						
1. Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes					100%	
2. A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem				16,66%	83,33%	
3. Eu gostei do modo como o instrutor me ensinou através da simulação					100%	
4. Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender					100%	
5. A forma como o meu instrutor ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo					100%	
A autoconfiança na aprendizagem						
6. Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que meu instrutor me apresentou				50%	50%	
7. Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio das atividades propostas				16,66%	83,33%	
8. Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar as atividades propostas como liderança voltada a cultura de segurança					100%	
9. O meu instrutor utilizou recursos úteis para ensinar a simulação					100%	

	(Conclusão)		
10. É minha responsabilidade como o aluno aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação	16,66%	83,33%	
11. Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação	16,66%	83,33%	
12. Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades	16,66%	16,66%	66,66%
13. É responsabilidade do instrutor dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula	33,33%	16,66%	33,33% 16,66%

Fonte: Autora (2022)

6 DISCUSSÃO

Conforme as orientações para avaliação da pesquisa de cultura de segurança HSOPSC, considera-se dimensões fortalecidas da cultura de segurança aquelas que atingirem pontuação acima de 75%, e dimensões fragilizadas da cultura de segurança aquelas que atingirem pontuação abaixo de 50% (SORRA *et al.*, 2016). Os resultados evidenciaram que, na pesquisa realizada no ano de 2020, na instituição pesquisada apenas a dimensão de trabalho em equipe dentro da unidade foi considerada fortalecida com 72,4% de respostas positivas. Quando foram analisadas as dimensões fragilizadas, evidenciaram-se respostas não punitivas aos erros (33,7%), equipe (35,3%), trabalho em equipe entre as unidades (49,4%), transferências (35,6%), percepção de segurança (40,6%) e *report* de notificações no último ano (49,7%) foram dimensões com pontuação abaixo de 50%.

Os desafios da cultura de segurança encontrados neste estudo assemelham-se aos encontrados em muitos hospitais do mundo. Na última avaliação nacional da cultura de segurança pela metodologia HSOPSC em hospitais do Brasil, conduzida pela ANVISA no ano de 2021 (BRASIL, 2022), que contou com 311 hospitais participantes, os resultados demonstraram que apenas duas dimensões foram consideradas fortalecidas, sendo: aprendizagem organizacional/melhoria contínua (83,9%) e expectativas e ações das lideranças para promoção da segurança do paciente (78,6%). A dimensão de trabalho em equipe dentro da unidade apresentou resultado semelhante ao encontrado neste estudo 73,2%. Uma pesquisa (ZABIN; ZAITOUN; ABDULLAH, 2022) de cultura de segurança realizada no único centro médico acadêmico da Palestina acreditado pela JCI (*Joint Commission International*), descreveu o trabalho em equipe dentro da unidade com o segundo melhor escore da pesquisa dentro do hospital, pontuando 86%, atrás apenas da dimensão de melhoria contínua e aprendizagem organizacional com 87%. Nos EUA, o último relatório publicado (FAMOLARO *et al.*, 2021) apresentando os dados da pesquisa nacional de cultura de segurança aponta o trabalho em equipe dentro da unidade como a dimensão de melhor performance, com 82% de respostas positivas, seguida de expectativas e ações das lideranças para promoção da segurança do paciente, com 80% de respostas positivas.

Contrapondo ao resultado encontrado neste estudo para a dimensão de trabalho em equipe entre as unidades (49,4%), um estudo (KHALID; HAYATI, 2018) realizado em 11 hospitais públicos da Malásia, realizado no ano de 2014/2015 e publicado em 2018, apresentou essa dimensão dentro das três dimensões fortalecidas com escore de 77,2%. Contudo, outro estudo (PERES *et al.*, 2022), realizado em um hospital público de ensino referência em

atendimento de média e alta complexidade em Minas Gerais, apontou a dimensão de transferências com resultados semelhantes ao encontrado nesta pesquisa (35%). Nesse mesmo estudo, a dimensão trabalho em equipe entre as unidades (26,7%), também apresentou escore abaixo de 50% apontado como dimensão fragilizada.

Quando se compara as dimensões de respostas não punitivas aos erros e percepção de segurança, com resultados respectivamente de 33,7% e 40,6% nesta pesquisa, o último relatório da avaliação nacional de pesquisa da cultura de segurança publicado pela ANVISA (BRASIL, 2022) demonstra um desfecho semelhante com pontuação de 31,8% para respostas não punitivas aos erros e 49,5% percepção de segurança, também consideradas na área de dimensões fragilizadas. Já no relatório americano (FAMOLARO *et al.*, 2021), essas mesmas dimensões classificam-se na zona neutra: respostas não punitivas aos erros 64% e percepção de segurança 69%. Na Ásia, em uma pesquisa em onze hospitais da Malásia, as respostas não punitivas aos erros com escore de 35,7%, também foi uma dimensão apontada para melhoria, enquanto percepção de segurança pontuou 66,3% (KHALID; HAYATI, 2018). Esse estudo considera que suas equipes ainda são tímidas para falar quando algo errado acontece, evitando discutir eventos adversos ou falar sobre erros diretamente.

A OMS (OMS, 2021) afirma que com a Pandemia da COVID-19, fatores situacionais como a escassez de profissionais de saúde, a redistribuição dos profissionais para funções desconhecidas e a busca de soluções para manutenção da assistência à saúde a curto prazo interferiram na maioria dos sistemas de saúde, impactando ainda de forma intangível a segurança do paciente. Considerando a execução desta pesquisa no início da Pandemia de COVID-19 e o alto *turnover* ocorrido nesta época, assim como nas demais instituições de saúde, os resultados apresentados, no que tange as duas dimensões foco deste estudo, respostas não punitivas aos erros e percepção de segurança assemelham-se ao encontrado mundialmente.

Buscando mudança deste cenário, esforços precisam ser implementados para superar os problemas e ganhar confiança das equipes para desenvolver uma cultura não punitiva e, posteriormente, melhorar a percepção de segurança dentro das instituições de saúde. Nesse sentido, as ações desenvolvidas no plano educacional para melhoria dessas duas dimensões corroboram com o estudo qualitativo realizado com profissionais de saúde em unidades de tratamento intensivo de duas instituições de saúde do sul do Brasil. Esses afirmam a dificuldade de alguns profissionais em reconhecer os erros em sua unidade e, embora a punição seja considerada uma atitude desaprovada, alguns participantes relatam um sentimento de punição ao cometer um erro (SOUZA *et al.*, 2019). Outros estudos em nosso país também demonstram a urgência na transformação da cultura da culpabilidade para o desenvolvimento de uma cultura

alicerçada no aprendizado a partir dos erros nas organizações de saúde (LEMOS *et al.*, 2022; MELO *et al.*, 2020). Dados semelhantes são encontrados em estudos realizados em todo o mundo (JYE *et al.*, 2019; AOUICHA *et al.*, 2020).

Na publicação (OMS, 2021) recente do plano de ação global para segurança do paciente, são consideradas sete estratégias como princípios norteadores para implementação de ações que visam melhorar a segurança do paciente globalmente: 1) envolver pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros; 2) alcançar resultados por meio do trabalho colaborativo; 3) analisar e compartilhar dados para gerar aprendizagem; 4) traduzir as evidências em melhorias úteis e mensuráveis; 5) basear as políticas e ações na natureza do aspecto do cuidado; 6) usar conhecimento científico e experiência do paciente para melhorar a segurança; e 7) incutir uma cultura de segurança na concepção e entrega de cuidados de saúde. Essa última estratégia aborda a importância do papel dos líderes dos serviços de saúde para a promoção da cultura de segurança, devendo se fundir à cultura geral da organização. No presente estudo, as lideranças foram os indivíduos selecionados para as atividades da pesquisa, pela compreensão e afinidade com a literatura da relevância do líder na cultura de segurança das organizações de saúde.

Na etapa de elaboração de um plano educacional para o fortalecimento da cultura de segurança, as principais lideranças da organização realizaram um *brainstorming* e, posteriormente, um grupo menor de líderes selecionou duas prioridades para desenvolvimento do plano de ação: percepção de segurança e respostas não punitivas aos erros (BASSAN, 2018). Segundo autores (MURRAY; SUNDIN; COPE, 2018; OMS, 2021), fatores como a liderança comprometida, transparência, comunicação aberta, aprendizado com os erros e protocolos sobre cultura não punitiva e responsabilização são componentes essenciais para promoção de uma cultura de segurança.

Estudo (GRANEL *et al.*, 2020) realizado na Espanha em dois hospitais públicos demonstrou que a maior parte dos entrevistados mencionou que a segurança do paciente poderia ser melhorada, abordando como principais fatores a falta de recursos e a pressão do trabalho. Reconhecendo ainda as duas frentes da pesquisa HSOPSC selecionadas como prioridades neste estudo, uma revisão sistemática (VÁSQUEZ, 2022) publicada em 2022 evidencia que fatores como o ambiente de trabalho e liderança têm impacto positivo nos resultados da cultura de segurança, tendo maior reflexo nas dimensões de respostas não punitivas aos erros e abertura da comunicação.

Em busca de uma reflexão acerca dos processos de trabalho na área da saúde associada à melhoria na segurança do paciente para redução de eventos adversos, surgem novas estratégias de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, a simulação clínica é uma ferramenta que

vem sendo utilizada, pois promove a segurança do paciente através do desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas (COREN SP, 2020). No presente trabalho foram aplicadas simulações em cenários com *design* de dramatização, direcionados à promoção da cultura de segurança. Os cenários foram elaborados visando uma aprendizagem experiencial em busca do desenvolvimento de habilidades dos participantes, assim, foram compostos de casos com possibilidade de serem vivenciados por lideranças nas mais diversas instituições de saúde. A *International Nursing Association Clinical Simulation & Learning* (INACSL), através de suas diretrizes de melhores práticas para qualificar o uso da simulação clínica em enfermagem, recomenda que as experiências baseadas em simulação devem ser projetadas em consulta com especialistas que possuam conhecimento sobre a temática, práticas de educação e simulação (INACSL *et al.*, 2021). Corroborando com essa prática, neste estudo os cenários foram enviados para avaliação de especialistas antes da aplicação prática, e atingiram pontuação máxima na escala do índice de validade de conteúdo (IVC), necessitando apenas de pequenos ajustes.

Durante o desenvolvimento das simulações, as lideranças demonstraram habilidades de conhecimento acerca da cultura de segurança institucional e outras habilidades que orbitam em torno da cultura de segurança como a comunicação (MURRAY; SUNDIN; COPE, 2018), escuta ativa e não julgamento (HEIDMANN *et al.*, 2020). Um dos grandes benefícios da educação baseada em simulação é permitir a reflexão de melhorias para atingir os objetivos (MOTA; SANTOS; WYSZOMIRSKA, 2022), para isso, o instrutor da simulação desempenha um importante papel promovendo a reflexão e o pensamento crítico sobre a cena. Esse processo ocorre na etapa denominada *debriefing* (OLIVEIRA; CARNEIRO; SESTELO, 2022), nessa fase recomenda-se que antes das reflexões acerca das melhorias, sejam abordados os pontos positivos (BORTOLATO-MAJOR, 2019). Este trabalho caracterizou-se por ter a totalidade, 100% das lideranças participantes, com abordagens de promoção à cultura de segurança, notificações e transparência na construção dos cenários. Após o destaque de pontos positivos, a metodologia prevê que as argumentações reflexivas busquem a construção dos objetivos propostos. Nessa fase os autores preconizam que seja proporcionado um ambiente livre de intimidação, solidário e respeitoso (OLIVEIRA, 2022; BORTOLATO-MAJOR, 2019; SOUZA *et al.*, 2017). Na segunda etapa do *debriefing* deste estudo observou-se que há necessidade de melhorar a responsabilização mútua sobre a segurança do paciente e cultura de segurança, 33,3% das lideranças participantes não utilizaram o pilar da responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança dos colaboradores, dos pacientes e famílias (ARBOIT *et al.*, 2020) como fundamentação da sua abordagem durante o cenário, assim como o mesmo percentual

não abordou a temática da cultura justa, que se relaciona à responsabilização e está contida na política institucional de cultura de segurança.

No conceito da *National League for Nursing* (NLN), liga dedicada à excelência no ensino de enfermagem, a simulação clínica é uma experiência para reproduzir condições essenciais de uma determinada situação, visando capacitar o indivíduo e aprimorar a sua habilidade para quando a situação ocorrer na prática real (COSTA, 2020; BERGAMASCO, 2018). Desse modo, o mesmo órgão elaborou uma escala (ALMEIDA *et al.*, 2015) com vistas a mensurar a satisfação e autoconfiança dos indivíduos adquiridas após a simulação. Essa escala, aplicada neste trabalho, evidenciou, assim como outros estudos (COSTA *et al.*, 2020a; BERGAMASCO, 2018; COSTA *et al.*, 2020b), que a satisfação com a aprendizagem e autoconfiança obtiveram escores muito próximos à pontuação máxima, ressaltando que o método é efetivo, promovendo a satisfação dos participantes, que os motiva a aprender e estabelece autoconfiança.

Todavia, os resultados encontrados na pesquisa de cultura de segurança realizada não corroboram com os achados do comportamento e habilidades das lideranças participantes, fato que pode ser explicado pela pesquisa da cultura de segurança HSOPSC ter sido realizada em ano de pandemia. O presente trabalho gerou conhecimento a respeito do método para desenvolvimento de habilidades promotoras da cultura de segurança, contudo apresenta fatores limitantes de sua metodologia, o tamanho da amostra em que os cenários foram aplicados e a etapa de *debriefing*, após a aplicação da simulação, foi realizada de forma individual com cada um dos participantes. Esse fato pode ter restringido o debate e trocas durante a aplicação do método de *debriefing*.

Considerando a relevância dos resultados encontrados, este estudo será apresentado sob a forma de manuscrito científico a ser encaminhado, após defesa da Dissertação, ao periódico Revista Escola de Enfermagem da USP.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação baseada em simulação consiste em um relevante método para propiciar aos profissionais líderes habilidades necessárias para construção de uma cultura de segurança, a última etapa deste estudo demonstrou objetivamente a satisfação e autoconfiança do método aplicado com líderes da instituição de saúde onde o trabalho foi desenvolvido. A partir da elaboração de cenários cotidianos relativos às dimensões fragilizadas encontradas na pesquisa de cultura de segurança HSOPSC foi possível promover uma aprendizagem experiencial aos líderes e evidenciar a eficácia do método na promoção de habilidades comportamentais fundamentais para cultura de segurança.

Como parte integrante desta pesquisa, e com a finalidade de elaborar um produto técnico que possibilite sua utilização por outras instituições de saúde, os cenários desenvolvidos (Apêndices 4 e 5) descrevem todas as etapas para a construção de educação baseada em simulação, oportunizando a aprendizagem experiencial de habilidades necessárias para cultura de segurança.

Neste estudo, que foi elaborado nas três etapas, a saber: 1) análise da pesquisa da cultura de segurança; 2) desenvolvimento de um plano educacional com ações estratégicas direcionadas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente; e 3) elaboração roteiros para o desenvolvimento de simulação realística sobre segurança do paciente, identificaram-se a partir dos resultados analisados de forma colaborativa que na primeira e segunda etapas foram estabelecidos os objetivos e prioridades para construção da terceira etapa, os cenários para simulação. No desenvolvimento dos cenários, percebeu-se que as lideranças da instituição possuíam alta aderência à política de cultura de segurança institucional, utilizando de técnicas que contribuem para uma cultura de segurança fortalecida, aspecto pouco encontrado nos estudos sobre a temática.

Considera-se que a utilização de cenários de simulação realística para promover aprendizagem experiencial voltados ao desenvolvimento da cultura de segurança aplicados com lideranças proporciona satisfação, aprendizagem, autoconfiança e reflexões promissoras para avançar na busca da maturidade institucional em direção à cultura de segurança participativa.

REFERÊNCIAS

- AGGARWAL, Rajesh *et al.* Training and simulation for patient safety. **BMJ Quality & Safety**, Londres, v. 19, p. 34-43, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.038562>. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl_2/i34. Acesso em: 05 jul. 2021.
- AHRQ - AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Mission and Budget. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/mission/index.html>. Acesso em: 09 jul. 2021
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costas; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva [S. I.]**, v. 16, n. 7, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?lang=pt>. Acesso em: 07 ago. 2021.
- ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos *et al.* Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0472.2643>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7fyQp4sk7xrVLC8WxrbLLqy/?lang=en>. Acesso em: 04 set. 2021.
- AMIRI, Maryam; KHADEMIAN, Zahra; NIKANDISH, Reza. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. **BMC Med Educ**, [S. I.], v.18, n. 1, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>. Disponível em: <https://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1255-6>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima *et al.* Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Natal, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzPMjFXMpcmzSZTJ5bSSyB/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- AOUICHA, Wiem *et al.* Exploring patient safety culture in emergency departments: A Tunisian perspective. **Int Emerg Nurs [S. I.]**, v. 54, 2021. DOI: 10.1016/j.ienj.2020.100941. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X20301130>. Acesso em: 13 abr. 2022.
- ARAÚJO, Paula Roberta Silva; DUARTE, Tayse Tâmara Paixão; MAGRO, Marcia Cristiana Silva. Efeito da simulação para a aprendizagem significativa. **Revista de enfermagem UFPE** [online], v. 12, n. 12, p. 3416-3425, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237671p3416-3425-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237671>. Acesso em: 07 maio 2021.

ARBOIT, Éder Luís *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. **Research, Society and Development** [S. I.], v. 9, n. 5, p. 1-18, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3088>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3088>. Acesso em: 03 maio 2021.

ARMUTLU, Markirit *et al.* Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders. **Healthc Q**, [S. I.], v. 22, p. 82-95. DOI: 10.12927/hcq.2020.26044. Disponível em: <https://www.longwoods.com/content/26044/patient-safety-culture-bundle-for-ceos-and-senior-leaders>. Acesso em: 13 out. 2021.

AYISA, Aynalem; GETAHUN, Yalemwork; YESUF, Nurhussien. Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health-Care Providers in the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. **Drug, Healthcare and Patient Safety**, v. 13, p. 141-150, 2021. DOI: <http://doi.org/10.2147/DHPS.S291012>. Disponível em: <https://www.dovepress.com/patient-safety-culture-and-associated-factors-among-health-care-prov-2-peer-reviewed-fulltext-article-DHPS>. Acesso em: 19 maio 2022.

BAHIA, Silvia Helena Arias *et al.* Ensino na Saúde como objeto de pesquisa na pós-graduação stricto sensu: análise do Pró-Ensino na Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação** [S. I.], v. 22, p. 1425-1442, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0192>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VCmzYF9PHkHHc5CsDZrYMJv/?lang=pt>. Acesso em: 05 fev. 2022.

BALLANGRUD, Randi *et al.* Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. **Intensive and Critical Care Nursing** [S. I.], v. 28, n. 6, p. 344-54, 2012. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096433971200002X?via%3Dihub>. Acesso em: 18 set. 2021.

BASSAN, Edilberto José. *Gestão da Qualidade: Ferramentas, Técnicas e Métodos*. Curitiba: Caleg, 2018.

BATISTA, Josemar *et al.* Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Curitiba, v. 27, p. 1-9, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XpgShVwtVqC78bymt63Scwc/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BCPSQC - BC PATIENT SAFETY & QUALITY COUNCIL. **Culture Change Toolbol**. 2017. Disponível em: <https://bcpsqc.ca/resource/culture-change-toolbox/>. Acesso em: 2 jun. 2021.

BCPSQC - BC PATIENT SAFETY & QUALITY COUNCIL. **Measuring Culture to Inform Action: A Rapid Review of the Literature**. 2021. Disponível em: <https://bcpsqc.ca/resource/measuring-culture-to-inform-action/>. Acesso em: 12 nov. 2021.

BERGAMASCO, Ellen Cristina; MURAKAMI, Beatriz; CRUZ, Diana. Uso da Escala de Satisfação dos Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem (ESEAA) e da Escala do Design da Simulação (EDS) no ensino de enfermagem: relato de experiência. **Sci Med** [S. I.],

v. 28, n. 3, 2018. DOI: 10.15448/1980-6108.2018.3.31036. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326828643_Uso_da_Escala_de_Satisfacao_dos_Estudantes_e_Autoconfianca_com_a_Aprendizagem_ESEAA_e_da_Escala_do_Design_da_Simulacao_EDS_no_ensino_de_enfermagem_retrato_de_experiencia. Acesso em: 10 mar. 2022.

BOAZ, Fernanda; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Cultura de Segurança do Paciente em Seis Hospitais Brasileiros: Desenvolvimento de um Plano Educacional. **Saúde em Redes** [online], v. 7, n. 3, p. 1-18, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p399-416>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3364>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BOPSIN, Patrícia dos Santos; RIBAS, Elenara Oliveira; SILVA, Débora Monteiro da. Guia prático para segurança do paciente. Porto Alegre: Moriá, 2019.

BORTOLATO-MAJOR, Carina *et al.* Debriefing evaluation in nursing clinical simulation: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem [S. I.]**, v. 72, n. 3, p. 788-794, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0103>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DRHMC77PzkzK9fMhyG8cdQz/?lang=en>. Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular n. 2/2021 CONEP/SECNS/MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Avaliação Nacional da Cultura de Segurança em Hospitais do Brasil**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n. 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

BRENNAN, Troyen A. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med** [S. I.], v. 324, p. 370-376, 1991. DOI: 10.1056/NEJM199102073240604. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199102073240604>. Acesso em: 16 maio 2022.

BUCHANAN, D; HUCZYNSKI, A. **Organizational Behavior**. 3 ed. vol. 7. Londres: Prentice Hall, 1997.

CALDARELLI, Pablo Guilherme. A importância da utilização de práticas de metodologias ativas de aprendizagem na formação superior de profissionais da saúde. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 175-178, 2017. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2017.26308>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/26308>. Acesso em: 13 dez. 2021.

CARVALHO, Lilian Regina de; MASCARENHAS Silvia Helena Zem. Construction and validation of a sepsis simulation scenario: a methodological study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021603638>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JYgrqvdNHN3YT8Mys86SZfx/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2021.

COOPER, Jeffrey B. *et al.* Design and evaluation of simulation scenarios for a program introducing patient safety, teamwork, safety leadership, and simulation to healthcare leaders and managers. **Simulation in Healthcare** [S. I.], v. 6, n. 4, p. 231-238, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e31821da9ec>. Disponível em: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2011/08000/Design_and_Evaluation_of_Simulation_Scenarios_for.7.aspx. Acesso em: 15 jun. 2021.

COREN SP - Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**. São Paulo: COREN SP, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-Cl%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2021.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira *et al.* Satisfação e autoconfiança na aprendizagem de estudantes de enfermagem: Ensaio clínico randomizado. **Revista Escola Anna Nery** [online], v. 24, n. 1, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0094>. Acesso em: 10 jul. 2021.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira *et al.* Simulação clínica no desempenho cognitivo, satisfação e autoconfiança na aprendizagem: estudo quase-experimental. **Acta Paul Enferm.** v. 33, p. 1-8, 2020b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/bdkybfTZpb5xg37jGMw7Cjb/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2021.

COWPERTHWAIT, Amy. NLN/Jeffries Simulation Framework for Simulated Participant Methodology. **Clinical Simulation in Nursing**, Newark, v. 41, p. 12-21, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.12.009>. Disponível em:

[https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(20\)30005-0/fulltext](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(20)30005-0/fulltext). Acesso em: 23 set. 2021.

DUARTE, Kay Amparo Santos *et al.* Importância da Metodologia Ativa na formação do enfermeiro: Implicações no processo ensino aprendizagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** [online], n. 36, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2022.2019>. Disponível em: 04 dez. 2021.

FABRI, Renata Paula *et al.* Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Revista Escola Anna Nery** [online], v. 51, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016016403218>. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/4460>. Acesso em: 15 jan. 2022.

FAMOLARO, T. *et al.* **Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Hospital Survey 2.0: 2021 User Database Report**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2021. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/2021-HSOPS2-Database-Report-Part-II-508.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FAROKHZADIAN, Jamileh; NAYERI, Dehghan; BORHANI, Fariba. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. **BMC Health Services Research** [S. I.], v. 18, n. 654, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3467-1>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3467-1>. Acesso em: 18 out. 2021.

FONTELLES, Mauro José *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paranaense de Medicina**, v. 23, n. 3, 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 12 maio 2021.

FRANKEL, Allan *et al.* **A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare, 2017. Disponível em: https://hcifonline.org/wp-content/uploads/2019/04/IHI-White-Paper_FrameworkSafeReliableEffectiveCare.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

FREYTAG, Julia *et al.* Improving patient safety through better teamwork: how effective are different methods of simulation debriefing? Protocol for a pragmatic, prospective and randomised study. **BMJ Open**, Londres, v. 7, p. 1-9, 2017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015977>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/6/e015977>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FUGITA, Júnia Aparecida Laia da Mata *et al.* Uso da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez no ensino sobre brinquedo terapêutico. **Revista Portuguesa de Educação**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 229-258, 2016. DOI: <https://doi.org/10.21814/rpe.5966>. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/view/rpe.5966>. Acesso em: 26 mar. 2022.

GARZIN, Ana Claudia Alcântara; MELLEIRO, Marta Maria. Segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i4.45780>. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45780>. Acesso em: 10 set. 2021.

GAW, Monaliza; ROSINIA, Frank; DILLER, Thomas. Quality and the Health System: Becoming a High Reliability Organization. **Anesthesiology Clinics** [S. I.], v. 32, n. 2, p. 217-226, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.01.010>. Disponível em: [https://www.anesthesiology.theclinics.com/article/S1932-2275\(18\)30010-7/fulltext](https://www.anesthesiology.theclinics.com/article/S1932-2275(18)30010-7/fulltext). Acesso em: 14 out. 2022.

GRANEL, Nina. *et al.* Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. **BMC Health Serv Res** [S. I.], v. 20, n. 1, 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-05441-w. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32590990/>. Acesso em: 13 maio 2022.

HEGLAND, Pål A. *et al.* Simulation-based training for nurses: Systematic review and meta-analysis. **Nurse Education Today** [S. I.], v. 54, p. 6-20, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691717300734?via%3Dihub>. Acesso em: 12 set. 2021.

HEIDMANN, Andréa *et al.* Fatores contribuintes para consolidação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Revista Escola Anna Nery** [online], v. 24, n. 1, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN 2019-0153>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/7yVPCnBjTG66pLxn7xfPjzN/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2021.

HERSHEY, Kristen. Culture of Safety. **Nursing Clinics** [S. I.], v. 50, n. 1, p.139-152, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.011>. Disponível em: [https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465\(14\)00085-1/fulltext](https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(14)00085-1/fulltext). Acesso em: 10 maio 2021.

HIPPE, Daniel S. *et al.* A targeted systematic review of cost analyses for implementation of simulation-based education in healthcare. **SAGE Open Medicine** [S. I.], v. 8, p. 1-8, 2020. DOI: <http://doi.org/10.1177/2050312120913451>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2050312120913451>. Acesso em: 07 out. 2022.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risk industries to health care. **Qual Saf Health Care** [S. I.], v. 12, suppl 1, p. 7-12, 2003. DOI: http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i7. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_1/i7. Acesso em: 198 jun. 2021.

IAEA - INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **Safety culture: A report by the international nuclear safety advisory group.** Viena: International Atomic Energy Agency, 1991. Disponível em: https://www-pub.iaea.org/mtcd/publications/pdf/pub882_web.pdf. Acesso em: 03 abr. 2021.

INACSL Standards Committee *et al.* Healthcare Simulation Standards of Best Practice TM Simulation Design. **Clinical Simulation in Nursing** [S. I.], v. 58, p. 14-21, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>. Disponível em: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(21\)00096-7/fulltext](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(21)00096-7/fulltext). Acesso em: 21 abr. 2021.

INACSL Standards Committee. Normas de Prática Recomendada INACSL: Simulação SM Design da Simulação. **Clinical Simulation in Nursing**, Newark, v. 12, p. 5-12, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>. Disponível em: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(16\)30126-8/fulltext](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(16)30126-8/fulltext). Acesso em: 08 nov. 2022.

JAMES, John T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of Patient Safety [S. I.]**, v. 9, n. 3, p. 122-128. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182948a69>. Disponível em: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A_New_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.aspx. Acesso em: 26 dez. 2021.

JEFFRIES, Pamela R; RODGERS, Beth; ADAMSON, Katie. NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. **Nursing Education Perspectives [S. I.]**, v. 36, n. 5, 2015. DOI: <http://doi.org/10.5480/1536-5026-36.5.292>. Disponível em: <https://journals.lww.com/neponline/pages/default.aspx>. Acesso em: 19 abr. 2021.

JCI - JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 7 ed. Oakbrook Terrace: JCI, 2021.

JOWSEY, Tanisha *et al.* Towards a safer culture: implementing multidisciplinary simulation-based team training in New Zealand operating theatres – a framework analysis. **BMJ Open**, Londres, v. 9, n.10, p. 1-9, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027122>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/10/e027122>. Acesso em: 07 abr. 2021.

JYE, Alex Kim Ren *et al.* Hospital survey on patient safety culture in Sarawak General Hospital: A cross sectional study. **Med J Malaysia [online]**, v. 74, n. 5, p. 385-388, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31649213/>. Acesso em: 16 abr. 2022.

KANEKO, Regina Mayumi Utiyama; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Campinas, v. 53, p. 1-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/wcQrCdz4ZcXgQxC9vpHcrKJ/?lang=en>. Acesso em: 16 dez. 2021.

KHALID, I., HAYATI, Nor. Tornando a saúde mais segura: avaliando a cultura de segurança do paciente em hospitais governamentais. **Journal of Health Management, [S. I.]**, v. 15, n. 1, p. 13-25, jul. 2022. Disponível em: <https://myjms.mohe.gov.my/index.php/johm/article/view/13888>. Data de acesso: 28 nov. 2022.

KAWAMOTO, Andressa Morello *et al.* Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4387-4398, 2016. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4530>. Acesso em: 10 set. 2021.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington: National Academies Press, 2000.

LEAPE, Lucian L. Errors in medicine. **Clinica Chimica Acta**, Boston, v. 404, n. 1, p. 2-5, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cca.2009.03.020>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009898109001326?via%3Dihub>. Acesso em: 16 nov. 2021.

LEMOS, Grazielle de Carvalho *et al.* Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem [S. I.]**, v. 36, p. 1-12, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.43393>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43393>. Acesso em: 23 abr. 2021.

LEON, Cassandra Ponce *et al.* Construção e validação de casos clínicos para utilização no ensino de enfermagem no contexto materno-infantil. **Revista de Enfermagem Referência [online]**, v. 4, n. 18, p. 61-62, 2018. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18013>. Disponível: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2914&id_revista=24&id_edicao=138. Acesso em: 16 dez. 2021.

LEWIS, Kimberly A. *et al.* Does Simulation Training for Acute Care Nurses Improve Patient Safety Outcomes: A Systematic Review to Inform Evidence-Based Practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing [S. I.]**, v. 16, n. 5, p. 389-396, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12396>. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12396>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LIMA, Valdineia Rodrigues; SOUSA, Edileine França Pereira; SITKO, Camila Maria. Metodologias ativas de ensino e aprendizagem: Sala de aula invertida, instrução por colegas e júri simulado no ensino de Matemática. **Research, Society and Development [S. I.]**, v. 10, n. 5, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14507>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14507>. Acesso em: 10 fev. 2022.

LIMA, Verineida Sousa *et al.* Produção de vídeo educacional: estratégia de formação docente para o ensino na saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde [S. I.]**, v. 13, n. 2, p. 428-438, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i2.1594>. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1594b>. Acesso em: 16 dez. 2021.

MACEDO, Kelly Dandara da Silva *et al.* Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Revista Escola Anna Nery [online]**, v. 22, n. 3, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0435>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/XkVvYBMtbgRMLxQvkQGqQ7z/?lang=en>. Acesso em: 10 mar. 2021.

MACHADO, Frederico Viana *et al.* Evaluating the use of active learning methodologies in health education: History of Public Health Institutions and Health Policies. **Revista Saúde em Redes [online]**, v. 5, n. 3, p. 93-107, 2019. DOI:

<http://dx.doi.org/10.18310/24464813.2019v5n3p93107>. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116357>. Acesso em: 03 jun. 2021.

MAIA, Christiane Santiago *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>. Disponível em:
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2022.

MALFUSSI, Luciana Bihain Hagemann *et al.* Simulação in situ na educação permanente da equipe de enfermagem de terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem** [online], v. 30, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0130>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/HV9bnx4JHtbPTqVbsR43sHF/?lang=en>. Acesso em: 08 jul. 2022.

MARQUES, Ana Paula Ambrósio Zanelato *et al.* Team based learning: uma metodologia ativa para auxílio no processo de aprendizagem. **Colloquium Humanarum [S. I.]**, v. 14, p. 699-707. DOI: <http://doi.org/10.5747/ch.2017.v14.nesp.001013>. Disponível em:
<http://www.unoeste.br/site/enepe/2017/suplementos/area/Humanarum/4%20-%20Educa%C3%A7%C3%A3o/TEAM%20BASED%20LEARNING%20UMA%20METODOLOGIA%20ATIVA%20PARA%20AUXILIO%20NO%20PROCESSO%20DE%20APRENDIZAGEM.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2021.

MARTINS F. S. L.; BorgesR. de M.; SouzaD. W. de; SilveiraN. K. da; CaregnatoR. C. A. Telessimulação na área da saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 3, p. e9884, 17 mar. 2022.
<https://doi.org/10.25248/reas.e9884.2022>

MATHEWS, Simon *et al.* Advancing health care quality and safety through action learning. **Leadership in Health Services**, Baltimore, v. 30, n. 2, p. 148-158, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1108/LHS-10-2016-0051>. Disponível em:
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/LHS-10-2016-0051/full/html>. Acesso em: 04 nov. 2022.

MEDEIROS FILHO, Rildécio *et al.* Percepção de docentes e discentes de gestão hospitalar acerca da importância do gestor no âmbito da segurança do paciente. **RAHIS**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i2.6305>. Disponível em:
<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6305>. Acesso em: 03 fev. 2022.

MELO, Eliana *et al.* Cultura de segurança do paciente segundo profissionais de enfermagem de um hospital acreditado. **Rev Gaúcha Enferm [S. I.]**, v. 41, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sRvsFRf43Yg7MLcqwKqw8yk/?lang=en>. Acesso em: 19 abr. 2021.

MELO, Erika Patrícia Rodrigues de *et al.* Uso da simulação clínica de parada cardiorrespiratória em paciente em hemodiálise como estratégia de educação permanente em saúde: relato de experiência. **Gep News**, Maceió, v. 6, n. 1, p. 150-155, 2022. Disponível em:
<https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/13996>. Acesso em: 28 set. 2022.

MELO, Wesley Soares de *et al.* Guia de atributos da competência política do enfermeiro: estudo metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem** [S. l.], v. 70, n. 3, p. 526-534, jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0483>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yS4P7CcCGqRNVbz8bgXjj4J/?lang=en>. Acesso em: 23 abr. 2021.

MENDES, Andreia Almeida *et al.* A percepção dos estudantes do curso de administração a respeito do processo de implantação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem - o desenvolvimento da aprendizagem significativa. **Pensar Acadêmico**, Manhuaçu, v. 15, n. 2, p. 182-192, 2017. DOI: <https://doi.org/10.21576/rpa.2017v15i2.356>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334526552_A_PERCEPCAO_DOS_ESTUDANTES_DO_CURSO_DE_ADMINISTRACAO_A_RESPEITO_DO_PROCESSO_DE_IMPLANTACAO_DE_METODOLOGIAS_ATIVAS_DE_ENSINO-APRENDIZAGEM_-_O_DESENVOLVIMENTO_DA_APRENDIZAGEM_SIGNIFICATIVA/fulltext/5d2fee3d458515c11c393ac0/A-PERCEPCAO-DOS-ESTUDANTES-DO-CURSO-DE-ADMINISTRACAO-A-RESPEITO-DO-PROCESSO-DE-IMPLANTACAO-DE-METODOLOGIAS-ATIVAS-DE-ENSINO-APRENDIZAGEM-O-DESENVOLVIMENTO-DA-APRENDIZAGEM-SIGNIFICATIVA.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

MENDES, Walter *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>. Acesso em: 13 ago. 2021.

MOTA, Luciana de Melo; SANTOS, Ayra Lisiane Ferreira dos; WYSZOMIRSKA, Rozangela Maria de Almeida Fernandes. Avaliação dos conhecimentos cognitivos associados ao debriefing na simulação realística. **Research, Society and Development** [S. l.], v. 11, n. 3, p. 1-8, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26583>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26583>. Acesso em: 02 abr. 2022.

MURRAY, Melanie; SUNDIN, Deborah; COPE, Vicki. The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. **J Clin Nurs**. [S. l.], v. 27, n. 5-6, p. 1287-1293, 2018. DOI: 10.1111/jocn.13980. Epub 2017 Dec 4. PMID: 28771860. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28771860/>. Acesso em: 12 jan. 2022.

NAS - NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCE *et al.* **Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide**. Washington: National Academies Press, 2018.

NPSF - NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err is Human**. Boston, National Patient Safety Foundation, 2015.

OLIVEIRA, Julia Nogueira Fernandes de; CARNEIRO, Ana Claudia Costa; SESTELO, Maristela. Análise do Debriefing na simulação realística em uma instituição de ensino médico. **Rev. Inter. Educ. Saúde**, v. 6, 2022. DOI: [10.17267/2594-7907ijeh.2022.e4390](https://doi.org/10.17267/2594-7907ijeh.2022.e4390). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/362514466_Analise_do_Debriefing_na_simulacao_realistica_em_uma_instituicao_de_ensino_medico. Acesso em: 14 abr. 2022.

OLIVEIRA, Maria Rafaela de *et al.* As contribuições da teoria piagetiana para o processo de ensino-aprendizagem. *In: Anais V FIPED*. Campina Grande: Realize Editora, 2013. Disponível em: <<http://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/3849>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030**: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2021.

PERES, Fernanda *et al.* Avaliação da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 28, 16, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-16asfm60016>. Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532022000100213&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2022.

PERNEGER, Thomas V. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? **BMC Health Serv Res [S. I.]**, v. 5, n. 71, 2005. DOI: 10.1186/1472-6963-5-71. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16280077/>. Acesso em: 14 jun. 2022.

PRATES, Cassiana Gil *et al.* Evaluation of patient safety culture in a private general hospital: a case study in Brazil. **Int J Health Care Qual Assur [S. I.]**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-11-2020-0235>. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJHCQA-11-2020-0235/full/html>. Acesso em: 12 out. 2021.

PRONOVOST, Peter J. *et al.* Transforming Patient Safety: A Sector-Wide Systems Approach. **Wish Patient Safety Forum**, 2015. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Patient-safety.pdf>. Acesso em: 04 set. 2022.

REASON, James. Human error: models and management. **BMJ**, Manchester, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/320/7237/768>. Acesso em: 15 jun. 2021.

REIS, Cláudia Tartaglia; LAGUARDIA, Josué; MARTINS, Mônica. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DvyWttQysxLyKhVSjdyF4Jf/?lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2022.

REIS, Cláudia Tartaglia; PAIVA, Sofia Guerra; SOUSA, Paulo. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. **International Journal for Quality in Health Care**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1-18, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/9/660/4998840>. Acesso em: 20 ago. 2021.

ROBB, Gillian *et al.* Medication-related patient harm in New Zealand hospitals. **The New Zealand Medical Journal** [S. l.], v. 130, n. 1460, p. 21-32, 2017. Disponível em: <https://journal.nzma.org.nz/journal-articles/medication-related-patient-harm-in-new-zealand-hospitals>. Acesso em: 22 ago. 2021.

ROMAN, Cassiela *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Revista Clinical & Biomedical Research**, v. 37, n. 4, p. 349-357, 2017. DOI: <http://doi.org/10.4322/2357-9730.73911>. Disponível em: <https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/2357-9730.73911>. Acesso em: 12 maio 2022.

SAMMER, Cristine E. What is patient safety culture? A review of the literature. **J Nurs Scholarsh** [S. l.], v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20618600/>. Acesso em: 12 jun. 2021.

SANTOS, Isabella Cristina Santiago dos *et al.* Segurança do paciente pediátrico sob a ótica da equipe de enfermagem em um hospital público. **Nursing Brasil**, [S. l.], v. 25, n. 292, p. 8618-8633, 2022. DOI: 10.36489/nursing.2022v25i292p8618-8633. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2732>. Acesso em: 28 set. 2022.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Estratégias didáticas no processo de ensino-aprendizagem de gestão em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem** [online], v. 27, n. 2, p. 1-11, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1590/0104-070720180001980016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gjbfzTKPFjkBHLvc3qMWjgB/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2021.

SANTOS, Marcos Rodrigues; OLIVEIRA, Robson Wilson de; NAZIAZENO, Shirley Dósea dos Santos. Utilização da simulação realística para desenvolvimento do senso crítico no estudante de enfermagem, uma revisão integrativa. **Ciências Biológicas e da Saúde do Centro Universitário Tiradentes**, Aracaju, v. 5, n. 3, p. 131-138, 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6819>. Acesso em: 03 out. 2021.

SCARPARO, Ana Luiza Sander. Noções de crianças e adolescentes sobre alimentação saudável: um estudo em epistemologia genética. 2012. 102 p. Dissertação (Mestrado em educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/56446>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SCHWENDIMANN, René *et al.* Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. **BMJ Quality & Safety**, Londres v. 22, n. 1, p. 32-41, 2012. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000446>. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/32>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SHEPHERD, Irwyn; BURTON, Trish. A conceptual framework for simulation in healthcare education - The need. **Nurse Education Today** [S. l.], v. 76, p. 21-25, 2019. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.033>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691719301856?via%3DiHub>. Acesso em: 04 mar. 2022.

SILVA, Cristiane Costa Reis *et al.* Simulação móvel: contributos científicos para a área da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem** [online], v. 30, 2021. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0111>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/BjtDRDv5BvZzcdxRnjjdNGf/?lang=en>. Acesso em: 05 set. 2021.

SINGER, Sarah J. **What We've Learned About Leveraging Leadership and Culture to Affect Change and Improve Patient Safety**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/what-weve-learned-about-leveraging-leadership-and-culture-affect-change-and-improve>. Acesso em: 10 maio 2022.

SORRA, Joann *et al.* **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2>. Acesso em: 15 set. 2021.

SOUZA, Catharine Silva de *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm [S. I.]**, v. 40, p. 1-9, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/HQZgjsypHfqPkkNVXb4DrsJ/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SOUZA, Josiane *et al.* Debriefing como ferramenta de avaliação qualitativa no ensino simulado. **CIAIQ [S. I.]**, v. 2, p. 841-848, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/issue/view/20>. Acesso em: 10 maio 2021.

UFCSPA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **PPG Ensino na Saúde**. Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/vida-academica/pos-graduacao/mestrado-e-doutorado/ensino-na-saude>. Acesso em: 08 jul. 2021.

VÁSQUEZ, Elsa María. Impacto de la cultura organizacional en las instituciones de salud: énfasis en la seguridad del paciente. Una revisión sistemática. **NURE investigación [S. I.]**, v. 117, n. 5, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8428145.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021

VIEIRA, Tainara Wink *et al.* Validation methods of nursing care protocols: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem [S. I.]**, v. 73, p. 1-10, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/J6N8kqf8QQDq6t9PpDPCcnP/?lang=en>. Acesso em: 12 set. 2021.

XIE, Jianfei *et al.* Impact of a patient safety leadership program on head nurses and clinical nurses: a quasi-experimental study. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 2-11, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4328.3478>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bhqCFsfDQg7hW9sDs3NbpNp/?lang=en>. Acesso em: 13 set. 2021.

WEAVER, Sallie J. *et al.* Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, Michigan, v. 158, n. 5, p. 369-374, 2013. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>. Acesso em: 07 ago. 2021.

WEGNER, William *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. Escola de Enfermagem Anna Nery [online], v. 20, n. 3, p. 1-8, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DjhJ6pBJ6JYjtKZZ6LHjByz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf. Acesso em: 22 jun. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**. Toward Eliminating Avoidable Harm in Health Care. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 22 jul. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety curriculum guide**: multi-professional edition. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>. Acesso em: 26 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: World Health Organization, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009. Geneva: World Health Organization, 2008b.

ZABIN, Loai M; ZAITOUN, Rasha S. Abu; ABDULLAH, A. Abdullah. Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives. **BMC Nurs**, [online], v. 21, n. 204, p. 1-10, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00987-y>. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-00987-y>. Acesso em: 19 abr. 2022.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESPECIALISTAS

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **Cultura de segurança: aprendizagem experiencial através do desenvolvimento de cenários para simulação realística** sob responsabilidade da pesquisadora responsável Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato e da pesquisadora Francyne Sequeira Lopes Martins.

O objetivo deste estudo é promover aprendizagem experiencial com lideranças sobre cultura de segurança por meio do desenvolvimento de cenários para simulação realística, portanto os dados deste projeto servirão como embasamento para validação dos cenários e avaliação da satisfação e confiança das lideranças participantes. Diante do exposto, você está sendo convidado como especialista para validar os cenários. A validação ocorrerá através da metodologia índice de validade de conteúdo (IVC).

Esse método é muito utilizado na área da saúde e tem como objetivo mensurar a proporção de juízes que concordam com a proposta do instrumento, avaliando cada item e o instrumento como um todo através da escala de Likert. Dessa forma, sua participação na pesquisa consistirá em avaliar a estrutura desenvolvida para elaborar uma simulação realística sobre cultura de segurança direcionada a lideranças com base em sua experiência e conhecimento. Após o aceite deste termo, você deverá clicar no link que se encontra no corpo do e-mail que irá conduzir ao Google Forms para o preenchimento do questionário que, conforme seu desempenho, levará aproximadamente entre 15 a 30 minutos.

Será acordado um prazo de 15 dias para responder o questionário, havendo a flexibilidade de realizar sua avaliação em local e horário de sua preferência, desde que o limite de entrega seja respeitado.

O principal benefício desta pesquisa é a sua contribuição para a promoção da cultura de segurança através de metodologias ativas, proporcionando às lideranças uma aprendizagem experiencial. Sua participação tem finalidade exclusivamente de colaboração com a pesquisa, sem acarretar em custos ou incentivos financeiros. Em caso de ocorrer eventuais gastos relacionados a pesquisa ou danos gerados por essa, o pesquisador se responsabilizará pelo ressarcimento dos custos, desde que apresentados comprovantes dos gastos, e de indenização diante de eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa.

Sua participação é voluntária. É assegurada a confidencialidade dos dados obtidos de acordo com as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, sem qualquer sanção ou constrangimento. Declaramos também ausência de conflitos de interesse. Os riscos em participar da pesquisa são relacionados ao tempo dispendido para participação na pesquisa e aqueles característicos de ambiente virtual, meios eletrônicos e atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. O acesso ao instrumento completo será concedido após o consentimento para participação da pesquisa. Em caso de dúvidas, a equipe responsável pela pesquisa prestará suporte em qualquer fase da pesquisa.

Os registros que serão realizados durante esta etapa da pesquisa serão acessados e guardados somente pela equipe de pesquisa por cinco anos e serão destruídos depois deste período. É garantido que os dados obtidos não serão usados para outros fins além dos previstos no TCLE, na elaboração de artigos e como resultado da pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada e em meios científicos.

Eventuais custos diretos ou indiretos relacionados a pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

Se surgirem dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Francyne S. L. Martins, por e-mail francyne.lopes@ufcspa.edu.br ou telefone (51)

984 271778, ou se preferir, com a investigadora principal Rita C. A. Caregnato, através dos contatos ritac@ufcspa.edu.br ou (51) 9942 1001.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Mãe de Deus. Os contatos dos respectivos comitês de ética são: Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA (51) 3303.8804. Rua Sarmento Leite, 245. Porto Alegre, CEP 90050-170 e Comitê de Ética e Pesquisa Hospital Mãe de Deus (51) 3230-2016. Rua José de Alencar, 286. Porto Alegre, CEP 90880-481.

Ao selecionar a opção abaixo você confirma que leu as informações contidas nesse termo de consentimento e que: foram explicados os procedimentos do estudo, teve oportunidade de fazer questionamentos, está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente do estudo. Caso você tenha interesse em ficar com uma via desse documento você poderá imprimir ou salvar em PDF. A responsável pelo estudo ficará com uma via registrada na plataforma e outra via ficará com você.

() Declaro que li esse termo e concordo com o que me foi exposto e aceito participar da pesquisa.

Nome completo do participante da pesquisa: _____

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – LIDERANÇAS

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **Cultura de segurança: aprendizagem experiencial através do desenvolvimento de cenários para simulação realística** sob responsabilidade da pesquisadora responsável Dra. Rita C. A. Caregnato e da pesquisadora Francyne Sequeira Lopes Martins.

O objetivo deste estudo é promover aprendizagem experiencial com lideranças sobre cultura de segurança por meio do desenvolvimento de cenários para simulação realística, portanto os dados deste projeto servirão como embasamento para validação dos cenários e avaliação da satisfação e confiança das lideranças participantes. Diante do exposto, você será uma das lideranças convidadas a participar dos cenários. Sua participação no processo de simulação será composta por três fases: na primeira fase você receberá um material didático sobre o tema, na segunda fase você será convidado a participar de um cenário de simulação realística voltada à cultura de segurança e na terceira fase você receberá o instrumento *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* para preenchimento.

A escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* é uma escala desenvolvida para mensurar satisfação e confiança do indivíduo adquirida através da simulação. A escala é composta duas dimensões: satisfação com a aprendizagem atual e autoconfiança na aprendizagem. Essas duas dimensões possuem no total 13 itens que são mensurados com respostas do tipo escala de Likert. Dessa forma, sua participação na pesquisa consistirá em avaliar a estrutura sua satisfação e confiança no método de ensino aprendizagem aplicado. A avaliação deverá ser feita única e exclusivamente com base na experiência vivenciada durante o processo de simulação.

Após o aceite deste termo, você deverá clicar no link que se encontra no corpo do e-mail que irá conduzir ao Google Forms para o preenchimento do questionário que, conforme seu desempenho, levará aproximadamente entre 15 a 30 minutos.

Sua participação será conforme dia e horário agendados previamente de acordo com a sua disponibilidade. A simulação ocorrerá na instituição onde você é alocado, sendo na Unidade Carlos Gomes ou Unidade José de Alencar.

O principal benefício desta pesquisa é a sua contribuição para a promoção da cultura de segurança através de metodologias ativas, proporcionando às lideranças uma aprendizagem experiencial. Sua participação tem finalidade exclusivamente de colaboração com a pesquisa, sem acarretar custos ou incentivos financeiros. Em caso de eventuais custos relacionados a pesquisa, o pesquisador se responsabilizará pelo ressarcimento e cobertura das despesas obtidas pelos participantes e de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Sua participação é voluntária. É assegurada a confidencialidade dos dados obtidos de acordo com as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, sem qualquer sanção ou constrangimento. Declaramos também ausência de conflitos de interesse. Sua participação ou recusa na pesquisa é livre, mesmo com a indicação de seu superior hierárquico, sua participação ou recusa não implicará em prejuízos pessoais ou profissionais. Da mesma forma, caso mude de ideia em qualquer momento, a decisão não causará qualquer constrangimento ou prejuízo a você ou ao seu trabalho ou cargo na instituição.

Os riscos em participar da pesquisa são relacionados ao tempo dispendido para participação na pesquisa (aproximadamente 15 a 30 minutos) e aqueles característicos de ambiente virtual, meios eletrônicos e atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. O acesso ao instrumento completo será concedido após o consentimento para participação da pesquisa. Em caso de dúvidas, a equipe responsável pela pesquisa prestará suporte em qualquer fase da pesquisa.

Os registros que serão realizados durante esta etapa da pesquisa serão acessados e guardados somente pela equipe de pesquisa por cinco anos e serão destruídos depois deste período. É garantido que os dados obtidos não serão usados para outros fins além dos previstos no TCLE, na elaboração de artigos e como resultado da pesquisa. Se surgirem dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA para solicitar este esclarecimento. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada e em meios científicos.

Eventuais custos diretos ou indiretos relacionados a pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores

Se surgirem dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Francyne S. L. Martins, por e-mail francyne.lopes@ufcspa.edu.br ou telefone (51) 984 271778, ou se preferir, com a investigadora principal Rita C. A. Caregnato, através dos contatos ritac@ufcspa.edu.br ou (51) 9942 1001.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Mãe de Deus. Os contatos dos respectivos comitês de ética são:

Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA (51) 3303.8804. Rua Sarmiento Leite, 245. Porto Alegre, CEP 90050-170 e Comitê de Ética e Pesquisa Hospital Mãe de Deus (51) 3230-2016. Rua José de Alencar, 286. Porto Alegre, CEP 90880-481.

Ao selecionar a opção abaixo você confirma que leu as informações contidas nesse termo de consentimento e que: foram explicados os procedimentos do estudo, teve oportunidade de fazer questionamentos, está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente do estudo. Caso você tenha interesse em ficar com uma via desse documento você poderá imprimir ou salvar em PDF. A responsável pelo estudo ficará com uma via registrada na plataforma e outra via ficará com você.

() Declaro que li esse termo e concordo com o que me foi exposto e aceito participar da pesquisa.

Nome completo do participante da pesquisa:

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO PARA DESENVOLVIMENTO DO CENÁRIO

Adaptado de KANEKO; LOPES (2019) e CARVALHO (2020)

INSTRUMENTO PARA DESENVOLVIMENTO DE CENÁRIO PARA EDUCAÇÃO BASEADA EM SIMULAÇÃO		
ETAPAS		RESPOSTAS
1 Contexto		
Instituição	Dimensões fragilizadas encontradas na HSOPSC (aplicadas à lideranças)	
	Há diretrizes e protocolos sobre o tema na instituição	() sim () não
	Se sim, quais	
Participantes	Qual o público alvo da simulação	Lideranças () assistenciais () administrativas
	Os participantes possuem conhecimento sobre o tema cultura de segurança	() conhece muito sobre o tema () já teve contato com o tema, mas não se aprofundou () desconhece o tema
	Os participantes conhecem as normas da Instituição sobre a temática	() sim () algumas, mas não todas () não
	Os participantes são líderes a quanto tempo	() menos de 3 anos () entre 4 e 8 anos () entre 8 e 12 anos () entre 12 e 16 anos () mais de 16 anos
Estrutura	Qual o local da simulação	() atores () simuladores de alta performance () recursos audio visuais
	Quais recursos estarão disponíveis para desenvolver a simulação	() estrutura clinica
Instrutores	Quem serão os instrutores da simulação	
	Os instrutores possuem experiência na temática?	() sim tempo de experiência: _____ () não
	Os instrutores possuem experiência em simulação?	() sim tempo de experiência: _____ () não
	Qual o grau de instrução dos instrutores, em qual área atuam?	
2 Objetivos		
Objetivos	Qual será a finalidade da simulação	
	Objetivos gerais (mensuráveis e voltados ao propósito organizacional)	
	Objetivos específicos (objetivos de aprendizagem - mensuráveis)	
	Referenciais pedagógicos a serem utilizados	
3 Estrutura e formato da simulação		
Cenário	Design	() simulação in situ () simulação com dramatização () simulação em centro de simulação () simulação móvel
	Recursos necessários para o design de simulação escolhido:	
	Número de participantes do cenário:	
	Categorias profissionais em que o cenário se aplica	Qualquercategoria que exerça cargo de liderança: supervisor, coordenador, gerente ou diretor

APÊNDICE 4 - CONTEÚDO DO E-MAIL ENVIADO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Prezado participante da Pesquisa,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **Cultura de segurança: aprendizagem experiencial através do desenvolvimento de cenários para simulação realística** que tem por objetivo principal promover aprendizagem experiencial com lideranças sobre cultura de segurança por meio do desenvolvimento de cenários para simulação realística.

Essa pesquisa está vinculada à dissertação de mestrado da pesquisadora Francyne Sequeira Lopes Martins, com orientação da Prof. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Como objetivos específicos da pesquisa apresentam-se:

- a) Analisar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente na instituição hospitalar
- b) Aplicar um plano educacional com ações estratégicas direcionadas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.
- c) Elaborar produto educativo por meio de roteiros para o desenvolvimento de simulação realística sobre segurança do paciente direcionados às lideranças de instituições hospitalares.
- d) Validar o produto educativo desenvolvido para aprendizagem experiencial com lideranças sobre cultura de segurança.

Diante disso, e em reconhecimento à sua experiência na temática, temos a honra que convidar o Sr (a) (nome do especialista), a participar como especialista para validar os cenários elaborados.

Em anexo, seguem o resumo da pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido e após a anuência enviaremos o link para acesso ao questionário.

A saber o questionário se concentra em um caso de simulação elaborado sobre a temática cultura de segurança, embasado nas etapas da tabela em anexo (enviar tabela 2).

Colocamo-nos à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Atenciosamente,

Francyne Sequeira Lopes Martins
Rita Catalina Aquino Caregnato

APÊNDICE 5 - PRODUTO TÉCNICO: CENÁRIO HABILIDADE DAS LIDERANÇAS PARA RESPOSTAS NÃO PUNITIVAS AOS ERROS

INSTRUMENTO PARA DESENVOLVIMENTO DE CENÁRIO PARA EDUCAÇÃO BASEADA EM SIMULAÇÃO CENÁRIO: HABILIDADES DAS LIDERANÇAS PARA RESPOSTAS NÃO PUNITIVAS AOS ERROS - CENTRO CIRÚRGICO		
ETAPAS		RESPOSTAS
1 Contexto		
Instituição	Dimensões fragilizadas encontradas na HSOPSC (aplicadas à lideranças)	Respostas não punitivas aos erros
	Há diretrizes e protocolos sobre o tema na instituição	(X) sim () não
Participantes <small>* campos serão preenchidos após a validação dos cenários (ao conhecer os participantes)</small>	Se sim, quais	Norma Institucional de Cultura de Segurança
	Qual o público alvo da simulação	Lideranças (X) assistenciais () administrativas
	Os participantes possuem conhecimento sobre o tema cultura de segurança	() conhece muito sobre o tema () já teve contato com o tema, mas não se aprofundou () desconhece o tema
	Os participantes conhecem as normas da Instituição sobre a temática	() sim () algumas, mas não todas () não
	Os participantes são líderes a quanto tempo	() menos de 3 anos () entre 4 e 8 anos () entre 8 e 12 anos () entre 12 e 16 anos () mais de 16 anos
	Qual o local da simulação	Cenário de sala do gestor do centro cirúrgico
Estrutura		(X) atores () simuladores de alta performance
	Quais recursos estarão disponíveis para desenvolver a simulação	() recursos audio visuais () estrutura clinica
Instrutores	Quem serão os instrutores da simulação	
	Os instrutores serão colaboradores da área de qualidade e segurança da Instituição onde o projeto está sendo elaborado	
		(X) sim tempo de experiência: Instrutor 1 - 9 anos de experiência em qualidade e segurança do paciente Instrutor 2 - 8 anos de experiência em segurança do paciente Instrutor 3 - 5 anos de experiência em segurança do paciente () não
	Os instrutores possuem experiência na temática?	(X) sim tempo de experiência: Instrutor 1 - 3 anos de experiência em simulação realística Instrutor 2 - 5 anos de experiência em simulação realística Instrutor 3 - 8 anos de experiência com simulação realística Instrutor () não
	Os instrutores possuem experiência em simulação?	() não
	Qual o grau de instrução dos instrutores?	Instrutor 1 - graduação, pós graduação e mestrado Instrutor 2 - Graduação e pós graduação Instrutor 3 - Graduação e pós graduação

2 Objetivos	
Objetivos	Qual será a finalidade da simulação?
	Promover aprendizagem experiencial com lideranças sobre resposta não punitiva aos erros, desenvolvendo habilidades e reflexões acerca de situações cotidianas nas Instituições de Saúde.
	Objetivos gerais (mensuráveis e voltados ao propósito organizacional)
	Desenvolver nas lideranças habilidades comportamentais mensuráveis para respostas não punitivas aos erros através da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning
	Objetivos específicos (objetivos de aprendizagem - mensuráveis)
	Melhorar a reação das lideranças quando a ocorrência de eventos adversos com a participação de seus liderados
	Modificar o pensamento e comportamento de julgamento frente a participação de seus liderados em eventos adversos
Referenciais pedagógicos a serem utilizados	
Norma Institucional Cultura de Segurança BOPSIN, Patrícia dos Santos; RIBAS, Elenara Oliveira; SILVA, Débora Monteiro da. Guia prático para segurança do paciente. Porto Alegre: Moriá, 2019. Capítulo 5, pág 83-93. SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. https://doi.org/10.7476/9788575416426 Capítulo 4, pág 77-109	
3 Estrutura e formato da simulação	
Cenário	Título do Cenário
	Habilidades das lideranças para respostas não punitivas aos erros - Cenário Cirúrgico () simulação in situ (X) simulação com dramatização () simulação em centro de simulação () simulação móvel
	Design
	Recursos necessários para o design de simulação escolhido:
	Sala do gestor do centro cirurgico: mesa e duas cadeiras.
	Tipo de simulador
Ator: Médico cirurgião que irá exigir a punição do técnico de enfermagem	
Número de participantes do cenário:	
2	
Categorias profissionais em que o cenário se aplica	
Qualquer categoria que exerça cargo de liderança: supervisor, coordenador, gerente ou diretor	
4 Caso	
	Tempos
	Briefing: 5 minutos Cenário: 15 a 20 minutos Debriefing: 30 minutos
	Descrição do caso
	Paciente internado em unidade de internação, aguardando procedimento cirúrgico de nefrectomia. No dia do procedimento paciente ingressa no centro cirúrgico, é feita a admissão e o paciente é submetido a anestesia. Na chegada do cirurgião em sala, o mesmo identifica que este não é o paciente correto. A cirurgia no paciente errado não é feita, entretanto, o mesmo foi submetido a uma anestesia desnecessária. Este caso, trata-se de um erro grave onde vários processos não foram seguidos. O colaborador do centro cirúrgico responsável pela admissão do paciente no centro cirúrgico está sendo condenado pelo cirurgião. O cirurgião é um dos médicos mais renomados da Instituição, com alta produção cirúrgica e procura a gerência de enfermagem da área exigindo a demissão do colaborador como fator condicionante para que o mesmo siga realizando cirurgias na Instituição.
	Definição das "pistas" para atingir o objetivo:
	Política de cultura de segurança Processo, política e metodologia de investigação de eventos adversos Lembranças de análises de eventos adversos anteriores, condutas e identificação de processos inseguros
	Pontos críticos a serem observados :
	Tensão e argumentação entre gerente do centro cirúrgico e médico Inclinação do gerente do centro cirúrgico a aceitar as condições devido à sua alta produção e renome do cirurgião Ausência de posicionamento e argumentação do gestor do centro cirúrgico

Briefing do ator	
<p>Você é um médico cirurgião renomado, muito conhecido nesta e em outras instituições da cidade, possui um altíssimo volume cirúrgico neste hospital. Você presenciou uma situação de evento grave de troca de pacientes e o paciente errado foi submetido a anestesia desnecessariamente. Graças a sua memória, quando entrou em sala você identificou que este não era o paciente que deveria ser operado e o procedimento não ocorreu. Você vai até a sala do gestor do centro cirúrgico para exigir que o técnico de enfermagem que realizou a admissão deste paciente e o colocou em sala seja demitido. Você acredita que toda a responsabilidade por este ato era dele somente e não admite que este colaborador siga dentro da instituição, essa é uma condição para que você siga atuando neste hospital. Você chega na sala do gestor do centro cirúrgico extremamente alterado, falando em alto tom e batendo na mesa, exigindo punição.</p> <p>No decorrer do cenário, caso o gestor tenha argumentos voltados à política institucional de cultura de segurança, investigação de eventos adversos e alta frequência de processos inseguros, bem como a responsabilidade de toda a equipe nos protocolos de segurança do paciente como a cirurgia segura, você compreende essas informações e combina que ambos voltam a conversar após a investigação do evento. Caso o gestor não consiga contra argumentar e não utilize os recursos descritos acima, você sai da sala ainda alterado com tom de voz alto e argumenta que vai levar sua condição de punição à diretoria do hospital.</p>	
Progressão das ações do ator	
Ação número (sequencia numérica)	
Ação 1 - Médico cirurgião entra na sala e cumprimenta a gestora do centro cirúrgico	
Ação 2 - Médico cirurgião inicia o relato sobre o caso e responsabiliza o técnico de enfermagem do centro cirúrgico pelo erro	
Ação 3 - Médico cirurgião se altera (gritando e batendo na mesa) exigindo a demissão do colaborador	
Ação 4 - Médico cirurgião contra argumenta o gestor e segue alterado	
Ação 5 - Médico cirurgião insiste e sai da sala buscando a diretoria do hospital para resolução do caso OU médico cirurgião sai da sala compreendendo a política de cultura de segurança e investigação de eventos adversos e acorda aguardar o retorno da investigação do evento. Estes dois desfechos dependerão da performance do participante.	
Participante	
Os participantes deverão apresentar uma escuta ativa e colocar em prática habilidades voltadas à cultura de segurança institucional.	
Pontos chave para avaliação conforme os objetivos propostos:	
O gestor do centro cirúrgico utilizou o discurso da política de cultura de segurança, trazendo a tona a cultura justa?	
O gestor do centro cirúrgico explicou ao cirurgião a metodologia de análise dos eventos adversos e argumentar com a alta frequência de processos inseguros?	
O gestor do centro cirúrgico argumentou e lembrou ao cirurgião sobre a responsabilidade e participação de toda a equipe nos protocolos de segurança do paciente cirúrgico como a cirurgia segura?	
Sequência esperada para o participante	
Ações esperadas	
Ação 1 - Gestor cumprimenta o médico cirurgião	
Ação 2 - Gestor escuta ativamente o que o cirurgião relata	
Ação 3 - Gestor contra argumenta utilizando a política de cultura de segurança institucional, citando as premissas de cultura justa	
Ação 4 - Gestor contra argumenta novamente explicando ao cirurgião a metodologia de análise dos eventos adversos e argumenta com a alta frequência de processos inseguros	
Ação 5 - Gestor segue argumentando e trazendo a tona a responsabilidade e participação de toda a equipe nos protocolos de segurança do paciente cirúrgico como a cirurgia segura	

	5 Pré Debriefing	
Orientações alunos	Orientações que devem ser realizadas aos alunos:	
	Descrever os objetivos da simulação	
	Descrever o caso da simulação	
	Descrever o tipo de simulador: médico cirurgião será um ator que exigirá punição do técnico de enfermagem	
	Alinhar as expectativas em relação ao uso das normas e políticas de cultura de segurança e investigação de eventos adversos	
	6 Debriefing	
Debriefing	Debater sobre os pontos críticos da simulação	
	Debater sobre o comportamento e argumentação do gestor	
	O que esperávamos que ocorresse de fato aconteceu (descrever reações e comportamentos esperados):	
	Argumentação baseada na política de cultura de segurança institucional, cultura justa, processos de investigação de eventos adversos e responsabilização mútua sobre os processos de segurança do paciente	
	Feedback ao ator ou atores participantes:	
	Dar feedback ao ator sobre sua performance, o que foi bem conduzido e encenado e o que poderia ter sido melhor ou não poderia ter ocorrido.	
	Dar feedback ao participante sobre sua performance, o que foi bem conduzido, como foi sua argumentação, o que era esperado e que poderia ter sido melhor ou não poderia ter ocorrido.	
	7 Avaliação	
Performance * campos serão preenchidos após a aplicação dos cenários	Os objetivos propostos foram atingidos	() sim () não se não porque _____
	Há pontos a serem melhorados para a próxima simulação (recursos, equipamentos, métodos, etc):	
	Aplicar a escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning nos participantes	
	8 Materiais e recursos	
Recursos * campos serão preenchidos após a aplicação dos cenários	Os materiais e recursos estavam adequados ao cenário e objetivos propostos	() sim () não se não porque _____

APÊNDICE 6 - PRODUTO TÉCNICO: CENÁRIO HABILIDADE DAS LIDERANÇAS SOBRE PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA

INSTRUMENTO PARA DESENVOLVIMENTO DE CENÁRIO PARA EDUCAÇÃO BASEADA EM SIMULAÇÃO
CENÁRIO: HABILIDADE DAS LIDERANÇAS SOBRE PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA - CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO

ETAPAS		RÉSPOSTAS
1 Contexto		
Instituição	Dimensões fragilizadas encontradas na HSOPSC (aplicadas à lideranças)	Percepção de Segurança
	Há diretrizes e protocolos sobre o tema na instituição	(X) sim () não
Participantes <small>* campos serão preenchidos após a validação dos cenários (ao conhecer os participantes)</small>	Se sim, quais	Norma Institucional de Cultura de Segurança
	Qual o público alvo da simulação	Lideranças (X) assistenciais () administrativas
	Os participantes possuem conhecimento sobre o tema cultura de segurança	() conhece muito sobre o tema () já teve contato com o tema, mas não se aprofundou () desconhece o tema
	Os participantes conhecem as normas da Instituição sobre a temática	() sim () algumas, mas não todas () não
	Os participantes são líderes a quanto tempo	() menos de 3 anos () entre 4 e 8 anos () entre 8 e 12 anos () entre 12 e 16 anos () mais de 16 anos
	Qual o local da simulação	Cenário de Sala do Gestor do Centro de Tratamento Intensivo (X) atores () simuladores de alta performance () recursos audio visuais
	Quais recursos estarão disponíveis para desenvolver a simulação	() estrutura clinica
Estrutura	Quem serão os instrutores da simulação	Os instrutores serão colaboradores da área de qualidade e segurança da Instituição onde o projeto está sendo elaborado
	Os instrutores possuem experiência na temática?	(X) sim tempo de experiência: Instrutor 1 - 9 anos de experiência em qualidade e segurança do paciente Instrutor 2 - 8 anos de experiência em segurança do paciente Instrutor 3 - 5 anos de experiência em segurança do paciente () não
	Os instrutores possuem experiência em simulação?	(X) sim tempo de experiência: Instrutor 1 - 3 anos de experiência em simulação realística Instrutor 2 - 5 anos de experiência em simulação realística Instrutor 3 - 8 anos de experiência com simulação realística Instrutor () não
Instrutores	Qual o grau de instrução dos instrutores, em qual área atuam?	Instrutor 1 - graduação, pós graduação e mestrado Instrutor 2 - Graduação e pós graduação Instrutor 3 - Graduação e pós graduação
	2 Objetivos	
Objetivos	Qual será a finalidade da simulação?	Promover aprendizagem experiencial com lideranças sobre percepção de segurança, desenvolvendo habilidades e reflexões acerca de situações cotidianas nas Instituições de Saúde.
	Objetivos gerais (mensuráveis e voltados ao propósito organizacional)	Desenvolver nas lideranças habilidades comportamentais mensuráveis sobre percepção de segurança através da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning
	Objetivos específicos (objetivos de aprendizagem - mensuráveis)	Melhorar a reação das lideranças quando a ocorrência de eventos adversos com a participação de seus liderados Modificar o pensamento e comportamento de julgamento frente a participação de seus liderados em eventos adversos
	Referenciais pedagógicos a serem utilizados	Norma Institucional Cultura de Segurança BOP SIN, Patrícia dos Santos; RIBAS, Elenara Oliveira; SILVA, Débora Monteiro da. Guia prático para segurança do paciente. Porto Alegre: Moriá, 2019. Capítulo 5, pág 83-93. SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. https://doi.org/10.7476/9788575416426 Capítulo 4, pág 77-109

3 Estrutura e formato da simulação		
Cenário	Título do Cenário	Habilidades das lideranças sobre percepção de segurança - Cenário Centro de Tratamento Intensivo
	Design	() simulação in situ (X) simulação com dramatização () simulação em centro de simulação () simulação móvel
	Recursos necessários para o design de simulação escolhido:	Sala do gestor da Terapia Intensiva: mesa e duas cadeiras.
	Tipo de simulador	Ator: Enfermeiro que abordará o gestor para contestar uma ordem de natureza insegura que recebeu de seu supervisor
	Número de participantes do cenário:	2
	Categorias profissionais em que o cenário se aplica	Qualquer categoria que exerça cargo de liderança: supervisor, coordenador, gerente ou diretor

4 Caso	
	<p>Tempos Briefing: 5 minutos Cenário: 15 a 20 minutos Debriefing: 30 minutos</p>
Descrição do caso	<p>Paciente M.C.B, 83 anos, sexo masculino, internado no centro de terapia intensiva em recuperação de um quadro de sepse pulmonar. Usou ventilação mecânica por 17 dias, vasopressor e hemodiálise durante o quadro séptico. No momento encontra-se extubado, a extubação ocorreu hoje pela manhã, paciente está recuperando função renal, mas ainda com necessidade de hemodiálise, sem necessidade de vasopressor há 24 horas.</p> <p>A unidade está com alta ocupação, neste dia há necessidade de liberação de 5 leitos de terapia intensiva para alocação de pacientes de cirurgias eletivas de grande porte.</p> <p>O médico da terapia intensiva, em conjunto com a supervisão de enfermagem tomam a decisão de enviar o paciente M.C.B para a unidade de internação mesmo tendo sido extubado no dia de hoje. O enfermeiro questiona a decisão tecnicamente mas não é ouvido. O processo segue com o pedido de alta do paciente da terapia intensiva e o paciente é alocado na unidade de internação mesmo antes da chegada do familiar para agilizar a liberação do leito da terapia intensiva. O processo institucional de alocar pacientes idosos em unidade de internação apenas na presença de um acompanhante também não é seguido.</p> <p>O enfermeiro solicita um horário com a gerência da unidade de terapia intensiva para questionar a conduta dos superiores e relatar que sentiu-se intimidado.</p>
Definição das "pistas" para atingir o objetivo:	<p>Política de cultura de segurança Processos assistenciais de critérios de alta da terapia intensiva</p>
Pontos críticos a serem observados :	<p>Argumentação do enfermeiro sobre a conduta insegura a qual foi intimidado a realizar Argumentação do gestor da terapia intensiva sobre a situação e sobre como ela poderia ter sido conduzida Ausência de posicionamento e argumentação do gestor da terapia intensiva</p>
Briefing do ator	<p>Você é um enfermeiro experiente, atua há 15 anos em terapia intensiva e está atuando nessa instituição há apenas dois anos. Você presenciou uma situação onde houve discordância da sua avaliação técnica com a ordem do médico e do supervisor da sua área. Essa situação gerou insegurança para o paciente, uma possível alta precoce, sem seguir os protocolos institucionais que garantem a segurança do paciente. Você se sentiu pressionado e intimidado pelos seus colegas superiores, mas seguiu em discordância com esta ordem. Você agenda um horário com a gerência da unidade de tratamento intensivo para relatar a situação, pois entende o risco que os pacientes estão correndo nessas situações. Você chega no dia e horário agendado para uma conversa com o gestor e expõe tecnicamente a alta precoce e os protocolos institucionais. Além disso, você relata o quanto se sentiu pressionado e intimidado pelos colegas superiores que tomaram a decisão. Você se mantém firme contestando o gerente sobre a sua percepção e concordância com esta situação. Você acredita que todas as decisões precisam ter a segurança do paciente em primeiro lugar e questiona como a gestão enxerga essa conduta. Você relata que sua expectativa era diferente em relação a Instituição e aos processos, questionando quais seriam as alternativas para que o paciente ficasse em segurança.</p>
	<p>No decorrer do cenário, caso o gestor tenha argumentos voltados à política institucional de cultura de segurança, processos dos critérios de alta da terapia intensiva e proposição de alternativas as situações semelhantes, você compreende a situação e combina que espera as providências para melhoria da segurança do paciente. Caso o gestor não consiga argumentar sobre a situação de segurança e não utilize os recursos descritos acima, você sai da sala argumentando que irá buscar superiores para relatar o ocorrido pois trata-se de situação iminente de risco ao paciente.</p>

	<p>Progressão das ações do ator</p> <p>Ação número (sequencia numérica)</p> <p>Ação 1 - Enfermeiro entra na sala e cumprimenta gestor do centro de tratamento intensivo</p> <p>Ação 2 - Enfermeiro inicia o relato sobre o caso e expõe que sentiu-se pressionado e intimidado</p> <p>Ação 3 - Enfermeiro relata sua decepção com as condutas tomadas e expectativas sobre a melhoria na segurança do paciente</p> <p>Ação 4 - Enfermeiro escuta as argumentações do gestor</p> <p>Ação 5 - Enfermeiro questiona sobre quais seriam as alternativas para que os processos de segurança fossem cumpridos</p> <p>Ação 6 - Enfermeiro compreende a situação caso a argumentação do gestor tenha sido satisfatória e em prol da segurança do paciente OU sai da sala argumentando que irá buscar superiores para relatar o ocorrido pois trata-se de situação iminente de risco ao paciente</p> <p>Participante</p> <p>Os participantes deverão apresentar uma escuta ativa e colocar em prática habilidades voltadas à cultura de segurança institucional.</p> <p>Pontos chave para avaliação conforme os objetivos propostos:</p> <p>O gestor do centro de tratamento intensivo utilizou o discurso da política de cultura de segurança colocando a segurança do paciente em primeiro lugar?</p> <p>O gestor do centro de tratamento intensivo elaborou alternativas para que isso não ocorresse novamente?</p> <p>O gestor do centro de terapia intensiva pediu desculpas ao colaborador e mencionou conversar com os envolvidos sobre segurança do paciente e/ou cultura de segurança?</p> <p>Sequência esperada para o participante</p> <p>Ações esperadas</p> <p>Ação 1 - Gestor cumprimenta o enfermeiro</p> <p>Ação 2 - Gestor escuta ativamente o que o enfermeiro relata</p> <p>Ação 3 - Gestor contra argumenta utilizando a política de cultura de segurança institucional, citando a segurança do paciente como primordial</p> <p>Ação 4 - Gestor argumenta sobre como o processo pode ser feito de outra forma sem gerar atitudes inseguras</p> <p>Ação 5 - Gestor argumenta sobre abordagem sobre segurança do paciente e/ou cultura de segurança com os envolvidos e pede desculpas para o enfermeiro pelo ocorrido reconhecendo-o pela sua atitude em prol da segurança do paciente</p>
	<p>5 Pré Debriefing</p>
Orientações alunos	<p>Orientações que devem ser realizadas aos alunos:</p> <p>Descrever os objetivos da simulação</p> <p>Descrever o caso da simulação</p> <p>Descrever o tipo de simulador: Enfermeiro que abordará o gestor para contestar uma ordem de natureza insegura que recebeu de seu supervisor</p> <p>Alinhar as expectativas em relação ao uso das normas e políticas de cultura de segurança e processos de segurança do paciente</p>
	<p>6 Debriefing</p>
Debriefing	<p>Debater sobre os pontos críticos da simulação</p> <p>Debater sobre o comportamento e argumentação do gestor</p> <p>O que esperávamos que ocorresse de fato aconteceu (descrever reações e comportamentos esperados):</p> <p>Argumentação baseada na política de cultura de segurança institucional, reconhecimento de atitudes seguras, processos de segurança do paciente</p>
Debriefing	<p>Feedback ao ator ou atores participantes:</p> <p>Dar feedback ao ator sobre sua performance, o que foi bem conduzido e encenado e o que poderia ter sido melhor ou não poderia ter ocorrido.</p> <p>Dar feedback ao participante sobre sua performance, o que foi bem conduzido, como foi sua argumentação, o que era esperado e que poderia ter sido melhor ou não poderia ter ocorrido.</p>
	<p>7 Avaliação</p>
Performance	<p>Os objetivos propostos foram atingidos () sim () não se não porque_____</p> <p>Há pontos a serem melhorados para a próxima simulação (recursos, equipamentos, métodos, etc):</p> <p>Aplicar a escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning nos participantes</p>
	<p>8 Materiais e recursos</p>
Recursos	<p>Os materiais e recursos estavam adequados ao cenário e objetivos propostos () sim () não se não porque_____</p>

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO HSOPSC

1) Por favor, indique sua concordância ou não com as seguintes afirmativas sobre a sua área / unidade de trabalho.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Os profissionais consideram que seus erros possam ser utilizados contra eles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Erros têm levado a mudanças positivas aqui.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEGUINTE

- Unidade de Internação clínico-cirúrgica
 Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)
 Muitas unidades hospitalares diferentes / Nenhuma unidade específica
 Outra

SEGUINTE

1) Por favor, indique sua concordância ou não com as seguintes afirmativas sobre a sua área / unidade de trabalho.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo não parece estar certo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. A direção provê clima de trabalho de segurança ao paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEGUINTE

4/6

1) Por favor, indique sua concordância ou não com as seguintes afirmativas sobre a sua área / unidade de trabalho.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
31. O Processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as Unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEGUINTE

56

2) Em sua Unidade / Serviço, quando os seguintes erros acontecem, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEGUINTE

3) Grau de Segurança do Paciente: por favor, dê uma nota global para Segurança do Paciente à sua Unidade / serviço neste hospital

- Excelente
- Muito Boa
- Aceitável
- Ruim
- Muito Ruim

4) Número de Eventos Notificados nos últimos 12 meses: com que frequência você preencheu e encaminhou uma notificação de evento adverso?

- Não reportei eventos
- 1 a 2 Eventos
- 3 a 5 Eventos
- 6 a 10 Eventos
- 11 a 20 Eventos
- 21 eventos ou mais

5) Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

6) Há quanto tempo você trabalha na atual Unidade / setor?

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

7) Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Menos de 20h por semana | <input type="radio"/> 60 a 79h por semana |
| <input type="radio"/> 20 a 39h por semana | <input type="radio"/> 80 a 99h por semana |
| <input type="radio"/> 40 a 59h por semana | <input type="radio"/> 100h ou mais |

8) Qual é o seu cargo / função no hospital? (Marque a opção que melhor descreve a sua função)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Enfermeiro | <input type="radio"/> Auxiliar de Enfermagem |
| <input type="radio"/> Técnico de Enfermagem | <input type="radio"/> Médico |
| <input type="radio"/> Farmacêutico | <input type="radio"/> Nutricionista |
| <input type="radio"/> Supervisão/Gestão | <input type="radio"/> Fisioterapeuta |
| <input type="radio"/> Psicólogo | <input type="radio"/> Fonoaudiólogo |
| <input type="radio"/> Administrativo | <input type="radio"/> Outro |

9) Na sua função, você normalmente tem contato direto ou interação com pacientes?

- Sim, normalmente eu tenho contato com pacientes
- Não, eu normalmente não tenho contato direto com pacientes

10) Há quanto tempo você trabalha na sua atual função?

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Menos de 1 ano | <input type="radio"/> 11 a 15 anos |
| <input type="radio"/> 1 a 5 anos | <input type="radio"/> 16 a 20 anos |
| <input type="radio"/> 6 a 10 anos | <input type="radio"/> 21 anos ou mais |

CONCLUIR

Obrigado por ter participado da pesquisa sobre cultura de segurança!
Sua opinião é muito importante para nós!

ANEXO 2 - ADAPTAÇÃO DA ESCALA STUDENT SATISFACTION AND SELF-CONFIDENCE IN LEARNING

Escala para mensurar a satisfação e autoconfiança do aluno participante de simulações

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
Satisfação com a aprendizagem atual						
1. Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu gostei do modo como o instrutor me ensinou através da simulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A forma como o meu instrutor ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A autoconfiança na aprendizagem						
6. Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que meu instrutor me apresentou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio das atividades propostas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar as atividades propostas como liderança voltada a cultura de segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O meu instrutor utilizou recursos úteis para ensinar a simulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. É minha responsabilidade como o aluno aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. É responsabilidade do instrutor dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Adaptado de Almeida (2015)