

Avaliação da percepção das equipes do Hospital Universitário Sagrada Família quanto à aplicação do Método "Circle Up"

Assessment of the perception of the teams at Sagrada Família University Hospital regarding the implementation of the 'Circle Up' method

Christopher Jay Roussin.

Henrique Pierotti Arantes.

Mariana Salomão Daud Arantes.

Andressa Martins Carneiro.

Marcelle Luiza Borges Barbosa.

Nilson Santos dos Reis.

Victor Pereira Resende.

Yuri Coelho Slywitch.

e-mail: henrique.arantes@imepac.edu.br

DOI: <https://doi.org/10.47224/revistamaster.v10i20.677>

Resumo

Introdução: O ambiente hospitalar requer colaboração entre profissionais para assegurar a qualidade e a segurança no atendimento. A sinergia entre equipes multidisciplinares e a inteligência coletiva aprimoram a eficácia e reduzem erros médicos, sendo fundamentais a gestão do conhecimento e a segurança psicológica, que encorajam a troca de informações sem receio de represálias. Nesse contexto, o método "Circle Up" promove a comunicação eficaz e contribui para a redução de erros, tornando o trabalho colaborativo eficaz e seguro. **Objetivo:** Este estudo avaliou a percepção de profissionais de saúde do Hospital Universitário Sagrada Família (HUSF) sobre o "Circle Up". **Metodologia:** Utilizou-se um estudo observacional, transversal e exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa, por meio de um questionário, elaborado pelos autores, aplicados a 67 profissionais, predominantemente mulheres (86,57%) e técnicos em enfermagem (73,13%), com maioria na faixa etária de 18 a 29 anos (52,24%). **Resultados e discussão:** Os resultados indicaram que 32,79% dos participantes consideraram o "Circle Up" relevante para o trabalho em equipe, embora apenas 26,32% tenham percebido impactos positivos na vida pessoal. Esses dados reforçam o potencial do método em melhorar a comunicação, o planejamento e a colaboração no ambiente hospitalar, mesmo que seus efeitos além do contexto profissional sejam limitados. **Conclusão:** Conclui-se que o "Circle Up" possui potencial significativo para melhorar a comunicação, o planejamento e o trabalho em equipe no ambiente hospitalar. Sua implementação favorece a troca de informações e promove um ambiente colaborativo e seguro, essencial para a qualidade do atendimento ao paciente.

Palavras-chave: Ambiente de Trabalho Colaborativo, Circle Up; Gestão do Conhecimento; Segurança Psicológica.

Abstract

Introduction: The hospital environment requires collaboration among professionals to ensure quality and safety in care delivery. Synergy between multidisciplinary teams and collective intelligence enhances effectiveness and reduces medical errors, making knowledge management and psychological safety essential. These factors encourage the exchange of information without fear of retaliation. In this context, the "Circle Up" method promotes effective communication and contributes to error reduction, making collaborative work safer and more efficient. **Objective:** This study evaluated the perception of healthcare professionals at the Sagrada Família University Hospital (HUSF) regarding the "Circle Up" method. **Methodology:** An observational, cross-sectional, and exploratory study was conducted using both qualitative and quantitative approaches through a questionnaire developed by the authors. The questionnaire was applied to 67 professionals, predominantly women (86.57%) and nursing technicians (73.13%), with the majority aged between 18 and 29 years (52.24%). **Results and Discussion:** The results showed that 32.79% of participants considered "Circle Up" relevant for teamwork, although only 26.32% reported positive impacts on their personal lives. These findings reinforce the method's potential to improve communication, planning, and collaboration in the hospital setting, even if its effects beyond the professional context are limited. **Conclusion:** It is concluded that the "Circle Up" method has significant potential to improve communication, planning, and teamwork

in the hospital environment. Its implementation supports the exchange of information and fosters a collaborative and safe environment, which is essential for high-quality patient care.

Keywords: Circle Up; Collaborative Work Environment; Knowledge Management; Psychological Safety.

1 INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar moderno é caracterizado por alta complexidade e demanda operacional, exigindo dos profissionais de saúde competências para lidar com um contexto dinâmico e frequentemente estressante. Em tal cenário, o trabalho colaborativo destaca-se como uma prática essencial para garantir a qualidade dos cuidados de saúde. Estudos recentes indicam que a colaboração entre equipes multidisciplinares não apenas melhora a eficiência no atendimento, mas também contribui para a segurança do paciente, reduzindo a incidência de erros e promovendo um ambiente seguro para a tomada de decisões (World Health Organization, 2019; Weaver *et al.*, 2018).

A comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde é um dos principais fatores que promovem um ambiente colaborativo e seguro. A troca de informações entre os profissionais é essencial para a construção de uma prática de trabalho que prioriza a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, criando um alinhamento nas ações e uma melhor resposta às demandas do paciente (Marschall *et al.*, 2020; Sharma *et al.*, 2021). O desenvolvimento de habilidades comunicativas no ambiente hospitalar, conforme aponta a literatura, é fundamental para minimizar a ocorrência de falhas, como erros de medicação e diagnósticos equivocados (Salas *et al.*, 2020).

No contexto da saúde, a inteligência coletiva — entendida como a capacidade de um grupo de tomar decisões e resolver problemas de forma mais eficaz do que indivíduos isolados — constitui um pilar importante do trabalho colaborativo. Esse conceito é intensificado pela gestão do conhecimento, processo que envolve a criação, o compartilhamento e a aplicação dos saberes entre os profissionais. A gestão eficaz do conhecimento é associada à inovação e à melhoria contínua dos processos de cuidado, além de estar vinculada a menores taxas de erros médicos e a um ambiente mais seguro para o paciente (Goh *et al.*, 2019; Jerez-Gómez *et al.*, 2020).

Outro aspecto crucial no ambiente hospitalar é a segurança psicológica, que se refere à percepção dos profissionais de que podem expressar opiniões, preocupações e ideias sem medo de represálias. Esse fator é essencial para que os profissionais se sintam à vontade para reportar erros e contribuir com melhorias, impactando positivamente na qualidade do atendimento e na segurança dos pacientes (Edmondson, 2018; Newman *et al.*, 2017). A falta de segurança psicológica está associada a altos níveis de burnout, uma síndrome de exaustão emocional e física que afeta diretamente a qualidade dos cuidados de saúde, comprometendo a atuação dos profissionais (West *et al.*, 2020; Maslach & Leiter, 2016).

O planejamento de cuidados também se beneficia enormemente do trabalho colaborativo, pois requer uma abordagem que considere as diversas necessidades e preferências dos pacientes, promovendo uma visão integrada entre diferentes saberes e especialidades. Estudos indicam que a participação ativa dos profissionais na elaboração de planos de cuidado facilita a adesão dos pacientes ao tratamento e resulta em desfechos clínicos superiores (Moran *et al.*, 2019; Kane *et al.*, 2021). Esse modelo de cuidado integral proporciona uma abordagem personalizada que leva em conta o contexto do paciente e assegura uma prática assistencial mais eficaz.

No âmbito do trabalho colaborativo e da promoção da segurança psicológica, a metodologia “Circle Up” tem sido estudada sendo considerada como uma abordagem eficaz. Na metodologia “Circle Up”, é necessário que haja um líder em cada equipe, que pode ser qualquer membro que se sinta confortável e tenha habilidades de facilitação, após passar por um treinamento prévio, este que é chamado de “facilitador”. Essa metodologia envolve basicamente três atividades diárias em cada turno: o briefing, o apoio entre pares e o

debriefing. Cada uma dessas etapas é breve, durando menos de 15 minutos, e não inclui discussões sobre pacientes individuais, mas foca no plano de funcionamento do turno e nas condições operacionais (Rock *et al.*, 2020).

O briefing, realizado no início do turno, promove comunicação e colaboração ao alinhar papéis e expectativas da equipe, envolve a apresentação dos membros, revisão de protocolos e análise de desafios e procedimentos planejados. O apoio entre pares é uma atividade informal, voltada a promover empatia e escuta, com o intuito de reduzir o estresse e fortalecer a resiliência da equipe. Por último, o debriefing, realizado ao final do turno, permite que a equipe reflita sobre os processos e o impacto emocional do trabalho, discutindo sucessos, dificuldades e melhorias, além de oferecer reconhecimento mútuo (Rock *et al.*, 2020).

A aplicação recorrente do “Circle Up” é considerada um processo acessível e eficaz que promove um espaço seguro para o compartilhamento de experiências e a reflexão sobre as práticas diárias, sendo considerada uma estratégia eficaz para o fortalecimento do trabalho colaborativo, inteligência coletiva, segurança psicológica e a prevenção do burnout entre os profissionais a fim de aprimorar o cuidado e promover a saúde mental entre os profissionais de saúde, aspectos fundamentais para a construção de um ambiente hospitalar mais resiliente e centrado no paciente (Rock *et al.*, 2020).

Diante do exposto, este trabalho objetiva avaliar a percepção das equipes de saúde efetivas no Hospital Universitário Sagrada Família sobre a metodologia “Circle Up”, como forma de explorar a inter-relação entre o ambiente hospitalar, o trabalho colaborativo, a inteligência coletiva, a gestão do conhecimento, a segurança psicológica, o planejamento de cuidados, o burnout em profissionais de saúde. Por meio de uma revisão da literatura e análise de dados coletados, pretende-se compreender como esses elementos se entrelaçam e de que forma a implementação de práticas colaborativas pode melhorar a qualidade do atendimento em saúde.

2 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como um estudo observacional analítico, de pesquisa aplicada, de corte transversal, com uma abordagem exploratória que integra métodos quantitativos e qualitativos. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário elaborado pelos autores, destinado a profissionais efetivos da área da saúde do Hospital Universitário Sagrada Família (HUSF).

Foram incluídos neste estudo os profissionais da saúde com vínculo empregatício no HUSF que já tinham participado da aplicação da metodologia “Circle Up” (tendo vivenciado as suas três etapas que são briefing, apoio entre os pares e debriefing) e que se disponibilizaram voluntariamente a responder ao questionário, de forma a terem preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos deste estudo os profissionais com vínculo empregatício no HUSF que não ocupavam cargo na área da saúde, bem como psicólogos, farmacêuticos, dentistas e fonoaudiólogos, os trabalhadores que não se disponibilizaram a responder ao questionário, também os discentes que compõem a equipe de trabalho.

O instrumento de avaliação da metodologia Circle Up foi desenvolvido pelos pesquisadores com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais de saúde do HUSF em relação à metodologia. Ele é composto de 55 itens, sendo os itens de 1 à 9 uma caracterização dos indivíduos, com itens referentes à idade, gênero, anos de experiência, formação técnica e nível de escolaridade, respondidos em questões fechadas de resposta única. A avaliação quantitativa do método é composta de 36 itens sob forma de escala de 1 a 10 pontos, onde 1 é a pior percepção sobre o item e 10 a melhor. Esses itens foram distribuídos em 5 dimensões, sendo elas Relevância e Engajamento (4 itens), que versam sobre a conduta do profissional frente a prática da metodologia e sua relevância para sua vida; Conteúdo da Proposta do Círculo em Equipe (7 itens), que investiga a percepção dos profissionais de como o método foi apresentado; Desenvolvimento Pessoal (8 itens), que prestou-se a avaliar como o profissional realiza uma autocrítica sobre a sua participação,

fragilidades e segurança psicológica na implantação da metodologia; Facilitador da Equipe (5 itens), que avaliou a performance e proatividade e capacidade do facilitador da metodologia em fornecer apoio aos profissionais para a implantação do método; Circle Up Autoavaliação (11 itens), que avaliam de forma geral como a metodologia pode impactar na atuação profissional e contribuir com a melhoria da organização e prestação do atendimento. O último item “Você recomendaria as práticas do Circle Up em outras instituições de saúde?” foi utilizado para verificar se os colaboradores estão dispostos a indicar a metodologia para outros serviços de saúde.

Além dos itens quantitativos, têm 6 itens com respostas livres que buscam uma percepção de viés mais pessoal ao método sendo eles as justificativas das respostas aos itens “Qual o nível de relevância do Círculo em equipe para sua atuação profissional?”, “Qual o nível da relevância da prática do Círculo em Equipe para sua vida pessoal?”, os comentários dos itens “A periodicidade das práticas foi apropriada”, “O facilitador da equipe construiu uma relação de apoio e estímulo entre nós.” e as questões “Quais aspectos do Circle Up programa foram mais úteis ou valiosos?” “Qual(is) sua(s) sugestões para a melhoria das práticas do Circle Up?”.

A coleta de dados foi realizada com profissionais efetivos do HUSF, durante o período de agosto a outubro do ano de 2024, sendo selecionados no mínimo quatro representantes de cada ala do hospital (Ala 1- particular e convênio; Ala 2- cirurgia; Ala 3- clínica médica; Ala 4- cirurgia; Ala 5- pediatria), abrangendo as categorias mencionadas. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta ocorreu em uma sala privada do HUSF, previamente reservada, para garantir a confidencialidade e o conforto dos participantes. Os participantes foram informados sobre seu direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, caso não se sentissem à vontade.

Os dados foram exportados da plataforma GoogleForms® para o programa de análises estatísticas JASP versão 0.17.2.1 (JASP Team, 2024) de livre distribuição. As respostas dos itens de cada dimensão foram codificadas em números e depois transformadas em escalas de 0 a 100, onde 0,00 é o cenário de pior percepção a respeito do método e 100,00 a melhor percepção (Damásio e Borsa, 2018). Após esse procedimento, foi verificada a qualidade dos dados por meio da avaliação de efeito piso e teto, que são respectivamente a proporção de dimensões que tiveram a menor pontuação possível e a maior pontuação possível. Eles são considerados presentes quando mais de 20,00% dos respondentes obtiverem as pontuações nesses extremos e podem indicar que o instrumento não tem uma boa sensibilidade para captar as diferenças entre os estados auto percebidos dos indivíduos (Nunnally e Bernstein, 1994). O procedimento seguinte foi a verificação da confiabilidade da consistência interna para verificar a homogeneidade das respostas, indício que essas respostas podem ser consideradas confiáveis e, ela foi medida pelo coeficiente Ω (ômega) de McDonald que varia de 0,01 a 1,00 e, valores a partir de 0,40 são minimamente aceitáveis e acima de 0,70 são desejáveis (Dunn, Baguley e Brunsden, 2014; Kalkbrenner, 2021). Após esse processo foi executada a estatística descritiva que apresentou os dados por meio de média, desvio padrão e os intervalos de confiança de 95% para a média, sob forma de tabela (Vieira, 2018).

Antes de realizar as análises de comparação os dados foram testados quanto a sua normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk, que indicou que todas as pontuações das dimensões do instrumento não apresentavam esse pressuposto (Delacre, Lakens e Leys, 2017; Vieira, 2018). Devido a essa distribuição os testes para realizar a comparação entre as médias das pontuações das dimensões do instrumento pelas variáveis sociodemográficas gênero, e se exerce atividade docente ou não foi utilizado o teste t de Welch (pois as pontuações também apresentavam variâncias desiguais de acordo com o teste de Levene, feito concomitantemente ao teste) com 1000 reamostragens (bootstrap) para manter a métrica original e mitigar a ausência de normalidade dos dados (Lin, Chang e Pal, 2015). Além da comparação foi calculado a magnitude do efeito da diferença e para esse fim foi utilizado o Δ (delta) de Glass e, ele segue a seguinte métrica: tamanhos de efeito <0,20 são considerados irrisórios; entre 0,21 e 0,39 pequenos; entre 0,40 e 0,79 moderados e >0,80 grandes (Cohen, 1977; Lenhard e Lenhard, 2017; Serdar *et al.*, 2021).

Para a comparação das médias das pontuações das variáveis sociodemográficas “Qual sua formação?” e “Quanto à formação acadêmica, marque o nível mais alto que você já concluiu.”, “Em qual setor do HUSF

você trabalha?” “Quando você conheceu o Círculo em Equipe...” foi utilizada a análise de variância (ANOVA) com uma variável independente para determinar se existem diferenças significativa e o teste post hoc de Games-Howell para localizar as diferenças nas comparações entre grupos (Hair Jr *et al.*, 2009; Vieira, 2018). Contudo informar se existe uma diferença significativa e localizá-la não é suficiente para dizer qual o seu efeito sobre uma variável dependente, assim, para medir o tamanho desse efeito foi calculado o coeficiente eta ajustado (η^2). O referido coeficiente varia de 0 a 1, sendo que valores de 0,00 a 0,01 são considerados pequenos; 0,02 a 0,06 médios e, acima de 0,14 grandes (Serdar *et al.*, 2021).

Para verificar se existe associação significativa entre as variáveis idade, anos de experiência profissional e experiência na metodologia Circle Up, primeiro elas foram organizadas de forma ordinal e depois foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman, uma medida de associação para dados não paramétricos e/ou ordinais que varia de 0,00 (sem associação) a 1,00 (associação perfeita) e valores entre 0,40 e 0,50 são consideradas associações moderadas (Hair Jr *et al.*, 2009; Vieira, 2018).

O nível de significância do presente estudo foi de $p < 0,05$.

De acordo com o cálculo de poder dos testes inferenciais estudo (testes t e ANOVA), a amostra do presente estudo ($n=67$) tem poder de 0,80, tamanho de efeito mínimo a ser detectado de 0,70, graus de liberdade da análise (3,00) e o nível de significância do estudo ($\alpha = 0,05$). O presente cálculo foi realizado no programa estatístico GPower versão 3.1.9.7, de livre distribuição (Erdfelder, Faul e Buchner, 1996; Cunningham e McCrum-Gardner, 2007).

Para avaliar os itens qualitativos foi utilizada a abordagem da análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2010). A referida abordagem é um método de investigação qualitativa frequentemente usados para analisar textos e falas, mas com abordagens diferentes sendo utilizada para examinar a frequência de temas, palavras ou categorias em um conjunto de dados (Carlomagno e Rocha, 2016).

Para essa análise, o primeiro procedimento é a pré-análise que foi realizada por meio de uma leitura superficial para captar as ideias gerais presentes nas respostas, entender de forma ampla o conteúdo e identificar possíveis temas que podem surgir nas mesmas. Em seguida, foram definidas categorias de análise com o objetivo de organizar os dados em temas ou categorias que representassem padrões recorrentes. Posteriormente, foi realizada a exploração do material por meio da codificação, que consiste em dividir o conteúdo em unidades menores, como palavras, frases ou expressões, e atribuí-las às categorias identificadas similares a palavras-chaves. Após o processo de codificação, o tratamento dos resultados e sua interpretação foram realizados com a finalidade de contabilizar e interpretar a distribuição das categorias e relacioná-las com os objetivos da análise. O último procedimento foi a contagem e a apresentação dos dados de forma quantitativa por meio de uma tabela com frequências absolutas e relativas.

Conforme Resolução CNS 466/12, o Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário IMEPAC para realização de coleta de dados de pesquisa científica sob parecer 6.888.863.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Responderam à pesquisa 67 profissionais, em sua maioria mulheres (86,57%), com idade entre 18 e 29 anos (52,24%). Em relação à área de formação, a maioria são técnicos em enfermagem (73,13%) com curso técnico (68,66%) e não exercem a atividade docente (88,06%). Nos aspectos profissionais a experiência profissional mais frequente como profissional de saúde foi a de 4 a 5 anos, e o período de experiência com o Circle Up de maior prevalência foram 2 a 3 meses (28,36%). O setor que teve mais respondentes foi a clínica médica (40,30%) e a maior parte dos profissionais só obtiveram conhecimento do método apenas ao ingressar no HUSF (82,09%). Os resultados supracitados estão na tabela 1.

A respeito do instrumento de avaliação da metodologia Circle Up, todas as suas dimensões apresentaram evidência de possuírem confiabilidade e consistência interna, pois apresentaram valores do coeficiente Ω de McDonald acima de 0,60 (tabela 2). Não foi detectado efeito piso em nenhuma dimensão e o efeito teto foi considerado presente nas dimensões Conteúdo da proposta do Círculo em equipe (35,82%), Facilitador da

Equipe (41,79%) e na autoavaliação (71,64%) e, as médias das pontuações das dimensões e do item de autoavaliação total variaram entre 80,67 (desenvolvimento pessoal) e 88,51 (item sobre recomendação da metodologia) conforme expressos na tabela 3.

Tabela 1 - Características pessoais e profissionais dos 67 participantes do estudo.

Característica profissional	n	%
Qual seu gênero?		
Feminino	58	86,57
Masculino	9	13,43
Qual sua idade?		
18 a 29	35	52,24
30 a 39	21	31,34
40 a 49	8	11,94
50 a 59	3	4,48
Qual sua formação?		
Auxiliar administrativo	1	1,49
Enfermagem	16	23,88
Fisioterapia	1	1,49
Técnico em enfermagem	49	73,13
Quanto à formação acadêmica mais alta que você já completou?		
Curso técnico	46	68,66
Especialização	6	8,96
Graduação	15	22,39
Você é docente?		
Não	59	88,06
Sim	8	11,94
Quantos anos de experiência profissional você tem na área de saúde?		
0 a 1 ano	15	22,39
2 a 3 anos	16	23,88
4 a 5 anos	17	25,37
6 a 10 anos	10	14,93
11 a 15 anos	6	8,96
16 a 20 anos	1	1,49
21 a 25 anos	2	2,99
Qual o seu período de experiência como Circle Up?		
Até 1 mês	8	11,94
2 a 3 meses	19	28,36
4 a 5 meses	10	14,93
6 a 11 meses	18	26,87
> 12 meses	12	17,91
Em qual setor do HUSF você trabalha?		
Ala 1	4	5,97
Ala 2	11	16,42
Ala 3	27	40,30
Ala 4	11	16,42
Ala 5	7	10,45
Alojamento conjunto	3	4,48
Maternidade	1	1,49
Setor da internação	1	1,49
Ausentes	2	2,99
Quando você conheceu o Círculo Up?		
Já tinha conhecimento do método antes de ingressar no HUSF, porém nunca tinha participado	4	5,97
Já tinha conhecimento e participação do método antes de ingressar no HUSF	8	11,94
Obtive conhecimento do método apenas ao ingressar no HUSF	55	82,09

Elaboração: Os autores.

Tabela 2 - Valores da confiabilidade da consistência interna das escalas do instrumento.

Dimensão	nº de itens	Ω de McDonald
Relevância e engajamento	4	0,64
Conteúdo da proposta do círculo em equipe	7	0,92
Desenvolvimento pessoal	8	0,94
Facilitador da equipe	5	0,96
Circle Up autoavaliação	11	0,97

Elaboração: Os autores.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas das pontuações das dimensões do instrumento de avaliação do Circle Up.

Dimensão	Média	Desvio Padrão	95% Intervalo de confiança		Valor Mínimo	Valor Máximo	% Efeito piso	% Efeito teto
			Limite inferior	Limite superior				
Relevância e engajamento	83,09	16,07	79,17	87,01	42,50	100,00	1,44	17,91
Conteúdo da proposta do círculo em equipe	85,84	18,53	81,32	90,36	10,00	100,00	1,49	35,82
Desenvolvimento pessoal	80,67	20,04	75,78	85,56	10,00	100,00	4,47	14,92
Facilitador da equipe	84,83	22,33	79,38	90,28	10,00	100,00	4,47	41,79
Circle Up autoavaliação	81,96	20,90	76,86	87,06	10,00	100,00	2,98	25,37
Recomenda o Circle Up?	88,51	23,76	82,71	94,3	10,00	100,00	5,97	71,64

Elaboração: Os autores.

Nas comparações entre as médias das pontuações das dimensões de acordo com o sexo, os homens (média 95,05 + 7,07) obtiveram uma pontuação significativamente maior que as mulheres (média 79,93 + 21,62) na dimensão autoavaliação do Circle Up ($p = 0,04$, Δ de Glass = 0,61) com efeito considerado moderado. Na mesma comparação, mas com a variável “exercer ou não atividade docente”, não foram detectadas diferenças significativas. Nas comparações pela ANOVA de uma via com as variáveis “qual sua formação técnica”, “formação acadêmica” não foram detectadas diferenças significativas em nenhuma das comparações das pontuações médias das dimensões do instrumento de avaliação do Circle Up. Somente a média da pontuação da dimensão Conteúdo da proposta do Círculo em equipe com a pergunta “Quando você conheceu o Círculo em Equipe”, foi detectada uma diferença significativa ($p = 0,04$, $\eta^2 = 0,30$) de grande magnitude, onde a pontuação média dos profissionais que obtiveram conhecimento do método apenas ao ingressar no HUSF (média = 89,68 + 12,67) foi superior aos que já tinha conhecimento e participação do método antes de ingressar no HUSF (média = 50,39 + 29,72).

Nas comparações entre as médias das pontuações das dimensões de acordo com o sexo, os homens (média 95,05 + 7,07) obtiveram uma pontuação significativamente maior que as mulheres (média 79,93 + 21,62) na dimensão autoavaliação do Circle Up ($p = 0,04$, Δ de Glass = 0,61) com efeito considerado moderado. Na mesma comparação, mas com a variável exercer ou não atividade docente, não foram detectadas diferenças significativas. Nas comparações pela ANOVA de uma via com as variáveis “qual sua formação técnica”, “formação acadêmica” não foram detectadas diferenças significativas em nenhuma das comparações das pontuações médias das dimensões do instrumento de avaliação do Circle Up. Somente a média da pontuação da dimensão Conteúdo da proposta do Círculo em equipe com a pergunta “Quando você conheceu o Círculo

em Equipe”, foi detectada uma diferença significativa ($p = 0,04$, $\eta^2 = 0,30$) de grande magnitude, onde a pontuação média dos profissionais que obtiveram conhecimento do método apenas ao ingressar no HUSF (média = $89,68 + 12,67$) foi superior aos que já tinha conhecimento e participação do método antes de ingressar no HUSF (média = $50,39 + 29,72$).

Nas análises de correlação entre as pontuações das dimensões e do item sobre a recomendação do uso da metodologia, com a idade, anos de experiência profissional em saúde e experiência profissional com o método Circle Up, não foram localizadas associações significativas.

No aspecto qualitativo, após o processo da análise das respostas dos itens, elaboração das categorias de análise, e posterior interpretação foi elaborada uma tabela (tabela 4) onde se apresenta o quantas vezes cada categoria de resposta. No item “Nível de Relevância do Circle Up para Atuação Profissional”, foram localizadas 5 categorias de respostas e a mais frequente foi a que indicou que contenham respostas que indicam que o Circle Up é muito relevante para o trabalho em equipe com 32,79%. No item relevância do Circle Up para a vida pessoal, foram extraídas 5 categorias e a categoria mais comum foi a que indicava que o Circle Up não apresentava relevância pessoal (26,32%). Na questão referente a periodicidade das práticas, com 5 categorias, a mais prevalente foi a categoria que indica que a periodicidade atual é satisfatória (30,51%). No que tange a avaliação da relação de apoio e estímulo do facilitador, 40,68% das respostas distribuídas em 5 categorias indicaram que ele é proativo e incentivador. Em relação ao item referente aos aspectos valiosos da metodologia, dividida em 7 categorias, a valorização da comunicação (25,00%) foi a mais descrita nas respostas dos profissionais e, nas sugestões para a melhoria das práticas, que localizou 6 categorias, a mais prevalente foi a sugestão de otimização do tempo com 25,00% das respostas.

O estudo sobre a implementação da metodologia Circle Up no ambiente hospitalar forneceu uma análise detalhada sobre o perfil dos participantes, a eficácia do instrumento de avaliação e a percepção dos profissionais de saúde em relação à metodologia colaborativa. A maioria dos participantes eram mulheres (86,57%), com idade predominante entre 18 e 29 anos (52,24%). Esse perfil reflete dados amplamente documentados na literatura, que apontam para uma predominância feminina nas áreas de saúde, especialmente na enfermagem. Dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) indicam que cerca de 85% dos profissionais de enfermagem no Brasil são mulheres, um fenômeno influenciado por fatores culturais e sociais (COFEN, 2020). A presença significativa de mulheres na enfermagem é corroborada por estudos que discutem a construção histórica e social da profissão, onde a feminização é vista como um reflexo de estereótipos de gênero que associam o cuidado à figura feminina (Bittencourt, 2019).

Em termos de análise quantitativa, o instrumento de avaliação usado no estudo apresentou altos níveis de confiabilidade, com coeficientes de consistência interna superiores a 0,60 em todas as dimensões. Esse grau de confiabilidade é fundamental para garantir que o instrumento mensura de maneira precisa e consistente o que se propõe a avaliar, sendo o coeficiente Ω de McDonald uma métrica amplamente usada em psicometria para avaliar a consistência interna dos instrumentos (Zinbarg, Revelle, Yovel & Li, 2005). A presença de um efeito teto em algumas dimensões, como "Conteúdo da Proposta" e "Facilitador da Equipe", sugere uma percepção positiva entre os participantes, mas também pode refletir uma limitação do instrumento em captar variações mais detalhadas nas experiências. Nunnally e Bernstein (1994) observam que instrumentos com efeitos teto podem falhar em distinguir nuances nas percepções dos respondentes, indicando uma possível necessidade de ajuste. A literatura atual enfatiza a importância de revisões periódicas dos instrumentos de avaliação para garantir que eles permaneçam relevantes e sensíveis às mudanças nas práticas e percepções dos profissionais (DeVellis, 2016).

A análise qualitativa dos dados revelou que a comunicação é um dos aspectos mais valorizados da metodologia Circle Up, com 25% dos participantes destacando sua importância. Uma comunicação eficaz é essencial em ambientes de saúde, pois impacta diretamente a segurança do paciente e facilita a colaboração interprofissional. Estudos apontam que uma comunicação clara e estruturada é uma prática que reduz erros

e promove uma cultura de segurança entre profissionais de saúde, o que é fundamental para resultados clínicos positivos (Leonard, Graham & Bonacum, 2004; World Health Organization, 2009). A metodologia Circle Up, ao fornecer um ambiente de troca de informações e de fortalecimento das habilidades comunicativas, contribui para um ambiente colaborativo onde os profissionais se sentem seguros para compartilhar informações essenciais e coordenar o cuidado ao paciente. A literatura também sugere que a comunicação efetiva é um dos pilares para a construção de equipes de alta performance em saúde, onde a confiança e a transparência são fundamentais (Baker *et al.*, 2006).

A percepção de relevância do Circle Up para o trabalho em equipe foi positiva, com 32,79% dos participantes reconhecendo sua importância nesse aspecto. O Institute of Medicine (2015) destaca que práticas de colaboração interprofissional, como o Circle Up, melhoram a dinâmica das equipes e a qualidade dos cuidados oferecidos ao promover respeito mútuo e um senso compartilhado de responsabilidade entre os profissionais. No entanto, observou-se uma menor relevância atribuída ao impacto do Circle Up na vida pessoal, com apenas 26,32% dos participantes percebendo benefícios nesse aspecto. Esse resultado sugere que a metodologia é amplamente vista como uma ferramenta de aprimoramento profissional, indicando uma oportunidade para que futuras implementações do método incluam elementos que fortaleçam o desenvolvimento pessoal fora do ambiente de trabalho. A literatura sugere que a integração de aspectos pessoais e profissionais nas práticas de saúde pode levar a um maior bem-estar e satisfação no trabalho, refletindo positivamente na qualidade do atendimento (Rogers *et al.*, 2016).

O papel do facilitador foi um dos aspectos destacados pelos participantes, com 40,68% considerando-o proativo e incentivador. Segundo Schön (1983), a atuação do facilitador é essencial em metodologias colaborativas, pois influencia diretamente o engajamento, a confiança e a segurança psicológica dos participantes. Estudos mostram que facilitadores competentes promovem um ambiente onde os profissionais se sentem à vontade para compartilhar experiências e desafios, o que contribui significativamente para o sucesso de metodologias colaborativas como o Circle Up (Edmondson, 2018). A literatura atual também enfatiza que a formação e o desenvolvimento contínuo dos facilitadores são cruciais para a eficácia das intervenções colaborativas, pois eles desempenham um papel central na mediação de conflitos e na promoção de um ambiente de aprendizado (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

As sugestões dos participantes para melhorar a metodologia Circle Up incluíram a necessidade de otimizar o tempo das sessões, mencionada por 25% dos respondentes. Essa demanda reflete a realidade do trabalho hospitalar, onde o tempo é um recurso limitado e valioso, especialmente em unidades com alta rotatividade e pressão de tempo. Pesquisas sobre metodologias colaborativas em saúde sugerem que a adaptação ao tempo disponível é fundamental para garantir a adesão e a sustentabilidade de práticas como o Circle Up (Bagnasco, Ghirotto & Sasso, 2018). Outra sugestão feita foi a inclusão de outros membros da equipe multidisciplinar, como médicos, o que poderia ampliar a efetividade do método, promovendo uma troca ainda mais rica de experiências e conhecimentos. A literatura aponta que a inclusão de uma equipe multidisciplinar nas práticas colaborativas não apenas enriquece o processo de aprendizado, mas também melhora a qualidade do cuidado ao paciente, ao integrar diferentes perspectivas e expertises (Reeves *et al.*, 2016).

4 CONCLUSÕES

O presente estudo sobre a metodologia Circle Up no Hospital Universitário Sagrada Família revela que essa abordagem tem um potencial significativo para aprimorar a comunicação, o planejamento e o trabalho em equipe entre os profissionais de saúde. Os resultados indicam que a implementação dessa metodologia não apenas facilita a troca de informações, mas também promove um ambiente de trabalho mais colaborativo e seguro, essencial para a qualidade do atendimento ao paciente.

A literatura científica reforça a relevância de práticas colaborativas e reflexivas na formação e no desenvolvimento profissional. Estudos demonstram que a participação ativa dos profissionais na elaboração

de planos de cuidado não apenas melhora a adesão dos pacientes ao tratamento, mas também resulta em desfechos clínicos superiores (Moran et al., 2019; Kane et al., 2021). Além disso, a segurança psicológica, que é promovida por metodologias como o Circle Up, é fundamental para que os profissionais se sintam à vontade para expressar suas opiniões e preocupações, contribuindo para um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo (Edmondson, 2018).

Após avaliação da percepção dos participantes do estudo em questão e da análise dos métodos estatísticos do objeto de pesquisa, foi verificado que tem-se como limitação do estudo a falta de validação do Método “Circle Up” para a língua portuguesa, visto que foi desenvolvido para aplicação nos Estados Unidos da América.

Para trabalhos futuros, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que avaliem o impacto a longo prazo da metodologia Circle Up na redução de erros e na segurança psicológica dos profissionais. Além disso, a implementação de treinamentos regulares para facilitadores pode ser explorada, visando aprimorar suas habilidades de mediação e liderança. A pesquisa também pode se expandir para incluir a perspectiva dos pacientes, avaliando como a colaboração entre equipes impacta diretamente na experiência e na satisfação do atendimento, além de buscar validação do método para língua portuguesa. Por fim, a adaptação da metodologia a diferentes contextos e especialidades dentro do ambiente hospitalar pode ser uma área frutífera para investigação, contribuindo para a evolução contínua das práticas colaborativas na saúde.

Portanto, a consideração das sugestões dos participantes e a implementação de melhorias contínuas são cruciais para garantir a eficácia e a aceitação da metodologia Circle Up. A integração de práticas como essa pode não apenas elevar a qualidade do atendimento, mas também aumentar a satisfação e o bem-estar dos profissionais de saúde, refletindo diretamente na experiência do paciente.

5 REFERÊNCIAS

- ALHARTHI, M. et al. “Circle Up”: An innovative framework to improve team communication and patient safety in healthcare. **Journal of Healthcare Leadership**, v. 13, p. 101-111, 2021.
- BAGNASCO, A. et al. Collaborative practices in health care: A systematic review. **Journal of Interprofessional Care**, 32(1), 1-10. 2018.
- BAKER, D. P. et al. Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. **Health Services Research**, 41(4), 1576-1598. 2006.
- BENNETT, L. et al. Circle Up for patient safety: Implementing a peer-support strategy to promote safety culture in healthcare. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 5, p. 425-433, 2018.
- BITTENCOURT, M. A feminização da enfermagem: uma análise histórica e social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 1-7. 2019.
- COFEN. Dados sobre a enfermagem no Brasil. **Conselho Federal de Enfermagem**. 2020.
- CUNNINGHAM, J. B.; Mccrum-Gardner, E. Power, effect and sample size using GPower: Practical issues for researchers and members of research ethics committees. **Evidence Based Midwifery**, v. 5, p. 132–136, 1 dez. 2007.
- DEVELLIS, R. F. Scale development: Theory and applications. **Sage Publications**. 2016.
- EDMONDSON, A. Psychological safety and learning behavior in work teams. **Administrative Science Quarterly**, v. 44, n. 2, p. 350-383, 2018.
- ERDFELDER, E. et al. GPOWER: A general power analysis program. **Behavior Research Methods, Instruments & Computers**, US, v. 28, n. 1, p. 1–11, 1996.

GOH, S. C. *et al.* Learning and knowledge creation in healthcare organizations: Lessons from the field. **Journal of Health Organization and Management**, v. 33, n. 6, p. 693-710, 2019.

Institute of Medicine. Improving the quality of health care in the United States. **National Academies Press**. 2015.

JEREZ-GÓMEZ, P. *et al.* Knowledge management practices and innovation outcomes in healthcare. **Journal of Knowledge Management**, v. 24, n. 5, p. 1033-1050, 2020.

Kane, C. *et al.* Planning and executing patient care: A collaborative approach for better outcomes. **Journal of Clinical Nursing**, v. 30, n. 11-12, p. 1422-1431, 2021.

KIRKPATRICK, D. L.; Kirkpatrick, J. D. Evaluating training programs: The four levels. **Berrett-Koehler Publishers**. 2006.

LEONARD, M. *et al.* The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. 1, p. 85-90, 2004.

MARSCHALL, J. *et al.* Collaborative communication and patient safety in hospital settings. **Health Communication Research**, v. 42, n. 3, p. 251-260, 2020.

MASLACH, C.; Leiter, M. P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for healthcare. **World Psychiatry**, v. 15, n. 2, p. 103-111, 2016.

MORAN, A. *et al.* A structured approach to collaborative patient care planning. **Nursing and Health Sciences**, v. 21, n. 4, p. 551-559, 2019.

NEWMAN, A. *et al.* Psychological safety: A systematic review of the literature and a research agenda. **International Journal of Human Resource Management**, v. 28, n. 17, p. 2401-2432, 2017.

NUNNALLY, J. C.; Bernstein, I. H. Psychometric theory. **McGraw-Hill**. 1994.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3. 2016.

ROCK, L. K. *et al.* "Circle Up": Workflow Adaptation and Psychological Support via Briefing, Debriefing, and Peer Support. **NEJM Catalyst**. 2020.

ROGERS, A. *et al.* The impact of personal and professional development on health care professionals. **Journal of Health Organization and Management**, v. 30, n. 5, p. 1-15. 2016.

SALAS, E. *et al.* Teamwork and communication in healthcare: A systematic review. **Annual Review of Medicine**, v. 71, p. 543-554, 2020.

SCHÖN, D. A. The reflective practitioner: How professionals think in action. **Basic Books**. 1983.

SHARMA, S. *et al.* Communication effectiveness in healthcare: Enhancing quality and safety. **Journal of Healthcare Quality**, v. 43, n. 3, p. 187-198, 2021.

WEAVER, S. J. *et al.* What can health systems learn from high-reliability organizations? **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 44, n. 3, p. 133-140, 2018.

WEST, C. P. *et al.* Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 95, n. 3, p. 533-545, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Communication during patient handovers**. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety: Global action on patient safety**. Geneva: WHO, 2019.

ZINBARG, R. E. *et al.* Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω : Their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. **Psychometrika**, 70(1), 123-133. 2005.