

## **EFEITO DA TRANSIÇÃO ADMINISTRATIVA DA GESTÃO HOSPITALAR NA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES CIRÚRGICAS**

Josemar Batista<sup>1</sup> 

Elaine Drehmer de Almeida Cruz<sup>1</sup> 

Evelyn da Costa Martins Silva Lopez<sup>1</sup> 

Leila Maria Mansano Sarquis<sup>1</sup> 

Leila Soares Seiffert<sup>1</sup> 

Lillian Daisy Gonçalves Wolff<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** analisar a cultura de segurança em unidades cirúrgicas de hospital de ensino em períodos distintos da gestão hospitalar.

**Método:** descritivo e analítico desenvolvido com profissionais de saúde atuantes em um centro cirúrgico e em cinco unidades de internação cirúrgica em dois distintos períodos de gestão hospitalar no sul do Brasil. Responderam ao questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture 73* profissionais no período I (2014/2015) e 158 no período II (2017). A análise se deu por estatística descritiva e análise inferencial e da confiabilidade pelo alfa de Cronbach; dimensões foram consideradas fortes quando apresentaram escores  $\geq 75\%$  de respostas positivas.

**Resultados:** a transição administrativa influenciou positivamente nas dimensões “Adequação de profissionais” e “Passagem de plantão/transferências” e negativamente em “Trabalho em equipe dentro das unidades” ( $p < 0,001$ ), sem diferença nas demais nove dimensões. Em ambos os períodos nenhuma dimensão foi considerada forte; não ocorreram mudanças referentes à notificação de eventos adversos e na avaliação global de segurança; a confiabilidade geral do instrumento foi satisfatória (0,89).

**Conclusão:** a transição administrativa da gestão hospitalar pouco impactou nas dimensões da cultura de segurança organizacional, mantendo-se os desafios na construção progressiva desse preditor de segurança do paciente.

**DESCRITORES:** Cultura organizacional. Administração hospitalar. Gestão da qualidade. Segurança do paciente. Enfermagem.

**COMO CITAR:** Batista J, Cruz EDA, Lopez ECMS, Sarquis LMM, Seiffert LS, Wolff LDG. Efeito da transição administrativa da gestão hospitalar na cultura de segurança em unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso ANO MÊS DIA]; 29:e20190012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0012>

# EFFECT OF THE ADMINISTRATIVE TRANSITION OF HOSPITAL MANAGEMENT ON THE SAFETY CULTURE IN SURGICAL UNITS

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the safety culture in surgical units of a teaching hospital in different periods of hospital management.

**Method:** this is a descriptive and analytical study developed with health professionals working at a surgical center and at five surgical inpatient units in two different periods of hospital management in southern Brazil. The Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire was answered by 73 professionals in period I (2014/2015) and by 158 professionals in period II (2017). The analysis was based on descriptive statistics and on inferential analysis and reliability analysis using Cronbach's alpha coefficient; the dimensions were considered strong when the percentage of positive answers was  $\geq 75\%$ .

**Results:** the administrative transition had a positive influence on the "Staffing" and "Handoffs and transitions" dimensions and a negative influence on "Teamwork within units" ( $p < 0.001$ ), with no difference in the remaining nine dimensions. In both periods, no dimension was considered strong; there were no changes with regard to the notification of adverse events and to the overall safety assessment; and the overall reliability of the instrument was satisfactory (0.89).

**Conclusion:** the administrative transition of hospital management had little impact on the dimensions of the organizational safety culture, and there are still challenges in the progressive development of this predictor of patient safety.

**DESCRIPTORS:** Organizational culture. Hospital administration. Quality management. Patient safety. Nursing.

# EFEECTO DE LA TRANSICIÓN ADMINISTRATIVA DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UNIDADES QUIRÚRGICAS

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la cultura de seguridad en unidades quirúrgicas de un hospital escuela en diferentes períodos de la gestión hospitalaria.

**Método:** estudio descriptivo y analítico desarrollado con profesionales de la salud que se desempeñan en un centro quirúrgico y en cinco unidades de internación quirúrgica en dos períodos distintos de gestión hospitalaria en el sur de Brasil. El cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* fue respondido por 73 profesionales en el período I (2014/2015) y por 158 en el período II (2017). El análisis se realizó por medio de estadística descriptiva y análisis inferencial y de la confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach; las dimensiones se consideraron como puntos favorables cuando presentaron puntuaciones  $\geq 75\%$  de respuestas positivas.

**Resultados:** la transición administrativa ejerció una influencia positiva sobre las dimensiones "Dotación de personal" y "Cambios de turno/transiciones" y una influencia negativa sobre "Trabajo en equipo dentro de las unidades" ( $p < 0,001$ ), sin diferencia alguna en las otras nueve dimensiones. En ambos períodos, ninguna dimensión fue considerada como un punto favorable; no se registraron cambios referentes a la notificación de eventos adversos ni en la evaluación global de la seguridad; y la confiabilidad general del instrumento fue satisfactoria (0,89).

**Conclusión:** la transición administrativa de la gestión hospitalaria tuvo escaso efecto sobre las dimensiones de la cultura de seguridad organizacional, manteniéndose así los desafíos en la construcción progresiva de este predictor de la seguridad del paciente.

**DESCRIPTORES:** Cultura organizacional. Administración hospitalaria. Gestión de la calidad. Seguridad del paciente. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, tema atual e relevante, é compreendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução dos riscos de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde até o mínimo aceitável.<sup>1</sup> A temática constitui preocupação clínica, econômica, gerencial e organizacional em virtude de a maioria dos eventos adversos decorrentes da assistência serem evitáveis e ocasionados por falhas estruturais do sistema de saúde.<sup>2</sup>

Entre as barreiras para a melhoria do cuidado relacionam-se as ações gerenciais e de profissionais da prática associadas à cultura de segurança do paciente, compreendida como os valores, as atitudes, as competências e os padrões de comportamentos individuais e coletivos que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão para uma organização segura.<sup>1,3</sup> Esta é contemplada entre os requisitos para acreditação hospitalar da *Joint Commission*<sup>4</sup> e, quando positiva, está associada a melhorias na segurança do paciente, com redução de eventos adversos,<sup>5-6</sup> incluindo os relacionados ao contexto cirúrgico.<sup>7</sup> O relatório do *National Health Service* da Inglaterra apontou a cultura de segurança organizacional como o principal desafio para promoção da segurança do paciente.<sup>8</sup> Ademais, as fragilidades ligadas à cultura de segurança, o engajamento pessoal e coletivo e a comunicação da equipe de saúde foram identificados como causas limitantes à efetiva adesão aos protocolos de segurança nas instituições hospitalares.<sup>9</sup>

Entre os fatores que interferem na promoção e manutenção dessa cultura destacam-se processos organizativos, decisões gerenciais, infraestrutura dos serviços de saúde,<sup>10</sup> relações de trabalho e de poder entre os vários perfis profissionais,<sup>11</sup> e estruturas organizacionais que implicam determinados modelos de gestão.<sup>12</sup> Esses fenômenos transitam pela cultura da organização, recebem influência das lideranças e dos processos de mudanças<sup>10</sup> e são relevantes para a implantação e adesão a práticas seguras na organização hospitalar e interdepartamental.

Em hospitais a cultura da segurança pode se apresentar em graus variados de maturidade, com possibilidade de evolução ao longo do tempo. Essa progressão pode ser classificada em cinco estágios: a cultura “patológica (*pathological*)” é o grau inferior de maturidade, no qual a segurança é vista como um problema causado pelos trabalhadores; a cultura “reativa (*reactive*)” corresponde ao segundo estágio, no qual o hospital começa a considerar a segurança com maior seriedade, mas as ações são tomadas apenas após a ocorrência de incidentes; o terceiro estágio é denominado cultura “calculada (*calculative*)”, na qual a segurança é gerenciada, mas as abordagens ainda são verticalizadas, possuindo sistemas de gestão de risco e foco na coleta de dados. O quarto estágio corresponde à cultura “proativa (*proactive*)”, em que há maior número de profissionais envolvidos na identificação dos problemas de segurança, antecipando-se a sua ocorrência; e, por último, o quinto e mais elevado estágio de maturidade é denominado cultura “geradora (*generative*)”, em que há participação ativa dos funcionários de todos os níveis hierárquicos, demonstrando que a segurança do paciente é parte inerente de todas as atividades hospitalares e que a complacência em relação à insegurança gera desconforto.<sup>13</sup>

Essas informações permitem que as organizações realizem o diagnóstico atual de seu nível de maturidade, identifiquem áreas de forças e fraquezas e desenvolvam ações para ascenderem ao próximo nível.<sup>14</sup> Dessa forma, conjectura-se que a transição gerencial dos hospitais universitários federais brasileiros, com a contratualização da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), possa interferir na cultura de segurança organizacional, bem como em indicadores de estrutura, processo e resultado, tornando-se, assim, objeto desta pesquisa em períodos distintos de gestão, os quais são aqui denominados períodos I e II, respectivamente.

Em 2002, a direção do hospital em estudo adotou, progressivamente, o modelo teórico de linha de cuidado com a criação de unidades administrativas ou assistenciais, denominadas de Unidades Gerenciais,<sup>15</sup> e desenvolveu, a partir de 2010, diversas ações buscando a certificação

de acreditação, pelo Sistema Brasileiro de Acreditação - Organização Nacional de Acreditação.<sup>16</sup> Desde 2014, o hospital encontra-se em fase de transição administrativa com mudanças quanto ao direcionamento político, culminando nesse mesmo ano com a contratualização oficial da EBSEH. Embora a administração atual ainda não se encontre sob gestão plena, a transição para a nova estrutura organizacional proposta favoreceu a descontinuidade de ações voltadas à qualidade e segurança do paciente relativas à certificação de acreditação hospitalar.

Considerando o atual contexto de incentivo à construção progressiva da cultura de segurança e às mudanças dos arranjos organizativos dos hospitais universitários federais, entende-se relevante avaliar o efeito, em curto prazo, da transição do modelo de gestão nos compósitos da cultura de segurança organizacional. Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi analisar a cultura de segurança em unidades cirúrgicas de hospital de ensino em períodos distintos da gestão hospitalar.

## MÉTODOS

Estudo descritivo e analítico desenvolvido com profissionais de saúde atuantes em um centro cirúrgico e em cinco unidades de internação cirúrgica (ortopedia, cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, neurocirurgia e cirurgia plástica, e transplante hepático) de um hospital de ensino federal do sul do Brasil.

O referido hospital é referência nacional em diversas especialidades, sendo o maior hospital público do estado do Paraná e o terceiro hospital universitário federal do país, com capacidade de 608 leitos e assistência exclusiva ao Sistema Único de Saúde. Conforme informações de relatório gerencial da instituição, no período de outubro de 2014, mês da assinatura do contrato com a EBSEH, a dezembro de 2017, houve exoneração de 9,74% (190) dos funcionários com vínculo pelo Regime Jurídico da União (RJU) e de 13% (115) dos funcionários da Fundação de Apoio à Universidade Federal do Paraná (FUNPAR). Entretanto, até dezembro de 2016 ingressaram 557 funcionários, e em dezembro de 2017 mais 904 mediante concurso da EBSEH, o que contribuiu até este ano com 32% a mais de funcionários para o hospital. No final de 2017, o quadro de pessoal, considerando os três vínculos, foi acrescido de 21% em relação a outubro de 2014 (Tabela 1).

**Tabela 1 – Número de colaboradores por vínculo. Curitiba, PR, Brasil, 2014-2017.**

Vínculo	Período			
	30/10/2014	2015	31/12/2016	27/12/2017
Regime Jurídico da União	1.951	–	1.805	1.761
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	0	–	557	902
Fundação de Apoio à Universidade Federal do Paraná	883	–	828	768
<b>Total</b>	<b>2.834</b>	–	<b>3.190</b>	<b>3.431</b>

A população-alvo desta pesquisa foi constituída por profissionais da equipe de enfermagem e médica, lotados e atuantes nas unidades pesquisadas, correspondendo a 135 trabalhadores no período I e a 248 profissionais no período II. Foram convidados a participar da pesquisa 74 profissionais de saúde no período I e 166 no período II para compor amostra não probabilística e intencional baseada no guia instrucional da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que estabelece amostra mínima de 50% da população-alvo.<sup>17</sup> Os critérios de inclusão foram: ser profissional médico (cirurgião, anestesiológista, residente em cirurgia ou anestesiologia), enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, com carga horária mínima semanal de trabalho de 20 horas,

que realizasse assistência com contato direto ou indireto com pacientes cirúrgicos. Foram excluídos da análise os participantes cujos questionários tinham preenchimento de respostas inferior a 50% ou que continham apenas respostas para o perfil sociolaboral e/ou a mesma resposta em todas as dimensões contempladas pelo instrumento.<sup>17</sup>

Para compor os dados desta pesquisa relativos ao primeiro período gerencial foram utilizados dados de pesquisa anterior de cultura de segurança do hospital pesquisado. Esses dados são oriundos de estudo do tipo *Survey* transversal, coletados prospectivamente de outubro de 2014 a julho de 2015, em amostra intencional de 645 profissionais lotados em diversas unidades do hospital.<sup>18</sup> A partir da disponibilização do banco de dados pelos autores foram extraídos os dados de interesse, a fim de compor a amostra e os resultados do período I. Os dados de cultura referente ao período II foram coletados prospectivamente de maio a setembro de 2017. Em ambos os períodos foi empregada a mesma metodologia, com a utilização do instrumento autoaplicável elaborado pela AHRQ denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) traduzido, adaptado transculturalmente e validado para o Brasil.<sup>19–20</sup>

O HSOPSC é constituído por nove seções, somando-se 42 questões, formuladas de forma positiva e negativa, e agrupadas em 12 dimensões. Sete dimensões se relacionam com o departamento hospitalar ou unidade de trabalho: (a) abertura de comunicação; (b) *feedback* e comunicação sobre erro; (c) aprendizagem organizacional – melhoria contínua; (d) expectativas e ações do supervisor/gerente promovendo a segurança do paciente; (e) resposta não punitiva a erros; (f) trabalho em equipe dentro das unidades; e (g) pessoal. Três dimensões avaliam a consciência da cultura de segurança no nível hospitalar: (a) suporte da gestão para a segurança do paciente; (b) transferências e transição; e (c) trabalho em equipe em unidades. Duas dimensões contemplam resultados: (a) percepções gerais da segurança do paciente; e (b) a frequência dos eventos relatados.<sup>17</sup>

Os itens são respondidos por uma escala de *Likert* de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância, e contém oito questões relativas às características demográficas e profissionais dos participantes.<sup>17,19–20</sup> Ao profissional que aceitou participar da pesquisa foi entregue o HSOPSC em envelope lacrado, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido, recolhido pelo próprio pesquisador, e o participante foi codificado pela sequência numérica das devolutivas. No período II utilizou-se, opcionalmente para o participante, *tablet* carregado com o instrumento na plataforma, *ad hoc*, do aplicativo *QuickTapSurvey*.

Os dados foram digitados em planilha do *Microsoft Office Excel 2016*<sup>®</sup>. Para as análises descritivas, após verificação e correção de inconsistências, os participantes foram concentrados na categoria profissional médica ou enfermagem. Após a reversão das perguntas formuladas negativamente, as respostas foram agrupadas em positivas (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre), neutras (nem discordo nem concordo ou às vezes) e negativas (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente).<sup>17</sup> Elegeram-se como áreas fortalecidas para segurança do paciente as dimensões/itens com percentual de respostas positivas  $\geq 75\%$ ; áreas neutras foram identificadas quando o percentual de respostas positivas foi  $> 51\%$  e  $< 74\%$ ; e respostas positivas  $\leq 50\%$  demonstram dimensões/itens frágeis.<sup>17</sup> A confiabilidade do instrumento foi testada por meio do alfa de Cronbach. Consideraram-se satisfatórios valores  $\geq 0,8$ .<sup>21</sup>

Os dados foram processados com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0, e assessoria de profissional estatístico. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão; e as variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Para a comparação entre os dois períodos de gestão, em relação às variáveis quantitativas, foi realizado o Teste t de *Student* para amostras independentes e o Teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Para as variáveis categóricas as comparações foram feitas usando-se o Teste exato de Fisher e o Teste de Qui-quadrado. O nível de significância considerado foi de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Participaram do estudo 73 profissionais no período I e 158 no período II. A média de idade, em anos, passou de 40,4 (desvio padrão (DP)  $\pm$  12,6) no período I para 43,0 (DP  $\pm$  12,3) no período II; o tempo de atuação dos profissionais na profissão apresentou médias de 14,8 e de 18 anos para os períodos I e II, respectivamente. O perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores foi similar entre os períodos e estão apresentados na Tabela 2. Houve prevalência de profissionais da equipe de enfermagem entre os participantes em ambos os períodos (73,98%; n=54 e 54,43%; n= 86).

**Tabela 2** – Características sociodemográficas e laborais dos profissionais de saúde atuantes em unidades cirúrgicas em distintos períodos da gestão hospitalar. Curitiba, PR, Brasil, 2017. (período I: n = 73; período II: n = 158)

Variáveis	Período I		Período II		p-valor*
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Feminino	57	78,1	91	57,6	0,003 <sup>†</sup>
Masculino	16	21,9	67	42,4	
<b>Cargo/função</b>					
Médico do corpo clínico/médico assistente	06	8,2	41	26	0,002 <sup>†</sup>
Médico residente/médico em treinamento	13	17,8	31	19,6	
Enfermeiro	18	24,7	15	9,5	
Técnico de enfermagem	10	13,7	24	15,2	
Auxiliar de enfermagem	26	35,6	47	29,7	
<b>Escolaridade</b>					
Segundo grau (ensino médio) completo	13	17,8	26	16,5	0,443 <sup>‡</sup>
Ensino superior incompleto	07	9,6	12	7,6	
Ensino superior completo	19	26	35	22,2	
Pós-graduação (nível especialização)	28	38,4	59	37,3	
Pós-graduação (nível mestrado ou doutorado)	05	6,8	25	15,8	
Ignorado	01	1,4	01	0,6	
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>					
Menos de 1 ano	16	21,9	22	13,9	0,007 <sup>†</sup>
De 1 a 5 anos	10	13,7	43	27,2	
De 6 a 10 anos	10	13,7	06	3,8	
De 11 a 15 anos	06	8,2	23	14,6	
De 16 a 20 anos	08	11,0	10	6,3	
≥ 21 anos	23	31,5	54	34,2	
<b>Tempo de trabalho na unidade</b>					
Menos de 1 ano	23	31,5	31	19,6	0,005 <sup>†</sup>
De 1 a 5 anos	14	19,2	55	34,8	
De 6 a 10 anos	11	15,1	06	3,8	
De 11 a 15 anos	06	8,2	15	9,5	
De 16 a 20 anos	03	4,1	11	7,0	
≥ 21 anos	16	21,9	40	25,3	

Tabela 2 – Cont.

Variáveis	Período I		Período II		p-valor*
	n	%	n	%	
Carga horária semanal					
Entre 20 e 39 horas	35	48,0	111	70,2	
Entre 40 e 59 horas	12	16,4	17	10,8	
Entre 60 e 79 horas	23	31,5	17	10,8	0,001‡
Entre 80 e 99 horas	03	4,1	07	4,4	
≥ 100 horas	00	0,0	06	3,8	
Interação/contato direto com o paciente					
Sim	71	97,3	158	100	0,313†
Não	02	2,7	00	0,0	
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>158</b>	<b>100</b>	

\*p-value; †Teste exato de Fisher; ‡Teste de Qui-quadrado

Quando comparados os percentuais de respostas positivas entre os períodos, houve diferença positiva para as dimensões 10 e 11 (“Adequação de profissionais” e “Passagem de plantão/turnos e transferências”) e negativa para a dimensão um (Trabalho em equipe dentro das unidades). Observe-se que nenhuma das 12 dimensões foi considerada como área forte ( $\geq 75\%$  de respostas positivas) para a cultura de segurança (Tabela 3). O coeficiente alfa de Cronbach geral, em ambos os períodos, foi de 0,89, com variação de 0,10 a 0,82 entre as dimensões.

**Tabela 3** – Comparação das respostas positivas dos profissionais de saúde atuantes em unidades cirúrgicas em distintos períodos da gestão hospitalar segundo as dimensões da cultura de segurança organizacional e alfa de Cronbach. Curitiba, PR, Brasil, 2017. (período I: n = 73; período II: n = 158)

	Período	Alfa de Cronbach	Percentual de respostas			Valor p*
			Negativa	Neutra	Positiva	
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	I	0,62	27,3	9,7	63,0	
	II	0,75	23,4	20,6	56,0	<0,001†
2. Expectativas sobre seu supervisor/ chefe e ações promotoras de segurança	I	0,62	21,6	13,9	64,5	
	II	0,70	24,8	18,8	56,4	0,057†
3. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	I	0,62	25,0	13,4	61,6	
	II	0,59	20,3	20,3	59,5	0,066†
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	I	0,79	42,1	26,6	31,3	
	II	0,70	36,8	32,5	30,8	0,256†
5. Percepção geral de segurança do paciente	I	0,46	41,8	11,1	47,0	
	II	0,46	35,4	18,9	45,8	0,009†
6. Retorno da informação e comunicação sobre o erro	I	0,58	31,8	32,7	35,5	
	II	0,76	30,4	31,8	37,8	0,840†
7. Abertura de comunicação	I	0,71	23,3	23,3	53,4	
	II	0,55	26,1	23,1	50,8	0,722†
8. Frequência de relatos de eventos	I	0,74	30,5	25,4	44,1	
	II	0,82	31,9	22,8	45,3	0,758†
9. Trabalho em equipe entre as unidades	I	0,53	51,7	22,7	25,5	
	II	0,74	42,4	26,8	30,7	0,033†

**Tabela 3 – Cont.**

	Período	Alfa de Cronbach	Percentual de respostas			Valor p*
			Negativa	Neutra	Positiva	
10. Adequação de profissionais	I	0,47	54,7	12,9	32,4	
	II	0,26	40,2	20,6	39,2	<0,001 <sup>†</sup>
11. Passagem de plantão/turnos e transferências	I	0,73	61,3	10,5	28,2	
	II	0,74	41,5	26,0	32,5	<0,001 <sup>†</sup>
12. Respostas não punitivas ao erro	I	0,50	56,7	16,7	26,5	
	II	0,10	64,5	16,3	19,3	0,082 <sup>†</sup>

\**p-value*; †Teste de Qui-quadrado

A Tabela 4 apresenta os itens/questões que compõem as dimensões que melhor retratam a percepção gerencial (“Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança” e “Apoio da gestão para a segurança do paciente”). Dos sete itens/questões analisados observou-se frequência diminuta de respostas positivas pela equipe de saúde em quatro deles.

**Tabela 4 – Distribuição das respostas positivas dos profissionais de saúde atuantes em unidades cirúrgicas em distintos períodos da gestão hospitalar segundo as dimensões/itens da cultura de segurança organizacional. Curitiba, PR, Brasil, 2017. (período I: n = 73; período II: n = 158)**

Dimensões e itens/questões	Percentual de respostas positivas	
	Período I	Período II
Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	64,5	56,4
Meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	47,9	43,9
Meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	63,9	51,6
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	63,9	63,9
Meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	81,9	66,2
Apoio da gestão para a segurança do paciente	31,3	30,8
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	37,5	31,6
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	25,0	33,8
A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	22,2	26,9

Na comparação entre os períodos (Tabela 5) não houve diferença referente à nota de segurança do paciente ( $p=0,355$ ) e no número de eventos notificados ( $p=0,202$ ).

**Tabela 5** – Distribuição da nota de segurança do paciente e do número de eventos notificados nos últimos doze meses pelos profissionais de saúde atuantes em unidades cirúrgicas em distintos períodos da gestão hospitalar. Curitiba, PR, Brasil, 2017. (período I: n = 73; período II: n = 158)

Variáveis	Período I		Período II	
	n	%	n	%
Nota de segurança do paciente				
Excelente	02	2,7	09	5,7
Muito boa	37	50,7	94	59,5
Regular	29	39,7	50	31,6
Ruim/muito ruim	04	5,5	05	3,2
Ignorado	01	1,4	00	0,0
Número de eventos notificados nos últimos doze meses				
Nenhum	36	49,3	86	54,4
1-2	18	24,7	42	26,6
3-5	07	9,6	20	12,7
6 ou mais	10	13,7	09	5,7
Ignorado	02	2,7	01	0,6
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

## DISCUSSÃO

Os resultados possibilitaram identificar áreas frágeis e fortalecidas da cultura de segurança que, em geral, foram consonantes em ambos os períodos de gestão e quanto ao perfil demográfico e laboral dos participantes. Ou seja, esta pesquisa indica a percepção de profissionais experientes na área, capacitados, com tempo de atuação na unidade e no hospital suficiente para compreender aspectos da cultura institucional e das mudanças ocorridas na estrutura organizacional. A transição da gestão influenciou, significativamente e de forma positiva, em duas dimensões de cultura de segurança organizacional (“Adequação de profissionais” e “Passagem de plantão/turno e transferências”) e negativamente na dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”. Esse resultado contrapõe-se com o estudo que avaliou a cultura de segurança de profissionais de hospital de ensino de cuidados terciários situado na Arábia Saudita, em dois períodos de tempo (2012 e 2015), no qual a cultura apresentou progresso significativo em todas as dimensões.<sup>22</sup>

Contudo, o progresso nesses dois compósitos merece destaque, pois estes refletem na prática assistencial dos profissionais que atuam no contexto cirúrgico, considerando que a comunicação adequada é fator de proteção a erros. O dimensionamento da força de trabalho é um dos componentes essenciais para melhorar a qualidade assistencial e a segurança do paciente,<sup>23</sup> bem como para permitir aperfeiçoar a transição do cuidado entre equipes e unidades. Embora se reconheça a percepção crescente relacionada à adequação dos profissionais na instituição da pesquisa, observou-se que o percentual de respostas positivas dessa dimensão permaneceu entre as mais mal avaliadas para o período II (39,2%; n=62). Estudo realizado na região nordeste brasileira atingiu índice inferior (36%; n=46),<sup>24</sup> bem como em hospitais do continente asiático, situados na Arábia Saudita (33,8%;n=876).<sup>22</sup> Porém, o percentual de respostas positivas dessa dimensão ficou aquém dos encontrados em hospital do sul da Índia, com 59,7% de respostas positivas.<sup>2</sup> Desse modo, é resultado que deve ser interpretado com cautela ao se considerar como preditor de ações básicas de segurança.

Apesar da melhora significativa referente à dimensão “Passagem de plantão/turnos e transferências”, cabe destacar que os resultados não foram imediatos. Essa ação progressiva pode ser justificada pela implantação, nos últimos anos, de ferramentas para a execução dessas

atividades pelos profissionais da prática, como, por exemplo, os *checklists* de segurança cirúrgica pré e pós-operatório institucionalizados a partir de 2014,<sup>25</sup> bem como de formulários para passagem de plantões padronizados. Os resultados favoráveis à utilização dessas tecnologias são evidentes em revisão sistemática que apontou melhorias na transferência de informações por meio da utilização de *checklists* cirúrgicos.<sup>26</sup> Não se exclui, desta análise, a relevância da comissão de sistematização da assistência de enfermagem, consolidada nas unidades cirúrgicas pesquisadas. Esses fatores, apesar de multifacetados, promovem melhores escores da cultura de segurança; em especial, os relacionados à comunicação, à frequência de incidentes notificados e à melhoria contínua do cuidado, com reflexo direto em indicadores de qualidade assistencial. Contudo, estes necessitam ser interpretados com precaução, haja vista que, tomando como base os constructos de avaliação da qualidade do Modelo Donabediano, as unidades têm estruturas diferentes, processos específicos e, portanto, resultados também diferenciados.<sup>27</sup> Desse modo, embora diretrizes administrativas e as áreas físicas/estruturas das unidades pesquisadas sejam semelhantes, os resultados poderão ser diferentes, em especial o centro cirúrgico quando comparado às demais unidades de internação cirúrgicas.

O inverso ocorreu na dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”, que apresentou declínio de respostas positivas ( $p < 0,001$ ) em relação às negativas/neutras. As respostas positivas, entre os períodos, variaram de 63% para 56%, condizente com a média encontrada em outro hospital universitário da região norte brasileira de 58%<sup>28</sup> e divergente de estudo conduzido em hospital público terciário no sul da Índia. Este destacou que os profissionais trabalham em equipe, representado por 80,1% de respostas positivas em 386 inquéritos respondidos.<sup>2</sup> Aos diversos fatores que afetaram o trabalho em equipe identificados nesta pesquisa, possivelmente esteve associada a baixa cooperação na execução das atividades entre os participantes. Os vários regimes trabalhistas coexistentes, os conflitos de poder e o modelo de gestão hierarquizado podem explicar, em parte, os resultados menos favoráveis, bem como apontam para a necessidade de aprimoramento do trabalho em equipe.

A literatura aponta que conflitos, se mal gerenciados, repercutem em metas e objetivos da organização, o que pode dificultar o processo comunicacional entre as equipes.<sup>29</sup> Além disso, valores e práticas organizacionais que permeiam a hierarquização, como o controle e a rigidez no trabalho, o individualismo e a competição entre os indivíduos, dificultam o trabalho em equipe, o desenvolvimento de ações interdisciplinares e a qualidade do cuidado ofertado.<sup>30</sup> Ampliando-se a análise desse item, cabe destacar que, apesar deste resultado menos favorável relativo ao trabalho em equipe nas unidades, não houve influência negativa na dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”. Essa característica favorece a assistência cirúrgica, reiterando a utilização eficiente de ferramentas padronizadas para coordenação do cuidado entre os profissionais das unidades cirúrgicas e do centro cirúrgico. Contribuindo, desse modo, para a construção da cultura de segurança, haja vista que foi uma entre as dimensões identificadas com maior número de respostas negativas no primeiro período gerencial analisado. Observa-se, portanto, que houve melhoria no trabalho entre as diferentes equipes ao se comparar os períodos. Nesse contexto destaca-se que os líderes das organizações de saúde devem melhorar a colaboração interprofissional visando a promover um ambiente de trabalho positivo a fim de oferecer melhores práticas de cuidado.<sup>23</sup>

Embora sem significância, os resultados mostraram que a transição da gestão hospitalar interferiu negativamente na frequência de respostas positivas em sete dimensões da cultura de segurança organizacional quando comparada com a avaliação no período gerencial anterior. Em estudo prévio para avaliar as mudanças na cultura de segurança do paciente entre 2011 e 2016, após a implementação da iniciativa de segurança do paciente em hospitais públicos da Palestina, identificaram-se melhorias significativas na cultura de segurança do paciente, com respostas positivas a 10 dimensões analisadas.<sup>31</sup> Reforça o fato mostrado na presente pesquisa que a transição de modelos gerenciais impacta em fatores preditores de cultura de segurança organizacional. Circunstâncias

essas que indicam que arranjos estruturais, diferenças geopolíticas e valores individuais estabelecem microculturas entre departamentos, determinam o grau de cultura institucional e promovem a necessidade de compartilhar experiências exitosas entre os líderes imediatos e gestores para a construção de cultura fortalecida na organização, com reflexo direto nos desfechos clínicos dos pacientes hospitalizados.

As 12 dimensões de cultura de segurança, para ambos os períodos analisados, persistem limitantes (neutras ou frágeis) para o cuidado seguro, considerando-se o escore geral positivo desejado de  $\geq 75\%$  de respostas positivas. Ressalta-se que os escores de cultura de segurança inferior ao estabelecido também foram identificados em estudos conduzidos com profissionais atuantes em hospitais brasileiros localizados nas regiões norte,<sup>28</sup> nordeste<sup>32</sup> e sul.<sup>18</sup> Semelhantemente a investigações realizadas na Alemanha<sup>33</sup> e no Peru.<sup>34</sup> Revisão sistemática com análise meticolosa de 33 artigos, incluindo estudos de 21 países, identificou que a cultura organizacional hospitalar é, predominantemente, subdesenvolvida ou fraca em relação à segurança do paciente e abrange dimensões que requerem fortalecimento.<sup>35</sup>

Nas dimensões dois e quatro, referentes à gestão e liderança, não houve diferença estatística entre os períodos ( $p=0,057$  e  $p=0,257$ , respectivamente). A dimensão dois (Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança) destacou-se como a melhor dimensão no período I (64,5%) e representou decréscimo no período II. Contudo, esses valores são positivos quando comparados a países situados no continente africano, como por exemplo, Etiópia - 46%<sup>36</sup> e Tunísia - 35%,<sup>37</sup> assim como se comparado à América do Sul - 49%<sup>34</sup>, e estavam, anteriormente à transição administrativa, com escore superior aos valores percentuais positivos identificados em países desenvolvidos, como Arábia Saudita - 60,8%.<sup>22</sup>

Entre as sete questões que contemplam temáticas gerenciais, quatro apresentaram redução das frequências relativas. A de maior impacto negativo foi relacionada à não atenção, segundo percepção dos participantes, do supervisor/gerente imediato em relação a problemas de segurança do paciente, que passou de 81,9% ( $n=59$ ) para 66,2% ( $n=104$ ) de respostas positivas. Entretanto, este permaneceu sendo o item com melhor escore positivo da dimensão dois e coaduna com os resultados do estudo alemão (61,7%;  $n=615$ ),<sup>33</sup> porém fica aquém aos resultados de 19 hospitais da China, em estudo que identificou 77% ( $n = 1.062$ ) de profissionais discordantes dessa afirmativa.<sup>38</sup> Denota-se que a equipe e os líderes imediatos estão atentos a falhas que, por ventura, possam ocasionar potenciais danos aos pacientes e, de forma incipiente ou não, estão preocupados em relação ao gerenciamento de risco das unidades. Ou seja, os resultados desta pesquisa mostram que os supervisores não negligenciam os problemas de segurança, e muito menos estimulam “pular etapas” para a realização do cuidado, item que se manteve com respostas positivas estacionárias entre os dois períodos, contrapondo-se a estudo árabe<sup>37</sup> e de unidades cirúrgicas públicas e privadas da Tunísia,<sup>22</sup> que concentraram valores positivos de 40,4% ( $n=1.047$ ) e 41,6% ( $n=153$ ), respectivamente.

Quanto à gestão hospitalar, os dados da presente pesquisa mostraram preocupante elemento referente à questão “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre um evento adverso”, representado pelo menor índice de respostas positivas em ambos os períodos analisados (22,2% e 26,9%). São achados que se somam aos de outros estudos desenvolvidas no Brasil, especificamente nos estados do Paraná<sup>39</sup> e de São Paulo,<sup>27</sup> os quais identificaram fragilidade na cultura de segurança. Em hospitais públicos e privados do Peru também foram identificados baixos escores de respostas positivas nesse item (39%).<sup>34</sup> Nesse aspecto, a insatisfação dos profissionais em relação à participação efetiva da alta direção nas ações de segurança do paciente é frequente, reforçada pela afirmação “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal” na qual se observou respostas positivas inferiores a 35% em ambos os períodos de gestão. Ambientes hospitalares com modelos administrativos tradicionais podem

representar fator negativo quando se almeja a melhoria da qualidade e da segurança,<sup>39</sup> destacando a necessidade de a instituição avançar nessa perspectiva.

Estudos específicos em centro cirúrgicos e unidades cirúrgicas do Brasil, os quais utilizaram instrumento semelhante denominado *Safety Attitudes Questionnaire* para mensurar o clima de segurança, retrataram fragilidades na percepção da gerência.<sup>40-42</sup> E, desse modo, infere-se que a rigidez organizativa, concentração de poder e até o autoritarismo gerencial podem dificultar a implantação de ações de melhoria para a segurança do paciente. Os resultados retratam que mais da metade dos profissionais, em ambos os períodos, relataram não ter notificado eventos adversos nos últimos 12 meses do inquérito. Nesse campo, estudo na Tunísia apontou frequência de 90,2% (n=332),<sup>37</sup> da mesma forma que em hospital do estado do Ceará, Brasil, ao indicar que 59% (n=62) dos trabalhadores não os reportaram.<sup>24</sup> Apesar de as notificações na instituição da pesquisa serem confidenciais e informatizadas, os resultados podem indicar o *status* da cultura de medo e de culpa frente à ocorrência de eventos adversos. E, possivelmente, conseqüente à evidência da cultura punitiva percebida e persistente na instituição, haja vista o alto índice de respostas negativas na dimensão 12 (Respostas não punitivas ao erro) e o medo referido de que seus erros sejam utilizados contra os profissionais.

Esses dados são condizentes com estudos nacionais<sup>18,24,27,32</sup> e internacionais<sup>34,37</sup> e indicam a necessidade de ações com vistas a promover a notificação de eventos adversos e reduzir a percepção de conseqüente punição, por meio de ações concretas e contínuas, bem como a importância de avançar na promoção da cultura justa, com o apoio de lideranças institucionais, inclusive de órgãos de classe profissional. O baixo número de eventos adversos notificados, segundo os participantes da pesquisa, pode estar associado ao não *feedback* dos gestores em relação às ações executadas para prevenção da sua recorrência. Fato esse que pode esmorecer o notificador a realizar futuras notificações e que não favorece a construção da cultura de segurança.

A percepção dos participantes em relação à política punitiva frente ao erro pode ser fator preditivo para a baixa frequência de notificações. Como conseqüência, incorre-se em menos oportunidades de identificar falhas sistêmicas e promover o aprendizado contínuo, dificultando a elaboração de planos estratégicos impulsionados para a mitigação dos erros. Desde 2011 está disponível, no hospital da pesquisa, sistemática para essas notificações com realização de capacitações para as equipes. Contudo, a mudança de gestão agregou também novos profissionais e, independentemente do tempo de atuação, a subnotificação pode estar relacionada à dificuldade em perceber de que se trata de incidente ou evento notificável.<sup>16</sup>

Os participantes avaliaram a segurança do paciente cirúrgico como excelente/boa, corroborando com profissionais atuantes em departamentos cirúrgicos de 19 hospitais da China (54,4%, n=425).<sup>38</sup> Contudo, cabe destacar os vários itens de cultura de segurança apontados como negativos pelos profissionais, demonstrando haver problemas de segurança. É imperativo disseminar, entre os trabalhadores, os diversos fatores que influenciam na segurança do paciente e conseqüente ocorrência de incidentes e eventos adversos (condições latentes e falhas ativas), os quais poderiam resultar em valores diferenciados referentes ao grau de segurança. Isso requer a necessidade de a equipe de saúde compreender elementos importantes para a construção progressiva da cultura de segurança como, por exemplo, a adesão aos protocolos institucionais que, se não gerenciados, colocam em risco a segurança do paciente cirúrgico, predispondo a eventos adversos graves.

Na análise global dos resultados da pesquisa realizada nos dois períodos gerenciais, supõe-se que no hospital a cultura da segurança situa-se no nível de maturidade “calculado”, pela existência de sistemática para a qualidade e segurança do paciente, tais como: programa de segurança do paciente; núcleo de segurança do paciente ativo; sistema para notificação e investigação de incidentes cujos dados alimentam indicadores; protocolos para prevenção dos incidentes, especialmente os propostos

nas seis metas internacionais pela segurança do paciente; auditorias internas; descentralização das ações relativas à segurança por meio de grupos internos da qualidade.<sup>16</sup> Contudo, em hospital de grande porte, como o deste estudo, o nível da maturidade pode variar entre unidades, isto é, enquanto um setor é reativo ou patológico, outro pode estar mais evoluído, e a cultura da segurança reinante encontrar-se na proatividade, por exemplo.<sup>13</sup> Isso explica, parcialmente, práticas diferenciadas entre profissionais e setores, as quais podem resultar em desfechos clínicos diferentes ao considerar a relação existente entre escores positivos de cultura e a segurança do paciente.<sup>43</sup>

Entre as limitações da pesquisa aponta-se a baixa consistência interna em dimensões do instrumento, com destaque para dimensão 12 (Respostas não punitivas ao erro), que obteve o menor índice de confiabilidade, com alfa de Cronbach - 0,10 (período II). Pesquisadores afirmam que a cultura punitiva pode induzir os respondentes a emitirem respostas não consistentes nos três itens que compõem essa dimensão,<sup>44</sup> o que pode ser um fator aqui a ser considerado. Além do mais, o instrumento utilizado na coleta de dados também apresentou baixa consistência em algumas dimensões na versão traduzida e validada para o contexto brasileiro.<sup>20</sup> Outros estudos também encontraram baixos índices de consistência interna entre as dimensões do HSOPSC,<sup>27,36</sup> persistindo como fator limitante próprio do instrumento.

Outra possível limitação pode ser a extensão do instrumento, contribuindo para a recusa à participação, em especial entre profissionais da categoria médica, e a não participação de gestores da alta administração e dos mesmos participantes em ambos os períodos de gestão. O tempo de experiência mínimo na unidade não foi definido como critério de inclusão, em acordo com as instruções do guia instrucional da AHRQ, contudo cabe destacar que essa variável pode influenciar na percepção da cultura de segurança do profissional, podendo ser revista em pesquisas futuras. Finalmente, a transição administrativa do hospital inferior a dois anos pode ter interferido na análise, considerando que mudanças na cultura de segurança exigem um período de tempo maior, o que aponta para a continuidade dessa investigação.

## CONCLUSÃO

A transição administrativa influenciou de forma positiva em duas dimensões de cultura de segurança organizacional (“Adequação de profissionais” e “Passagem de plantão/turnos e transferências”) e negativamente na dimensão relacionada ao trabalho em equipe dentro das unidades.

Observou-se incipiência da participação efetiva da alta administração hospitalar em ações de segurança, segundo a percepção dos participantes; e a estrutura organizacional permanece permeada por cultura punitiva frente à ocorrência de erros e falhas cirúrgicas, persistindo como limitantes e desafiantes à atual gestão na construção progressiva dos preditores de cultura. Os resultados podem contribuir para a formulação de ações em segurança do paciente, considerando o modelo gerencial adotado pela instituição, pois parece refletir no comportamento, nos valores e nas crenças dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety [Internet] 2009 [acesso 2018 Out 21]. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
2. Rajalatchumi A, Ravikumar TS, Muruganandham K, Thulasingam M, Selvaraj K, Reddy MM et al. Perception of patient safety culture among health-care providers in a tertiary care Hospital, south India. J Nat Sci Biol Med [Internet]. 2018 [acesso 2018 Out 24];9(1):14-8. Disponível em: [https://doi.org/10.4103/jnsbm.JNSBM\\_86\\_17](https://doi.org/10.4103/jnsbm.JNSBM_86_17)

3. Health and Safety Commission. Organizing for safety. Third report of the human factors study group of ACSNI. Sudbury (UK): HSE Books; 1993.
4. Joint Commission International. Joint Commission International accreditation standards for hospitals [Internet]. 2013 [acesso 2018 Nov 17]. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>
5. Wang X, Liu K, You LM, Xiang JG, Hu HG, Zhang LF, et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Out 10];51(8):1114-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007>
6. Najjar S, Nafouri N, Vanhaecht K, Euwena M. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. *Safety in Health* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Out 28];1(16). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40886-015-0008-z>
7. Fan CJ, Pawlik TM, Daniels T, Vernon N, Banks K, Westby P, et al. Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jan 19];222(2):122-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008>
8. Hignett S, Lang A, Pickup L, Ives C, Fray M, McKeown C, et al. More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England? *Ergonomics* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jun 3];61(1):5-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00140139.2016.1245446>
9. Souza LO, Pinho MC, Machado AF, Jacques A. O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalares. *Rev Bras Pesq. Saúde* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 27];19(1):70-77. Disponível em: <https://doi.org/10.21722/rbps.v19i1.17720>
10. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso 2016 Set 11]; 49(Spe):123-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
11. Silva NDM, Barbosa AP, Padilha KG, Malik AM. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Ago 23];50(3):490-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016>
12. Garcia AB, Maziero VG, Rocha FLR, Bernardes A, Gabriel CS. Influence of organizational culture on participatory management in health organizations. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Dez 30];7(2):2615-27 Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2615-2627>
13. Hudson P. Applying the lessons of high risk industries to health care. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2003 [acesso Nov 28, 2018];12 (Suppl 1):i7-i12. Disponível em: [https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl\\_1.i7](https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i7)
14. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2011 [acesso 2018 Nov 28];20(4):338-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
15. Segui MLH, Peres AM, Bernardino E. Nursery performance analysis within a model of management units. *Semina: Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Mar 19];35(2):71-80. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2014v35n2p71>
16. Rocha DJM, Wolff LDG, Haddad MCFL, Seiffert LS, Silva, OBM. Construction of a patient safety program at a public teaching hospital: documentary research. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Nov 25];21(4):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.45604>
17. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user' s guide. Rockville, MD(US): AHRQ [Internet]. 2016 [acesso 2018 Abr 30]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>

18. Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziero EC. Safety culture among health professionals in a teaching hospital. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Out 28];23(1):e50717. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>
19. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the hospital survey on patient safety culture: initial stage. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Jun 22];28(11):2199-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
20. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the hospital survey on patient safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Oct 25];32(11):e00115614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>.
21. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tathan RL. *Análise multivariada de dados*. 6a ed. Porto Alegre, RS(BR): Bookman; 2009.
22. Alswat K, Abdalla RAM, Titi MA, Bakash M, Mehmood F, Zubairi B, et al. Improving patient safety culture in Saudi Arabia (2012–2015): trending, improvement and benchmarking. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jan 5];17(1):516. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2461-3>
23. Jarrar M, Rahman HA, Don MS. Optimizing quality of care and patient safety in Malaysia: the current global initiatives, gaps and suggested solutions. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jan 9];8(6):75-85. Disponível em: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p75>
24. Borba Netto FC, Severino FG. Results of a safety culture survey in a teaching public hospital in Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Out 23];29(3):334-41. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p334>
25. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Out 29];25:e2907. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15188345.1854.2907>
26. Pucher PH, Johnston MJ, Aggarwal R, Arora S, Darzi A. Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: a systematic review. *Surger* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jan 5];158(1):85-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.02.017>
27. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jun 12];24(2):432-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
28. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Ago 30];26:e3014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
29. Santos LC, Abella NTT. Gestão de conflitos organizacional. *Rev Multidebates* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jan 7];1(2):219-32. Disponível em: <http://itopedu.com.br/revista/index.php/revista/article/view/20>
30. Rocha FLR, Marziale MHP, Carvalho MC, Cardeal Id SFC, Campos MCT. The organizational culture of a Brazilian public hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jan 5];48(2):308-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000016>
31. Hamdan M, Saleem AA. Changes in patient safety culture in Palestinian public hospitals: impact of quality and patient safety initiatives and programs. *J Patient Saf* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Out 12];14(3):e67-e73. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000522>

32. Andrade LEL, Lopes JM, Filho MCMS, Vieira Junior RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Out 23];23(1):161-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
33. Gambashidze N, Hammer A, Broterhaus M, Manser T. Evaluation of psychometric properties of the German hospital survey on patient safety culture and its potential for cross-cultural comparisons: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 14];7(11):e018366. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018366>
34. Arrieta A, Suarez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Ago 12];30(3):186-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx165>
35. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Out 26];30(9):660-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
36. Mekonnen AB, Mclachlan AJ, Brien JE, Mekonnen D, Abay Z. Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals: a cross-sectional study. *Safety in Health* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 12];3:11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40886-017-0062-9>
37. Mallouli M, Tlili MA, Aouicha W, Rejeb MB, Zedini C, Salwa A, et al. Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: a multicenter study. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 13];29(2):176-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw157>
38. Wang M, Tao H. How Does Patient safety culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in Xiaogan city of China? *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 26];14(10):1123. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph14101123>
39. Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Nicola AL. Leadership and patient safety culture: perceptions of professionals in a university hospital. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jul 22];8(2):4387-98. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398>
40. Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Safety culture among surgical center professionals. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Nov 1];20(1):128-37. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i1.36645>
41. Correggio TC, Amante LN, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico. *Rev Sobbec* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jul 21];19(2):67-73. Disponível em: [http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site\\_sobecc\\_v19n2/02\\_sobecc\\_v19n2.pdf](http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf)
42. Marinho MM, Radunz V, Barbosa SFF. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jan 5];23(3):581-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002640012>
43. Verbeek-Van Noord IN, Wagner C, Van-Dyck C, Twisk JWR, Buijine MC. Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Nov 29];26(1):64-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt087>
44. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas ME, et al. Adaptation and validation of the hospital survey on patient safety culture in an electronic Brazilian version. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 12];26(3):455-68. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300004>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído da dissertação – Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de eventos adversos cirúrgicos em diferentes naturezas administrativas da gestão pública, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, em 2018.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Batista J, Cruz EDA, Sarquis LMM.

Coleta de dados: Batista J, Lopez ECMS.

Análise e interpretação dos dados: Batista J, Cruz EDA, Lopez ECMS, Sarquis LMM, Seiffert LS, Wolff LDG.

Discussão dos resultados: Batista J, Cruz EDA, Lopez ECMS, Sarquis LMM, Seiffert LS, Wolff LDG.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Batista J, Cruz EDA, Lopez ECMS, Sarquis LMM, Seiffert LS, Wolff LDG.

Revisão e aprovação final da versão final: Batista J, Cruz EDA, Lopez ECMS, Sarquis LMM, Seiffert LS, Wolff LDG.

### AGRADECIMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. E Universidade Federal do Paraná – UFPR pelo apoio financeiro, processo n. 77168/19-53.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, parecer n. 742.607, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13383813.2.0000.0102. E no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, parecer n. 1.990.760, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 62101216.7.0000.0096.

### CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesses.

### HISTÓRICO

Recebido: 20 de fevereiro de 2019.

Aprovado: 04 de outubro de 2019.

### AUTOR CORRESPONDENTE

Josemar Batista

josemar.batista@hotmail.com