

# Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde



*Safety culture and communication about surgical errors from the perspective of the health team*

*Cultura de la seguridad y comunicación sobre errores quirúrgicos en la perspectiva del equipo de salud*

Josemar Batista<sup>a</sup>

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

Francine Taporosky Alpendre<sup>a</sup>

Danieli Parreira da Silva Stalysz da Paixão<sup>a</sup>

Ana Paula Gaspari<sup>a</sup>

Aline Batista Mauricio<sup>a</sup>

## Como citar este artigo:

Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Paixão DPSS, Gaspari AP, Mauricio AB. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180192. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a cultura de segurança do paciente em relação às dimensões relativas à comunicação e notificação de eventos na percepção da equipe de saúde.

**Método:** Survey realizado em hospital de ensino do Paraná mediante aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture a 158 profissionais atuantes em unidades cirúrgicas no período de maio a setembro de 2017. A análise dos dados se deu por estatística descritiva e analítica; dimensões com respostas positivas  $\geq 75\%$  representam áreas fortes para a segurança do paciente.

**Resultados:** Nenhuma dimensão ou item/question foram considerados fortes para a segurança do paciente cirúrgico. Houve diferença, com percepção menos negativa da enfermagem em relação à medicina, nas dimensões "Retorno da informação e comunicação sobre o erro" e "Frequência de relatos de eventos" ( $p < 0,001$ ).

**Conclusão:** A equipe de saúde percebe fragilidade na segurança de pacientes em relação à dimensão comunicação, demandando ações promotoras da segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Cultura organizacional. Comunicação. Segurança do paciente. Centros cirúrgicos.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the safety culture related to the communication dimensions and event notification from the perception of the health team.

**Method:** Survey carried out in a teaching hospital of Paraná through the application of the Survey on Patient Safety Culture questionnaire to 158 professionals working in surgical units from May to September 2017. The analysis of the data was done by descriptive and analytical statistics; dimensions with positive responses  $\geq 75\%$  represent strong areas for patient safety.

**Results:** No dimension or item/question were considered strong to surgical patient safety. There was a difference, with a less negative perception from nursing in relation to medicine, in the dimensions "Return of the information and communication about the error" and "Frequency of events reports" ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion:** The health team perceives that there is fragility in the patient safety in relation to the communication dimension, demanding actions that promote the patient safety.

**Keywords:** Organizational culture. Communication. Patient safety. Surgicenters.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la cultura de la seguridad del paciente en relación a las dimensiones relativas a la comunicación y notificación de eventos en la percepción del equipo de salud.

**Método:** Survey, realizado en un hospital de enseñanza del Paraná mediante el uso de la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture con 158 profesionales que actúan en unidades quirúrgicas durante el período de mayo a septiembre de 2017. Se realizó el análisis de datos a través de la estadística descriptiva y analítica. Las dimensiones con respuestas positivas  $\geq 75\%$  representan significativas áreas para la seguridad del paciente.

**Resultados:** Ninguna dimensión o elemento/question fue considerada como significativa para la seguridad del paciente quirúrgico. Se obtuvo un mayor índice (67,9%) cuanto a la libertad de hablar libremente sobre los riesgos en el cuidado, y un menor índice (25,2%) sobre los cambios generados por la comunicación del error. Hubo diferencias, con percepción menos negativa de la enfermería, en relación a la medicina, en las dimensiones "Retorno de la información y comunicación sobre el error" y "Frecuencia de relatos de eventos" ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** El equipo de salud observa una debilidad en la seguridad de los pacientes en relación a la dimensión de la comunicación, demandando acciones que promuevan seguridad del paciente.

**Palabras-clave:** Cultura organizacional. Comunicación. Seguridad del paciente. Centros quirúrgicos.

<sup>a</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

As ações para promover a segurança do paciente e melhorar a qualidade nos serviços de saúde têm sido progressivamente divulgadas visando prevenir incidentes<sup>(1)</sup>. Contudo, apesar dos avanços ocorridos no que se refere aos desafios globais no tema, a assistência dispensada pelas instituições de saúde persiste com baixo grau de confiabilidade<sup>(2)</sup> perdurando a ocorrência de eventos adversos (EA) oriundos de falhas estruturais e processuais do trabalho.

Considera-se que a existência de diversos fatores contribuem para essas fragilidades dos serviços de saúde, entre eles, o comportamento do profissional no que tange à adesão às boas práticas assistenciais e positiva cultura de segurança organizacional, que consiste nos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão e o cuidado seguro<sup>(3)</sup>. Assim, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) elaborou instrumento para mensurar a cultura de segurança organizacional, denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* - HSOPSC. Este é composto por 12 dimensões relacionadas à segurança do paciente, entre essas comunicação e relato de incidentes em saúde<sup>(4-5)</sup>.

A comunicação eficaz entre os profissionais é crucial para o atendimento seguro, especialmente em serviços complexos e que envolvem múltiplos profissionais<sup>(6)</sup> como, por exemplo, ambientes de internação cirúrgica. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde entre 2007-2008 lançou o segundo desafio global (Cirurgias Seguras Salvam Vidas) no qual enfatizou a importância de promover a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica por meio da instrumentalização da lista de verificação de segurança cirúrgica em formato de *checklist* para evitar falhas operatórias e assegurar o cuidado seguro<sup>(7)</sup>. No hospital cenário desta pesquisa o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas foi implantado em 2010.

Embora se reconheça a relevância da comunicação efetiva no ambiente cirúrgico, relatório publicado no Reino Unido identificou que falha na comunicação foi o segundo fator contributivo para incidentes cirúrgicos<sup>(8)</sup> e, profissionais de saúde de um centro cirúrgico de hospital brasileiro referiram não perceber melhorias na comunicação interpessoal com a implantação do *checklist* cirúrgico<sup>(9)</sup>. Deste modo, percebe-se que aprimorar a comunicação persiste como um desafio, em especial, nos aspectos de notificação de incidentes e EA e *feedback* das ações promotoras do cuidado seguro, visando a construção de um círculo virtuoso que colabora para o aprimoramento da cultura organizacional.

Neste sentido, mediante os preceitos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual estabelece a construção progressiva da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, a partir da identificação e notificação de incidentes<sup>(10)</sup> justifica-se a presente pesquisa ao investigar as dimensões da cultura de segurança do HSOPSC relativas à abertura de comunicação e relatos de erros cirúrgicos.

Acredita-se que estudar estas dimensões contribui para mitigar erros cirúrgicos, bem como colabora com os gestores no elenco de ações prioritárias para evitar a recorrência de incidentes e EA. Desta forma, questiona-se: Como se apresenta a cultura de segurança no que se refere à abertura de comunicação e relatos de erros cirúrgicos?

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente em relação às dimensões relativas à comunicação e notificação de eventos na percepção da equipe de saúde.

## ■ MÉTODO

Estudo transversal do tipo *survey* realizado em cinco unidades cirúrgicas e um centro cirúrgico geral de hospital de ensino federal do Estado do Paraná, cuja população de estudo era composta de 248 profissionais, entre cirurgiões, anesthesiologistas, residentes em cirurgia e anesthesiologia, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Foram convidados a participar da pesquisa 166 trabalhadores para compor amostra intencional e não-probabilística, baseada na recomendação da AHRQ que estabelece amostra mínima de 50% da população-alvo para censos  $\leq 500$  indivíduos<sup>(5)</sup>.

Elegeram-se para a pesquisa profissionais da equipe de enfermagem e médica lotados e atuantes em unidade cirúrgica e/ou centro cirúrgico no período de coleta de dados, com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais e interação direta ou indireta com pacientes. Foram excluídos da análise os participantes cujos questionários tiveram menos de 50% das perguntas respondidas ou que continham apenas respostas para o perfil sociolaboral e/ou com a mesma resposta em todas as dimensões<sup>(5)</sup>.

Os dados foram coletados entre maio e setembro de 2017 utilizando-se o questionário autoaplicável HSOPSC, traduzido e validado para o contexto brasileiro<sup>(11)</sup>. Este contempla 42 itens distribuídos em 12 dimensões de cultura de segurança avaliadas no âmbito individual, das unidades e do hospital. Os itens, redigidos de forma positiva e negativa, são respondidos por meio de escala tipo *Likert* de cinco pontos, com categorias de respostas em grau

de concordância<sup>(5,11)</sup>. Optou-se por investigar três dimensões (“Abertura de comunicação”, “Retorno da informação e comunicação sobre o erro” e “Frequência de relatos de eventos”), compostas por três itens ou questões cada, pelo fato do instrumento possibilitar a análise das dimensões isoladamente e por compreender que estas melhor retratam a cultura de comunicação e respondem ao objetivo desta pesquisa.

Os profissionais de saúde foram abordados individualmente e/ou em grupo no ambiente de trabalho, nos turnos matutino, vespertino e noturno, para o convite e esclarecimentos sobre a pesquisa. Aos que aceitaram participar foram distribuídos, em envelope fechado, o HSOPSC e o termo de consentimento livre e esclarecido, os quais foram recolhidos pelo próprio pesquisador e codificados pela sequência numérica das devolutivas. Foi utilizado, opcionalmente para o participante, *tablet* carregado com o instrumento na plataforma, *ad hoc*, do aplicativo *QuickTapSurvey*.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup>, por dupla digitação, verificação e correção de inconsistências. As respostas foram agrupadas em positiva (concordo totalmente/concordo ou sempre/quase sempre), neutra (nem concordo e nem discordo ou às vezes), e negativa (discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente)<sup>(5)</sup>.

Qualificaram-se dimensões e itens de acordo com o índice alcançado: áreas fortes  $\geq 75\%$ , áreas neutras  $\geq 51\%$  e  $\leq 74\%$  e áreas negativas  $\leq 50\%$ <sup>(4-5)</sup>. A consistência interna do HSOPSC foi calculada pelo Alfa de Cronbach e considerou-se satisfatório quando  $\geq 0,8$ <sup>(12)</sup>.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, e variáveis qualitativas por frequências absoluta e relativa. As variáveis categóricas foram comparadas usando-se o teste de Qui-quadrado com valor de significância de  $p < 0,05$  e os dados processados com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0 e assessoria de profissional estatístico.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos institucional sob parecer de número 1.990.760 e extraída da dissertação de mestrado intitulada: Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de eventos adversos cirúrgicos em diferentes naturezas administrativas da gestão pública<sup>(13)</sup>.

12,3) com tempo de atuação média de 18 anos (desvio padrão de 12,2). O perfil sociodemográfico e laboral dos participantes são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e laborais dos profissionais de saúde atuantes em unidades cirúrgicas/centro cirúrgico. Curitiba, PR, Brasil, 2017

Variáveis	n (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	91 (57,6)
Masculino	67 (42,4)
<b>Cargo/ Função</b>	
Médico do corpo clínico/médico assistente	41 (26,0)
Médico residente/médico em treinamento	31 (19,6)
Enfermeiro	15 (9,5)
Técnico de Enfermagem	24 (15,2)
Auxiliar de Enfermagem	47 (29,6)
<b>Escolaridade</b>	
Segundo grau (ensino médio) completo	26 (16,5)
Ensino superior incompleto	12 (7,6)
Ensino superior completo	35 (22,2)
Pós-graduação (nível especialização)	59 (37,3)
Pós-graduação (nível mestrado ou doutorado)	25 (15,8)
Sem resposta	01(0,6)
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>	
$\leq 5$ anos	65 (41,1)
6 - 15 anos	29 (18,4)
$\geq 16$ anos	64 (40,5)
<b>Tempo de trabalho na unidade</b>	
$\leq 5$ anos	86 (54,4)
6 - 15 anos	21 (13,3)
$\geq 16$ anos	51 (32,3)
<b>Carga horária semanal</b>	
20 - 39 horas	111 (70,2)
$\geq 40$ horas	47 (29,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

## ■ RESULTADOS

Participaram da pesquisa 158 profissionais de saúde; 54,4% (n=86) corresponderam à equipe de enfermagem. A média de idade, em anos, foi de 43,0 (desvio padrão de

A Tabela 2 mostra a frequência relativa de respostas referentes às dimensão e itens/questões que as compõem; nenhuma área forte para a segurança do paciente ( $\geq 75\%$  de respostas positivas) foi observada.

**Tabela 2** – Distribuição dos resultados por dimensão e itens de cultura de segurança dos profissionais de saúde atuantes em unidades cirúrgicas/centro cirúrgico. Curitiba, PR, Brasil, 2017

Dimensões e itens/questions	Percentual de respostas		
	Negativa	Neutra	Positiva
<b>Abertura de comunicação</b>	<b>26,1</b>	<b>23,1</b>	<b>50,8</b>
Os profissionais têm liberdade para falar livremente se ver algo que possa afetar negativamente o cuidado do paciente	10,3	21,8	67,9
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	40,5	23,4	36,1
Os profissionais têm receio de realizar perguntas quando algo parece não estar correto	27,2	24,1	48,7
<b>Retorno da informação e comunicação sobre o erro</b>	<b>30,4</b>	<b>31,8</b>	<b>37,8</b>
Recebemos informações sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	36,1	38,7	25,2
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	31,0	26,6	42,4
Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	24,1	30,4	45,6
<b>Frequência de relatos de eventos</b>	<b>31,9</b>	<b>22,8</b>	<b>45,3</b>
Quando ocorre um erro, ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?	34,6	21,2	44,2
Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é notificado?	33,1	24,2	42,7
Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é notificado?	28,0	22,9	49,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os resultados estão apresentados de acordo com a equipe (médica e de enfermagem) na Tabela 3; houve prevalência de dimensões classificados como áreas frágeis, com escore de respostas positivas  $\leq 50\%$ . Comparados à equipe médica, os profissionais de enfermagem apresen-

taram percepção mais positiva, com diferença significativa para as dimensões “Retorno da informação e comunicação sobre o erro” e “Frequência de relatos de eventos”, essa com consistência interna satisfatória.

**Tabela 3** – Distribuição dos resultados por dimensão de cultura de segurança dos profissionais de enfermagem e medicina atuantes em unidades cirúrgicas/centro cirúrgico e Alfa de Cronbach. Curitiba, PR, Brasil, 2017

Dimensão	Percentual de respostas Equipe de Enfermagem			Percentual de respostas Equipe Médica			p-valor*
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
<b>Abertura de comunicação</b> (Alfa de Cronbach=0,55)	26,5	19,8	53,7	25,6	27,0	47,4	0,173
<b>Retorno da informação e comunicação sobre o erro</b> (Alfa de Cronbach=0,76)	29,3	25,4	45,3	31,6	39,5	28,8	<0,001
<b>Frequência de relatos de eventos</b> (Alfa de Cronbach=0,82)	20,9	22,8	56,3	44,9	22,7	32,4	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

\*Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ .

## ■ DISCUSSÃO

Os dados permitiram identificar que as dimensões e itens/questões foram considerados, majoritariamente, como neutros ou frágeis para a segurança de acordo com a agência norte-americana, a qual reconhece como satisfatórios quando índice  $\geq 75\%$  de respostas positivas<sup>(5)</sup>. Evidenciou-se, na percepção dos profissionais da presente pesquisa, indicadores de cultura organizacional limitantes à segurança do paciente cirúrgico.

Este resultado é consistente ao se observar o perfil laboral dos participantes, que relataram tempo de atuação profissional na unidade/hospital suficientemente satisfatório para compreender aspectos da cultura institucional, e estão consoantes a premissa da Organização Mundial de Saúde e *Joint Commission International*, ao elencarem a comunicação efetiva entre as metas internacionais de segurança do paciente<sup>(14)</sup> e reconhecidamente um dos desafios para melhorias em outros preditores de cultura organizacional.

A fragilidade da cultura no que concerne à abertura de comunicação para erros e falhas assistenciais apresentou características semelhantes em outras instituições hospitalares públicas e privadas, situadas na capital e região portuária do Peru, em cujo estudo participaram 1.679 profissionais de saúde. Os resultados mostraram, para as dimensões “Abertura de comunicação”, “Retorno da informação e comunicação sobre erros” e “Frequência de relatos de eventos”, índices de respostas positivas de 35%, 37% e 30%, respectivamente<sup>(15)</sup>, evidenciando fragilidade.

Esses dados são importantes ao se considerar que a comunicação é um dos componentes necessários a quaisquer esforços para alcançar resultados positivos na área cirúrgica<sup>(7)</sup>. Ademais, destaca-se o papel das lideranças com vistas a auxiliar na superação de barreiras e problemas de comunicação entre os departamentos e serviços. Os líderes determinam os parâmetros da comunicação eficaz por compreenderem as dinâmicas que envolvem diversas categorias profissionais e unidades estruturais<sup>(14)</sup>.

Das três dimensões avaliadas, “Abertura de comunicação” apresentou menor índice de respostas positivas (27,4%) em investigação conduzida na China, a qual esteve associada com maior tempo de atuação do profissional no hospital<sup>(16)</sup>. Considerando que na presente pesquisa 40,5% dos participantes informaram tempo de trabalho na instituição  $\geq 21$  anos, pode-se valorar o elevado percentual de respostas negativas/neutras.

Nota-se que a dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre o erro” apresentou maior fragilidade, para a equipe médica e de enfermagem (28,8 e 45,3% de respostas positivas, respectivamente). Esta dimensão es-

teve, no referido estudo chinês, entre as dimensões limítrofes para cultura de segurança, com 50,5% de respostas positivas (n=334)<sup>(16)</sup>.

Investigação multicêntrica realizada em hospitais universitários da Alemanha demonstrou que, assim como nesta pesquisa, a equipe de saúde evidenciou índices relativamente inferiores de respostas positivas referente ao *feedback* de eventos que são notificados, o que foi observado pelo percentual de respostas negativas/neutras nesta dimensão (48%; n=468)<sup>(17)</sup>. No Brasil, estudo transversal realizado em três unidades de um hospital público do Estado do Paraná, com base em 71 inquéritos de cultura de segurança, revelou o *feedback* como uma questão falha nas unidades pesquisadas<sup>(18)</sup>.

A baixa percepção dos participantes frente às ações de segurança adotadas a partir do relatório de eventos apontou a necessidade de ações a serem desempenhadas pelos gestores. Bem como, no compartilhamento de decisões com vistas à correção e prevenção de fatores a eles associados. A notificação de EA é encorajada quando os profissionais percebem que sua ação contribui para gerar mudanças positivas na prática assistencial; por outro lado, a percepção da ausência de ações corretivas e preventivas concorre para progressiva sub-notificação, a qual gera falhas no diagnóstico dos problemas relativos à segurança do paciente.

Os resultados indicaram ser imperativo evoluir na gestão compartilhada, haja vista que 54,5% (n=86) dos participantes relataram não discutir alternativas para prevenir a recorrência de erros cirúrgicos. Tampouco referiram sentir-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores (63,9%, n=101). Esses resultados demonstraram o *gap* de comunicação mútuo tanto da equipe assistencial quanto da administração e gerência, e foram semelhantes ao relatado pelos participantes de estudo alemão. Este indicou neutralidade (53,9%; n=525) para a afirmativa “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente” e de 45,4% (n=442) para a questão “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores”<sup>(17)</sup>.

A identificação de fragilidades no processo de trabalho, no que se refere à comunicação de erros, pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações de melhoria nas unidades investigadas, a fim de fortalecer a cultura de segurança dos profissionais que atuam com o paciente cirúrgico. Uma revisão de literatura identificou a comunicação como uma competência chave para a segurança em serviços de saúde, ambiente no qual os profissionais devem estar aptos para se comunicarem efetivamente com a equipe e pacientes, para que haja compreensão recíproca,

suporte aos relacionamentos significativos e envolvimento nas tomadas de decisões sobre o cuidado, diminuindo assim a possibilidade de erros e EA<sup>(19)</sup>.

A cultura de segurança positiva é favorável à notificação de incidentes, contudo, nesta pesquisa foi considerada como área frágil, com respostas positivas de 45,3% (n=72) na dimensão "Frequência de relatos de eventos". A notificação de incidentes e EA também foi considerada uma área passível de melhorias na investigação chinesa, cujos resultados foram semelhantes, com 43% de respostas positivas<sup>(16)</sup>, assim como no estudo alemão, com 38% de respostas positivas<sup>(17)</sup>. Os resultados mostraram a necessidade de alavancar ações básicas para a notificação e, nesta pesquisa com destaque à equipe médica, cujo índice de respostas positivas foi inferior à da equipe de enfermagem. Percepção mais positiva da equipe de enfermagem, em relação à equipe médica, nas dimensões "Retorno da informação e comunicação sobre o erro" e "Frequência de relatos de eventos" ( $p < 0,001$ ) corrobora estudo realizado em três instituições de saúde da Moldávia em relação ao relato de EA<sup>(20)</sup>.

Entre os fatores que podem ter contribuído para resultados mais favoráveis para equipe de enfermagem, na presente pesquisa, relacionam-se ao envolvimento de um grupo de enfermeiros da instituição para implantação de ações de segurança, como adoção de protocolo de segurança cirúrgica e prevenção de quedas. Ainda, a enfermagem é equipe com maior interação direta com os pacientes, demonstrando forte consciência em relação a diversos aspectos relativos à segurança do paciente<sup>(20)</sup>.

Considera-se que a notificação sistemática de incidentes e EA pode promover discussões interdisciplinares para busca de soluções ancoradas em ações básicas de segurança, cuja finalidade é evitar a recorrência, e identificar lacunas na segurança do paciente<sup>(10)</sup>. Assim, reduzir os elementos que dificultam a abertura para comunicação efetiva entre os membros da equipe cirúrgica e promover a notificação de incidentes e EA cirúrgicos constituem meios de aprimoramento e ferramentas gerenciais com vistas à promoção de cuidado seguro.

## CONCLUSÃO

Os resultados apontaram fragilidades na cultura de segurança organizacional relativa à comunicação. Ações para promover a abertura na comunicação, sistematizar o retorno da informação mediante comunicação do erro, além de estimular a notificação de EA são necessárias para o fortalecimento da comunicação, dimensão reconhecidamente fundamental para a segurança do paciente.

Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam com ações gerenciais de controle e melhoria contínua da qualidade do cuidado cirúrgico frente aos problemas detectados, agregando conhecimento à prática profissional em saúde e enfermagem perioperatória. A identificação de lacunas na comunicação nesta pesquisa pode espelhar outras realidades assistenciais e, deste modo, instigar a educação profissional e continuada no tema, com vistas ao reconhecimento de sua relevância e seu desenvolvimento para a construção da cultura de segurança.

Constitui limitação desta pesquisa a baixa consistência interna de duas dimensões analisadas, demonstrando baixa confiabilidade das respostas dos profissionais ao inquérito de cultura. Portanto, é necessário a realização de novas investigações que englobem outras unidades cirúrgicas, com amostra de participantes superior à apresentada.

## REFERÊNCIAS

1. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03243. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>.
2. National Patient Safety Foundation (US). Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err Is Human: report of an expert panel convened by The National Patient Safety Foundation. Boston: NPSF; 2015 [cited 23 May 2018]. Available from: [https://cymcdn.com/sites/www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free\\_from\\_Harm.pdf](https://cymcdn.com/sites/www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf).
3. World Health Organization (CH). The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1: final technical report. Geneva: WHO; 2009 [cited 2018 Feb 21]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).
4. Famolaro T, Yount N, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Hospital survey on patient safety culture: 2016 user comparative database report. Rockville, MD: AHRQ; 2016 [cited 2018 Jun 24]. Available from: [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016\\_hospitalops\\_report\\_pt1.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalops_report_pt1.pdf).
5. Sorra J, Gray L, Stregale S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. Rockville, MD: AHRQ; 2016 [cited 2018 Apr 30]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>.
6. Clanton J, Clark M, Loggins W, Herron R. Effective handoff communication. In: Firstenberg MS, Stawicki S, editors. *Vignettes in patient safety*. London: IntechOpen; 2018. v. 2, p. 25-44. doi: <https://doi.org/10.5772/intechopen.69747>.
7. World Health Organization (CH). Safe surgery saves lives: the second global patient safety challenge. Geneva: WHO; 2009 [cited 2018 Jul 17]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge\\_base/SSSL\\_Brochure\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf).
8. Mushtaq F, O'Driscoll C, Smith FCT, Wilkins D, Kapur N, Lawton R. Contributory factors in surgical incidents as delineated by a confidential reporting system. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018;100(5):401-5. doi: <https://doi.org/10.1308/rcsann.2018.0025>.

9. Pancieri AP, Santos BP, Ávila MAG, Braga EM. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):71-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]*. 2013 abr 2;150(62 Seção 1):43-44.
11. 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.* 2016;32(11):e00115614. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>.
12. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tathan RL. *Análise multivariada de dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
13. Batista J. *Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de eventos adversos cirúrgicos em diferentes naturezas administrativas da gestão pública [dissertação]*. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2018 [citado 2018 jul 17]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/55069>.
14. Joint Commission International (US). *Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais*. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA; 2010.
15. Arrieta A, Suarez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *Int J Qual Health Care.* 2018;30(3):186-91. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx165>.
16. Zhao X, Liu W, Wang Y, Zhang L. Survey and analysis of patient safety culture in a county hospital. *Fam Med Community Health.* 2017;5(4):299-310. doi: <https://doi.org/10.15212/FMCH.2017.0137>.
17. 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.* 2017;7(11):e018366. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018366>.
18. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. *Cogitare Enferm.* 2015;20(3):474-81. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>.
19. Paixão TCR, Balsanelli AP, Bohomol E, Neves VR. Management competences related to patient safety: an integrating review. *Rev SOBECC.* 2017;22(4):245-53. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040009>.
20. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, Savin V, et al. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Clujul Medical.* 2018;91(1):65-74. doi: <https://doi.org/10.15386/cjmed-869>.

## ■ AGRADECIMENTO

Agradecimento à CAPES, pela concessão de bolsa de estudo para Josemar Batista.

## ■ Autor correspondente:

Josemar Batista

E-mail: [josemar.batista@hotmail.com](mailto:josemar.batista@hotmail.com)

Recebido: 18.07.2018

Aprovado: 03.09.2018