





CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES CIRÚRGICAS DE HOSPITAIS DE ENSINO

CULTURE OF PATIENT SAFETY IN SURGICAL UNITS OF TEACHING HOSPITALS

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDADES QUIRÚRGICAS DE HOSPITALES ESCUELA

 Evelyn da Costa Martins Silva Lopez¹
 Elaine Drehmer de Almeida Cruz¹
 Francine Taporosky Alpendre¹
 Josemar Batista¹

¹ Universidade Federal do Paraná - UFPR, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Josemar Batista
E-mail: josemar.batista@hotmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Evelyn C. M. S. Lopez, Elaine D. A. Cruz, Francine T. Alpendre, Josemar Batista; **Coleta de Dados:** Evelyn C. M. S. Lopez, Francine T. Alpendre, Josemar Batista; **Conceitualização:** Evelyn C. M. S. Lopez, Elaine D. A. Cruz, Francine T. Alpendre, Josemar Batista; **Gerenciamento do Projeto:** Elaine D. A. Cruz; **Metodologia:** Evelyn C. M. S. Lopez, Elaine D. A. Cruz, Francine T. Alpendre, Josemar Batista; **Redação - Preparação do Original:** Evelyn C. M. S. Lopez, Elaine D. A. Cruz, Francine T. Alpendre, Josemar Batista; **Redação - Revisão e Edição:** Elaine D. A. Cruz, Francine T. Alpendre, Josemar Batista; **Supervisão:** Elaine D. A. Cruz; **Visualização:** Evelyn C. M. S. Lopez, Josemar Batista.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 28/07/2019

Aprovado em: 04/12/2019

RESUMO

Objetivo: analisar a cultura de segurança em unidades cirúrgicas de três hospitais de ensino paranaenses. **Método:** *survey*, transversal, com coleta de dados realizada entre 2017 e 2018, em três hospitais com administração federal, estadual e privada. Utilizou-se o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, que analisa 12 dimensões da cultura de segurança; aquelas com índices $\geq 75\%$ foram consideradas fortalecidas. **Resultados:** a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” foi identificada como fortalecida no hospital privado (77,8%); nos demais, nenhuma dimensão mostrou cultura fortalecida. Os profissionais do hospital privado externaram, significativamente, percepção menos negativa em seis dimensões de cultura. Comparados aos profissionais médicos, a Enfermagem apresentou percepção mais positiva, com diferença significativa para quatro dimensões. **Conclusão:** a administração privada estimula a cultura de segurança, quando comparada à pública. As dimensões frágeis são expressivas em todos os segmentos de trabalhadores, tornando-se desafio para promover cultura positiva em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Assistência Perioperatória; Administração Hospitalar; Qualidade da Assistência à Saúde; Hospitais de Ensino.

ABSTRACT

Objective: to analyze the safety culture in surgical units of three teaching hospitals in Paraná. **Method:** a cross-sectional survey, with data collection, carried out between 2017 and 2018, in three hospitals with federal, state and private administration. We used the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* questionnaire, which analyzes 12 dimensions of the safety culture; we considered those with rates $\geq 75\%$ as strengthened. **Results:** the dimension “teamwork within the units” was identified as strengthened in the private hospital (77.8%); in the others, no dimension showed a strengthened culture. The professionals of the private hospital significantly expressed a less negative perception in six dimensions of culture. Compared to medical professionals, Nursing showed a more positive perception, with a significant difference for four dimensions. **Conclusion:** private administration encourages a culture of security when compared to public administration. The fragile dimensions are expressive in all segments of workers, making it a challenge to promote a positive culture in surgical units of teaching hospitals.

Keywords: Patient Safety; Organizational Culture; Perioperative Care; Hospital Administration; Quality of Health Care; Hospitals, Teaching.

Como citar este artigo:

Lopez ECMS, Cruz EDA, Alpendre FT, Batista J. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em _____];24:e-1298. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20200027

RESUMEN

Objetivo: analizar la cultura de seguridad en unidades quirúrgicas de tres hospitales docentes del estado de Paraná. **Método:** encuesta transversal, con recogida de datos realizada entre 2017 y 2018, en tres hospitales de administración federal, estatal y privada. Se utilizó el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* que analiza 12 dimensiones de la cultura de seguridad; aquéllas con tasas $\geq 75\%$ se consideraron fortalecidas. **Resultados:** se identificó la dimensión "trabajo en equipo dentro de las unidades" como fortalecida en el hospital privado (77.8%); en los demás, ninguna dimensión mostró una cultura fortalecida. Los profesionales del hospital privado expresaron significativamente una percepción menos negativa en seis dimensiones de la cultura. En comparación con los profesionales médicos, la enfermería mostró una percepción más positiva, con una diferencia significativa en cuatro dimensiones. **Conclusión:** la administración privada fomenta una cultura de seguridad, en comparación con la pública. Las dimensiones frágiles son expresivas en todos los segmentos de los trabajadores. Por ello, promover la cultura positiva en las unidades quirúrgicas de los hospitales escuela se ha vuelto un reto.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Atención Perioperativa; Administración Hospitalaria; Calidad de la Atención de Salud; Hospitales de Enseñanza.

INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares investem em iniciativas para promover a segurança do paciente e a qualidade na assistência, entretanto, eventos adversos cirúrgicos são frequentes.¹ Após 15 anos da publicação do relatório *To err is human* do *Institute of Medicine*,² o tema cultura de segurança persiste como fundamental ao sistema de saúde, por estar fortemente associado a melhores resultados da prática clínica.³

A cultura de segurança é compreendida pela Organização Mundial de Saúde como valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração para desenvolvimento de organização segura.⁴ Esta consiste em ferramenta gerencial em prol da assistência segura, considerando-se ser fundamental dimensionar os problemas das instituições como base para planejar e fortalecer ações direcionadas à promoção de atitudes proativas da equipe de saúde, com vista a reduzir erros evitáveis.⁵

Promover cultura positiva nas organizações de saúde depende fortemente da estrutura organizacional e das prioridades institucionais, bem como da liderança transformacional e da comunicação efetiva entre as partes envolvidas no processo assistencial e de gestão.⁶ A cultura influencia, diretamente, o cuidado, determina práticas aceitas e atua, indiretamente, como barreira ou facilitadora da adoção de comportamentos que estimulam práticas seguras.⁷ Dessa forma, a cultura institucional se reflete nos processos perioperatórios e, portanto, pode ser um método pelo

qual os hospitais promovem a qualidade de atendimento cirúrgico⁸ e, em especial, frente ao aumento da capacidade cirúrgica global.^{8,9}

Nessa perspectiva, além de reconhecer o papel fundamental dos hospitais de ensino na formação de recursos humanos para o sistema de saúde, compor uma cultura de segurança positiva nessas instituições serve de exemplo para os futuros profissionais implantarem práticas sistemáticas, com vistas aos princípios da segurança e qualidade assistencial perioperatória. Nesse contexto de incentivo à cultura de segurança, há limitações de informações sobre as diferenças existentes em hospitais brasileiros, em diferentes arranjos organizacionais e características diversas. Analisar a cultura de segurança do paciente em hospitais de ensino com administração diversa estimula os processos em prol da qualidade da assistência e segurança do paciente, com sugestões para intervenções de melhorias.¹⁰ Desse modo, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a cultura de segurança em unidades cirúrgicas de três hospitais de ensino paranaense.

MÉTODO

Pesquisa *survey*, transversal, com abordagem quantitativa, que foi realizada em três hospitais de ensino com diferentes tipos de administração, no período de maio de 2017 a março de 2018. A seleção dos hospitais participantes, todos prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde, foi por conveniência, com vistas a assegurar a investigação daqueles de maior porte e de ensino, instalados na capital paranaense, sob diferentes formas de administração/financiamento, qual seja, federal, privado e estadual e denominados, respectivamente, A, B e C.

A população-alvo foi constituída da equipe médica e de Enfermagem de sete unidades de internação cirúrgica e três centros cirúrgicos. Essa população foi identificada a partir de informações da gerência das unidades, totalizando 248 profissionais no hospital A, 205 no hospital B e 168 no hospital C. A amostra foi intencional, não probabilística e baseada no guia instrucional da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que estabelece amostra mínima de 50% para populações inferiores a 500 indivíduos.¹¹

Foram critérios de inclusão: profissionais médicos e de Enfermagem atuantes nos centros cirúrgicos e/ou unidades de internação cirúrgicas dos hospitais participantes, no período de coleta de dados; com carga horária mínima semanal de trabalho de 20 horas; com contato direto ou interação com pacientes cirúrgicos; e aqueles sem contato direto com o paciente, mas com função de liderança, gerência ou supervisão. Excluíram-se os participantes cujos questionários não tivessem completude mínima de 50%, os que contivessem apenas respostas para fins sociolaborais e os com respostas iguais para todas as dimensões do instrumento.¹¹

Os dados foram coletados com a aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) - versão brasileira.^{12,13} Este é constituído de 42 itens, estruturados em 12 dimensões de cultura

de segurança. A maioria das questões é avaliada a partir de escala de Likert de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância.¹¹ Os profissionais foram abordados diretamente ou em grupo para esclarecimentos; àqueles que consentiram participar foram entregues duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o instrumento em dispositivo eletrônico móvel, sem conexão com a internet - *software ad hoc* ou, opcionalmente, em instrumento impresso.

Os dados foram inseridos em planilha *Microsoft Excel*® 2016, por dupla digitação e correção de inconsistências. Após a reversão das sentenças formuladas negativamente, as respostas foram agrupadas em positiva (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre), neutra (nem discordo nem concordo ou às vezes) e negativa (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente).¹¹ Dimensões com $\geq 75\%$ de respostas positivas foram consideradas fortes; entre 51 e 74%, neutras; e $\leq 50\%$ indicaram fragilidade para a cultura de segurança do paciente.¹¹ O alfa de Cronbach testou a confiabilidade do HSOPSC; consideraram-se satisfatórios valores $\geq 0,8$.¹⁴

As variáveis categóricas foram analisadas por estatística descritiva em medidas de proporção absoluta e relativa. Para a análise comparativa das variáveis quantitativas, entre os três hospitais, utilizou-se o modelo de análise da variância (ANOVA) com um fator e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis; e para as variáveis categóricas aplicou-se o teste de qui-quadrado. Os dados foram processados pelo *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0, com valor de significância de $p < 0,05$, e assessoria estatística.

A pesquisa integra o projeto "Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de eventos adversos cirúrgicos em hospitais brasileiros" e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições participantes, conforme Parecer nº 1.990.760 (hospital A), 2.325.448 (hospital B) e 2.367.592 (hospital C).

RESULTADOS

A taxa de resposta global foi de 61,35% (n=381) da população-alvo (n=621). Destes, 63,7% (n=158) no hospital A; 59% (n=121) no hospital B; e 60,7% (n=102) no hospital C. A média de idade dos participantes foi de 43 anos no hospital A (desvio-padrão -DP±12,3), 32,2 no hospital B (DP±8,2) e 35 no hospital C (DP±9,7). A média de atuação profissional (em anos) no hospital A foi de 18, no hospital B de 4,7 e no hospital C de 5,7 anos. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais segundo o perfil sociodemográfico e laboral

A Tabela 2 mostra que a dimensão "trabalho em equipe dentro das unidades" foi a única identificada como fortalecida no hospital B (77,8% de respostas positivas), além de que os profissionais desse hospital externaram, significativamente, percepção menos negativa em seis dimensões de cultura ($p < 0,001$). Nos demais, nenhuma outra dimensão mostrou cultura fortalecida. O questionário obteve

confiabilidade geral satisfatória de 0,89 (hospital A), 0,90 (hospital B) e 0,91 para o hospital C.

No hospital B, três dimensões foram consideradas fortalecidas entre os profissionais de Enfermagem, com escore de respostas positivas $\geq 75\%$ (Tabela 3). Comparados aos profissionais médicos, a Enfermagem apresentou percepção mais positiva, com diferença significativa ($p < 0,05$) para quatro dimensões, a saber: "retorno da informação e comunicação sobre o erro", "frequência de relatos de eventos", "trabalho em equipe entre as unidades" e "passagem de plantão/turnos e transferências".

Na Tabela 4 estão apresentados os resultados relativos à nota de segurança atribuída e número de eventos notificados/percebidos pelos profissionais nos últimos 12 meses.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança difere entre os hospitais e pode estar associada a diferenças gerenciais em relação ao compromisso da organização em melhorar a segurança do paciente.¹⁵ Em contrapartida, as áreas frágeis da cultura de segurança se apresentaram, em geral, consonante nos três cenários analisados, a partir do escore geral positivo ($\geq 75\%$) estabelecido pela AHRQ.¹¹ Esse dado corrobora estudos conduzidos na região Nordeste¹⁰ e Sul¹⁶ do Brasil, que expressaram escores de cultura inferior ao referido como desejável pela agência norte-americana. Revisão sistemática apurou que as culturas organizacionais hospitalares em 21 países, majoritariamente europeus e asiáticos, são subdesenvolvidas ou frágeis e requerem melhorias.¹⁷

Diante da diversidade de países que demonstram resultados de cultura de segurança frágil, é possível aceitar e reconhecer a necessidade de valoração de ações promotoras de segurança direcionadas nas instituições, com vistas a fortalecer o construto cultura de segurança; mas, também permite identificar que o índice estabelecido para reconhecer uma cultura fortalecida ($\geq 75\%$) está acima da realidade brasileira e, possivelmente, de outros países.

A única dimensão fortalecida na presente pesquisa foi "trabalho em equipe dentro das unidades", com 77% de respostas positivas no hospital B e com diferença significativa em relação aos demais hospitais. No Brasil, estudo que se propôs a avaliar a cultura de segurança do paciente em hospitais com diferentes tipos de gestão encontrou que o hospital privado alcançou níveis de fortaleza ($\geq 75\%$) em cinco dimensões.¹⁰ No Peru, diferenças significativas foram observadas em oito dimensões, quando comparados o setor privado com o público¹⁵, corroborando os dados aqui apresentados, ao revelar que os profissionais de saúde da instituição privada (hospital B) perceberam seis dimensões de cultura, significativamente mais próxima do escore positivo estabelecido. Infere-se que os gestores de instituições privadas

Tabela 1 – Distribuição das características demográficas e laborais dos profissionais de saúde. Curitiba, 2017-2018

Variáveis	Hospital A		Hospital B		Hospital C	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	91	57,6	67	55,4	59	57,8
Masculino	67	42,4	54	44,6	43	42,2
Categoria profissional						
Médico	41	25,9	23	19,0	15	14,7
Médico-residente	31	19,6	57	47,1	37	36,3
Enfermeiro	15	9,5	15	12,4	15	14,7
Técnico de Enfermagem	24	15,2	18	14,9	25	24,5
Auxiliar de Enfermagem	47	29,7	08	6,6	10	9,8
Grau de instrução						
Ensino médio completo	26	16,4	25	20,7	34	33,3
Ensino superior incompleto	12	7,7	-	-	-	-
Ensino superior completo	35	22,2	32	26,4	23	22,5
Pós-graduação (nível especialização)	59	37,3	55	45,5	37	36,3
Pós-graduação (nível mestrado ou doutorado)	25	15,8	08	6,6	07	6,9
Ignorado	01	0,6	01	0,8	01	1,0
Tempo de atuação no hospital (em anos)						
Menos de 1	22	13,9	15	12,4	14	13,7
1-5	43	27,2	81	66,9	58	56,9
6-10	06	3,8	19	15,7	25	24,5
11-15	23	14,6	-	-	-	-
16-20	10	6,3	-	-	-	-
21 ou mais	54	34,2	06	5,0	05	4,9
Tempo de atuação na unidade (em anos)						
Menos de 1	31	19,6	21	17,4	24	23,5
1-5	55	34,8	78	64,5	54	52,9
6-10	06	3,8	17	14,0	20	19,6
11-15	15	9,5	-	-	-	-
16-20	11	7,0	-	-	-	-
21 ou mais	40	25,3	05	4,1	04	3,9
Carga horária semanal						
20-39 horas	110	69,6	53	43,8	50	49,0
40-59 horas	17	10,8	04	3,3	15	14,7
60-79 horas	17	10,8	34	28,1	22	21,6
80-99 horas	07	4,4	26	21,5	10	9,8
100 horas ou mais	06	3,8	04	3,3	05	4,9
Ignorado	01	0,6	-	-	-	-
Interação/Contato direto com o paciente						
Sim	158	100	120	99,2	101	99,0
Não	-	-	01	0,8	01	1,0
Total	158	100	121	100	102	100

Tabela 2 – Distribuição do percentual de respostas das dimensões de cultura de segurança. Curitiba, 2017-2018

Dimensão	Hospital	Percentual de respostas			Valor de p*
		Negativa	Neutra	Positiva	
Trabalho em equipe dentro das unidades	A	23,4	20,6	56,0	<0,001
	B	6,6	15,5	77,8	
	C	13,8	20,4	65,8	
Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	A	24,8	18,8	56,4	<0,001
	B	12,7	15,6	71,8	
	C	19,4	11,0	69,6	
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	A	20,3	20,3	59,5	<0,001
	B	8,6	18,8	72,6	
	C	14,1	17,8	68,1	
Apoio da gestão para a segurança do paciente	A	36,8	32,5	30,8	<0,001
	B	32,6	18,9	48,5	
	C	30,5	27,5	42,0	
Percepção geral da segurança do paciente	A	35,4	18,9	45,8	<0,001
	B	56,6	15,3	28,1	
	C	45,1	18,1	36,8	
Retorno da informação e comunicação sobre o erro	A	30,4	31,8	37,8	0,010
	B	33,1	27,3	39,5	
	C	22,0	30,6	47,4	
Abertura da comunicação	A	26,1	23,1	50,8	0,023
	B	17,9	24,8	57,3	
	C	20,6	29,1	50,3	
Frequência de relatos de eventos	A	31,9	22,8	45,3	0,055
	B	28,4	29,2	42,4	
	C	27,1	21,8	51,2	
Trabalho em equipe entre as unidades	A	42,4	26,8	30,7	<0,001
	B	23,9	18,4	57,7	
	C	34,3	20,7	44,9	
Adequação de profissionais	A	40,2	20,6	39,2	0,227
	B	41,0	23,9	35,1	
	C	45,0	22,1	32,9	
Passagem de plantão/turnos e transferências	A	41,5	26,0	32,5	<0,001
	B	30,9	21,9	47,2	
	C	39,0	22,5	38,5	
Respostas não punitivas ao erro	A	64,5	16,3	19,3	0,029
	B	75,1	11,6	13,3	
	C	68,5	14,8	16,7	

*Teste de qui-quadrado, p<0,05.

investem, continuamente, em ações coordenadas, integradas e de cooperação para o processo de trabalho entre as unidades hospitalares, evitando fragmentar o atendimento e possíveis

incidentes. A busca pela qualidade entre esses serviços condiz com o anseio em se manter no mercado competitivo, e a isso se atribui clima de segurança mais favorável no hospital privado.¹⁸

Tabela 3 - Distribuição das dimensões de cultura de segurança segundo o percentual de respostas positivas, por grupo profissional. Curitiba, 2017-2018

Dimensão	Profissional	Percentual de respostas positiva		
		Hospital A	Hospital B	Hospital C
Trabalho em equipe dentro das unidades	Médicos	59,8	74,7	64,4
	Residentes medicina	43,9	73,7	64,9
	Enfermagem	58,5	85,4	67,0
Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	Médicos	53,0	64,1	56,7
	Residentes medicina	56,5	71,7	66,9
	Enfermagem	58,0	76,2	75,5
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	Médicos	51,2	69,1	65,9
	Residentes medicina	60,9	70,0	61,8
	Enfermagem	63,0	78,0	73,3
Apoio da gestão para a segurança do paciente	Médicos	23,6	44,9	37,8
	Residentes medicina	25,8	43,1	32,7
	Enfermagem	36,1	57,7	50,0
Percepção geral da segurança do paciente	Médicos	41,5	40,2	36,7
	Residentes medicina	42,7	18,0	29,1
	Enfermagem	49,0	35,4	42,5
Retorno da informação e comunicação sobre o erro	Médicos	26,8	35,3	40,9
	Residentes medicina	31,5	28,1	36,9
	Enfermagem	45,3	57,7	57,0
Abertura da comunicação	Médicos	55,7	60,9	53,3
	Residentes medicina	36,6	45,0	36,0
	Enfermagem	53,7	72,4	60,0
Frequência de relatos de eventos	Médicos	35,0	27,5	31,1
	Residentes medicina	29,0	26,3	32,4
	Enfermagem	56,3	73,2	71,4
Trabalho em equipe entre as unidades	Médicos	25,0	44,6	40,0
	Residentes medicina	17,1	52,5	36,1
	Enfermagem	38,5	72,2	53,0
Adequação de profissionais	Médicos	37,8	33,7	28,3
	Residentes medicina	39,0	24,8	26,5
	Enfermagem	39,9	50,3	39,0
Passagem de plantão/turnos e transferências	Médicos	22,1	40,2	35,0
	Residentes medicina	20,7	40,8	25,0
	Enfermagem	41,8	59,8	49,5
Respostas não punitivas ao erro	Médicos	13,0	17,4	17,8
	Residentes medicina	15,1	6,4	9,0
	Enfermagem	23,9	20,7	22,1

As dimensões “trabalho em equipe entre as unidades” e “abertura da comunicação” se apresentaram limitantes nas três instituições avaliadas, principalmente entre os residentes de

Medicina, cujas respostas negativas/neutras foram prevalentes nestas e em outras diversas dimensões, em particular no hospital A. Fornecer educação profissional aos principais conceitos,

Tabela 4 - Distribuição da nota de segurança do paciente e do número de eventos notificados pelos profissionais de saúde. Curitiba, 2017-2018

Variável	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Valor de p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Nota de segurança do paciente							
Excelente/muito boa	103	65,2	55	45,5	49	48,0	0,005
Regular	50	31,6	62	51,2	46	45,1	
Ruim/muito ruim	05	3,2	04	3,3	07	6,9	
Número de eventos notificados							
Nenhum	86	54,4	72	59,5	58	56,9	0,022
1-2	42	26,6	41	33,9	34	33,3	
3-5	20	12,7	08	6,6	04	3,9	
6 ou mais	09	5,7	-	-	05	4,9	
Ignorado	01	0,6	-	-	01	1,0	
Total	158	100	121	100	102	100	

* teste de qui-quadrado; $p < 0,05$.

atitudes e habilidades necessários para executar práticas seguras são demandas crescentes.¹⁹ Outras abordagens para melhorar o trabalho em equipe podem ser adotadas pelas unidades cirúrgicas como, por exemplo, treinamentos e dinâmicas que sustentem o desenvolvimento de atitudes e competências para o cuidado seguro,²⁰ haja vista que o médico residente se relaciona, cotidianamente, com profissionais de diversos departamentos.

Com vistas a assegurar assistência perioperatória e contribuir para redução de erros cirúrgicos, é sabido que trabalho em equipe, comunicação assertiva, hierarquias com modelo de gestão participativo e com estruturas mais horizontais fortalecem a cultura institucional a obter práticas e processos perioperatórios consistentes.^{8,21} A comunicação aberta e clara é atribuída à cultura de segurança positiva e está relacionada ao modelo de gestão. Os líderes são fundamentais na construção de cultura para divulgar erros e *feedback* construtivo com vistas a evitar recorrências de incidentes.⁶ Dessa forma, a administração deve estar engajada e comprometida em melhorar a segurança do paciente, não apenas fornecendo suporte, mas também criando uma cultura na qual aprender com os erros favorece a segurança do paciente.¹⁵

Apesar dos profissionais de saúde atuantes no hospital privado apresentarem atitudes mais favoráveis para construção coletiva da cultura de segurança, caracterizado com escores mais elevados de respostas positivas em sete dimensões, incluindo aquelas relacionadas a liderança e gestão, os achados parecem não refletir na nota global de segurança e na notificação de eventos adversos, os quais foram inferiores quando comparados aos hospitais federal e estadual. Tampouco contribuíram para mudança cultural frente ao relato e notificação de eventos adversos, já que os menores percentuais de respostas positivas se concentraram entre a equipe

de saúde na esfera privada, denotando a necessidade de ações sistemáticas e de tempo para que mudanças ocorram.

Ressalta-se que a cultura e o ambiente de trabalho predominantes em hospitais possuem diversos pré-requisitos para uma prática segura. Em muitas organizações persiste a cultura punitiva sobre erros, prejudicando seu reconhecimento, conscientização, tomada de ação e aprendizado com os erros.¹⁹ Essa cultura negativa e focada em encontrar um culpado para os incidentes sustenta um clima organizacional inseguro e mais propenso à ocorrência de eventos adversos.²² Nesta pesquisa é possível considerar, à luz das respostas, que os profissionais referem existir cultura punitiva frente aos erros, haja vista que os menores percentuais de respostas positivas foram identificados na dimensão "resposta não punitiva ao erro" no hospital privado (13,3%), sem diferença significativa com os demais. Esse dado diverge de estudo realizado na região Nordeste do Brasil¹⁰ e em hospitais da capital e região portuária do Peru,¹⁵ que apesar de se apresentar inferior ao preconizado pela AHRQ, os escores refletem essa dimensão mais positiva no setor privado do que no público.

Solidificar estratégias para a reversão dessa percepção e, conseqüentemente, o fortalecimento da cultura de segurança nesse importante aspecto é atributo a ser planejado pelas equipes de gestão e consolidado por políticas institucionais. A cultura punitiva desencoraja a equipe a reportar os erros, dificulta o entendimento das possíveis causas e impede a aprendizagem. Talvez isso explique a baixa prevalência de profissionais que notificaram eventos adversos nas instituições investigadas, resultado corroborado por outros estudos.^{16,21}

Acredita-se que promover linhas de comunicação horizontalizadas entre gestores/coordenadores e o nível operacional e propor melhorias na utilização das ferramentas de comunicação, escrita e

oral, viabilizam a continuidade das ações e incentivo à mudanças de atitudes, promovendo a cultura organizacional.²³ O desenvolvimento mútuo dessas ações, por gestores e preceptores, com o objetivo de aprimorar o trabalho em equipe entre as categorias profissionais, contribui para potencializar, a partir de comunicação coerente e respeitosa, a interação e cooperação entre os saberes e fazeres profissionais.²¹ Isso, por sua vez, favorece e promove melhorias na transição do cuidado cirúrgico e na construção de cultura de segurança mais sólida e robusta para as unidades estudadas.

Os dados da presente pesquisa remetem à ideia de que os profissionais de Enfermagem estão mais satisfeitos com seus líderes. Essa percepção mais positiva de apoio gerencial pode explicar as pontuações menos negativas nas dimensões as quais a Enfermagem externou diferença significativa em comparação aos médicos e residentes. Outros pesquisadores postulam que diferenças de percepção estão associadas a mais aproximação dessa categoria com os diversos aspectos relacionados à segurança do paciente,²⁴ sobretudo no que se refere ao dimensionamento da equipe de Enfermagem, que nesta pesquisa apresentou-se como uma das dimensões que requerem atenção pelos gestores frente à elevada percepção negativa. Embora não se tenha investigado fatores contribuintes a essa percepção, é notória a fragilidade e, possivelmente, reflexo da insatisfação com as condições de trabalho, carga excessiva, jornada desgastante e trabalho sob pressão.¹⁰

A cultura de segurança institucional, estruturada com a disseminação de práticas seguras visando excelência do cuidado, envolve fatores fundamentais de base, tais como os modelos de gestão/liderança adotados, questões estruturais, políticas com processos bem delineados, comunicação e colaboração entre profissionais.⁶ A importância dada a essas ações pela gestão e profissionais está diretamente relacionada às crenças e valores individuais e coletivos, construídos para a valorização ou não da segurança do paciente cirúrgico. Torna-se imperioso que essas ações transcendam os profissionais da equipe de Enfermagem e se agreguem à cultura institucional²¹ e, assim, possam exercer efeitos positivos na concretização de atributos e competências voltadas para a incorporação de boas práticas perioperatórias em hospitais de ensino.

CONCLUSÃO

A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” foi identificada como fortalecida no hospital privado, e a administração privada parece estimular a cultura de segurança quando comparada à gestão pública estadual e federal. As dimensões frágeis são expressivas entre todos os segmentos de trabalhadores e entre os três hospitais de ensino. Constata-se a necessidade de concretizar ações direcionadas a promover cultura positiva em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino, principalmente aquelas

relacionadas ao trabalho em equipe, comunicação e cultura punitiva.

À luz da atuação em saúde, considerar a formação profissional como princípio do entendimento dos processos e conceitos que fortalecem a segurança do paciente fomenta a importância da inclusão desta temática em currículos de formação profissional bem como incorporá-la em ações de educação continuada e em programas de residência brasileiros. A disseminação da prática segura em saúde, ou não, potencialmente influencia a formação e futura atuação dos profissionais.

Considera-se como limitação desta pesquisa a baixa participação de gerentes/líderes, cujos resultados mostram a percepção da equipe de saúde operacional. Investigações futuras, em especial na identificação dos fatores que contribuem para a percepção negativa nas dimensões de cultura de segurança, podem complementar a avaliação e os achados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Rodziewicz TL, Hipskind JE. Medical Error Prevention. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2019[citado em 2019 jul. 02]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
2. Institute of Medicine (IOM). Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: building a safer health system. Washington: National Academies Press; 2000.
3. Han Y, Kim JS, Seo Y. Cross-Sectional Study on Patient Safety Culture, Patient Safety Competency, and Adverse Events. *West J Nursing Res.* 2019[citado em 2019 jul. 02]; 00(0):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945919838990>
4. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. 2009[citado em 2019 jul. 03]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
5. Garcia LC, Bezerra IMP, Ramos JLS, Valle JETMR, Oliveira MLB, Abreu LC. Association between culture of patient safety and burnout in pediatric hospitals. *PLoS ONE.* 2019[citado em 2019 jul. 02]; 14(6):e0218756. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218756>
6. Stawicki SP, Green AM, Lu GG, Domer G, Oskin T, Firstenberg MS. Introductory Chapter: patient safety is the cornerstone of modern health-care delivery systems. In: *Vignettes in Patient Safety.* 2019[citado em 2019 jul. 02]; 4:1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.5772/intechopen.83842>
7. Rashed NM, Aysha ZM, Fakher MA. Safety profile and patient satisfaction in an Egyptian cardiac critical care unit. *Safety.* 2019[citado em 2019 jul. 02]; 62:49-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7176/JHMN>
8. Smiley K, Ofori L, Spangler C, Acquah-Arhin R, Deh D, Enos J, et al. Safety culture and perioperative quality at the Volta river authority hospital in Akosombo, Ghana. *World J Sur.* 2019[citado em 2019 jul.03]; 43(1):16-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4763-y>
9. Shrimel MG, Bickler SW, Alkire BC, Mock C. Global burden of surgical disease: an estimation from the provider perspective. *Lancet Glob Health.* 2015[citado em 2019 jun. 30]; 3(2):8-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70384-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70384-5)
10. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Junior RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Ciênc Saúde Colet.* 2018[citado em 2019 jul.03]; 23(1):161-72. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
11. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. Rockville: AHRQ. 2016[citado em 2019 abr. 02]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/>

- wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf
12. 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*. 2012[citado em 2019 jun. 25];28(11):2199-210. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
 13. 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[citado em 2019 jun. 25];32(11):e00115614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x001156>
 14. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference. 11.0 update. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003[citado em 2010 out. 22]. Disponível em: <http://goo.gl/J68tQm>
 15. Arrieta A, Suárez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *Int J Qual Health Care*. 2018[citado em 2019 jul.03];30(3):186-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx165>
 16. Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziero EC. Safety culture among health professionals in a teaching hospital. *Cogitare Enferm*. 2018[citado em 2019 jun. 28];23(1):e50717. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>
 17. 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*. 2018[citado em 2019 jun. 26];30(9):660-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
 18. Gasparino RC, Bagne BM, Gastaldo LS, Dini AP. Perception of nursing regarding patient safety climate in public and private institutions. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017[citado em 2019 jul. 03];38(3):e68240. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.68240>
 19. Wu AW, Busch IM. Patient safety: a new basic science for professional education. *GMS J Med Educ*. 2019[citado em 2019 jul. 04];36(2):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.3205/zma001229>
 20. Lacerenza CN, Marlow SL, Tannenbaum SI, Salas E. Team development interventions: Evidence-based approaches for improving teamwork. *Am Psychol*. 2018[citado em 2019 jul.03];73(4):517-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000295>
 21. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2018[citado em 2019 jul.03];27(3):e2670016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
 22. Carvalho PA, Laundos CAS, Souza Juliano JV, Casulari LA, Gottens LBD. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2019[citado em 2019 jul. 06];72(supl.1):252-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>
 23. Freire EMR, Silva VC, Vieira A, Matos SS, Alves M. Communication as a strategy for hospital accreditation maintenance. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2019 [citado em 2019 jul. 03]; 23(1):e20180224. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0224>
 24. 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 Med*. 2018[citado em 2019 jul. 07];91(1):65-74. Disponível em: <https://doi.org/10.15386/cjmed-869>
-