

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ATITUDES DE SEGURANÇA EM CENTRO CIRÚRGICO: DESAFIOS PARA
ALCANÇAR UM AMBIENTE SEGURO PARA OS PACIENTES E PROFISSIONAIS**

NERY JOSÉ DE OLIVEIRA JUNIOR

PORTO ALEGRE

2022

NERY JOSÉ DE OLIVEIRA JUNIOR

**ATITUDES DE SEGURANÇA EM CENTRO CIRÚRGICO: DESAFIOS PARA
ALCANÇAR UM AMBIENTE SEGURO PARA OS PACIENTES E PROFISSIONAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães.

PORTO ALEGRE

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira Junior, Nery José de

Atitudes de segurança em centro cirúrgico: desafios para alcançar um ambiente seguro para os pacientes e profissionais / Nery José de Oliveira Junior. -- 2022. 109 f.

Orientadora: Ana Maria Müller de Magalhães.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Segurança do Paciente. 2. Centro Cirúrgico. 3. Cultura de Segurança. 4. Clima de Segurança. I. Magalhães, Ana Maria Müller de, orient. II. Título.

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

NERY JOSÉ DE OLIVEIRA JUNIOR

**ATTITUDES DE SEGURANÇA EM CENTRO CIRÚRGICO: DESAFIOS PARA
ALCANÇAR UM AMBIENTE SEGURO PARA OS PACIENTES E
PROFISSIONAIS.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

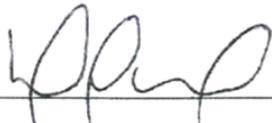
Aprovada em Porto Alegre, 28 de setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 ANA MARIA MULLER DE MAGALHAES
Data: 29/09/2022 17:17:45-0300
Verifique em <https://verificador.it6.br>

Prof. Dr.ª Ana Maria Müller de Magalhães
Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr.ª Daniela Campos de Andrade Lourenção
Membro da banca

Universidade de São Paulo - USP

VANESSA DE BRITO POVEDA

Prof. Dr.ª Vanessa Brito Poveda
Membro da banca

Universidade de São Paulo – USP



Prof. Dr. João Lucas Campos de Oliveira
Membro da banca

PPGENF/UFRGS

RESUMO

Introdução: A mensuração da cultura organizacional subsidia a avaliação dos processos institucionais, indicadores de desempenho organizacional e destaca o perfil da gerência e dos funcionários, o alinhamento com a missão, atitudes e clima da organização. A segurança do paciente no período perioperatório deve ser considerada como um aspecto importante no trabalho dos profissionais de saúde, tendo um olhar para o planejamento e implementação das intervenções, contribuindo para a prevenção de complicações decorrentes de atos cirúrgicos, redução de riscos e eventos adversos. **Objetivo:** analisar as atitudes de segurança entre os profissionais atuantes em centros cirúrgicos e quais aspectos repercutem na cultura de segurança de um hospital filantrópico na cidade de Porto Alegre. **Método:** à luz do pensamento restaurativo, desenvolveu-se um estudo com método misto, de desenho sequencial explanatório combinando a abordagem quantitativa (QUAN), seguida da qualitativa (qual). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, apresentando o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) número 31032220.9.0000.5335. Os dados foram coletados entre junho de 2020 e fevereiro de 2021, em duas fases. A primeira fase, quantitativa, ocorreu por meio do Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico (SAQ/CC), aplicado em oito Centros Cirúrgicos, o qual aborda seis domínios: clima de segurança, percepção da gerência, percepção do estresse, condição de trabalho, comunicação no ambiente cirúrgico, percepção do desempenho profissional. Nesta fase, participaram 172 trabalhadores de saúde. Na segunda fase, caracterizada como qualitativa, foi utilizada a técnica de grupo focal e os métodos fotográficos de pesquisa, na perspectiva do pensamento ecológico e restaurativo. Nesta etapa foram selecionados os centros cirúrgicos com melhor e pior pontuação nas atitudes de segurança e, posteriormente, foram realizados dois encontros com cada grupo focal, contando com seis participantes em cada encontro, um para a discussão da temática e outro para a elicitação das fotografias. Os dados quantitativos, foram digitados e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no *Statistical Package for the Social Science* versão 22.0. Para a organização dos dados agruparam-se os centros cirúrgicos segundo o número de respondentes, salas cirúrgicas e semelhança de processos, resultando em cinco grupos passíveis de comparações. Os relatos e fotos obtidos na etapa qualitativa foram organizados no software NVivo 11 e submetidos à análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Minayo, os quais foram conectados aos dados quantitativos da primeira fase. **Resultados:** quanto à caracterização demográfica e profissional da amostra, 129 (75,1%) dos participantes foram profissionais da enfermagem (instrumentadores e circulantes cirúrgicos e enfermeiros), 125 (72,7%) do sexo

feminino, com média de idade de $36,8 \pm 8,8$ anos. Quanto à etnia, 126 (80,6%) classificaram-se como brancos. O turno de trabalho da maioria ($n=82$; 54,7%) dos sujeitos era em período parcial, classificado como seis horas diurnas (manhã ou tarde). O tempo de experiência profissional variou entre três e 14 anos, com uma mediana de sete anos, quanto ao tempo de trabalho no hospital, houve uma variação de dois a 10 anos e uma mediana de cinco anos. A primeira parte do instrumento SAQ/CC (qualidade da comunicação e colaboração entre os profissionais) demonstrou que apenas a categoria de enfermagem (enfermeiro, instrumentador e circulante cirúrgico) atingiu o escore mínimo (≥ 75 pontos) para ser considerada uma percepção positiva de cultura de segurança. O escore total do SAQ/CC variou entre uma mediana de 70,00 a 81,25 pontos por domínio, com mediana geral de 77,63 pontos. O Centro Cirúrgico que apresentou pontuação geral positiva foi o centro cirúrgico A+B 78.7 (63.4-89.3) e o centro cirúrgico F apresentou um escore geral negativo 71.9 (61.7-85.9). A partir das discussões nos grupos focais emergiram duas categorias: “Compreendendo a cultura de segurança em centro cirúrgico” e “A comunicação como recurso para a construção de uma cultura de segurança”. Nos encontros de grupos focais e nas caminhadas fotográficas foram destacados a importância da aplicação e preenchimento correto do *checklist* da cirurgia segura, a necessidade de reuniões de equipes, a fim de alinhar as informações e a comunicação quanto às rotinas, indicadores de segurança através de murais. **Conclusões:** Na percepção dos profissionais, os centros cirúrgicos pesquisados apresentaram uma avaliação positiva do clima de segurança, indicando alguns domínios com maior fragilidade. Na conexão dos dados, os piores escores e os elementos trazidos, tanto nos grupos focais quanto na caminhada fotográfica, apontam para a necessidade de investimento das lideranças nos domínios percepção da gerência e condições de trabalho.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cultura. Clima de Segurança. Assistência perioperatória

ABSTRACT

Introduction: The measurement of organizational culture subsidizes the evaluation of institutional processes, organizational performance indicators and highlights the profile of management and employees, alignment with the mission, attitudes and climate of the organization. Patient safety in the perioperative period should be considered as an important aspect in the work of health professionals, taking a look at the planning and implementation of interventions, contributing to the prevention of complications from surgical acts, risk reduction and adverse events. Objective: to analyze safety attitudes among professionals working in surgical centers and which aspects have repercussions on the safety culture of a philanthropic hospital in the city of Porto Alegre. Method: in the light of restorative thinking, we developed a mixed-method study, of sequential explanatory design combining the quantitative approach (QUAN), followed by the qualitative (which). The research was approved by the institution's Research Ethics Committee, presenting the Certificate of Ethics Appreciation Submission (CAEE) number 31032220.9.0000.5335. Data were collected between June 2020 and February 2021, in two phases. The first phase, quantitative, occurred through the Safety Attitudes Questionnaire/Surgical Center (SAQ/CC), applied in eight Surgical Centers, which addresses six domains: safety climate, perception of management, perception of stress, working condition, communication in the surgical environment, perception of professional performance. In this phase, 172 health workers participated. In the second phase, characterized as qualitative, the focus group technique and photographic research methods were used, from the perspective of ecological and restorative thinking. In this stage the surgical centers with the best and worst scores in safety attitudes were selected and, subsequently, two meetings were held with each focus group, with six participants in each meeting, one for the discussion of the theme and the other for the elicitation of photographs. Quantitative data were entered and analyzed using descriptive and inferential statistics in the Statistical Package for the Social Sciences version 22.0. To organize the data, the surgical centers were grouped according to the number of respondents, operating rooms, and process similarity, resulting in five groups that could be compared. The reports and photos obtained in the qualitative phase were organized in NVivo 11 software and submitted to the thematic content analysis proposed by Minayo, which were connected to the quantitative data of the first phase. Results: Regarding the demographic and professional characterization of the sample, 129 (75.1%) of the participants were nursing professionals (surgical instrumentation and circulating nurses), 125 (72.7%) were female, with a mean age of 36.8 ± 8.8 years. Regarding ethnicity, 126 (80.6%) classified themselves as white.

The work shift of most (n=82; 54.7%) of the subjects was part-time, classified as six daytime hours (morning or afternoon). The length of professional experience ranged from three to 14 years, with a median of seven years; as for the length of time working at the hospital, there was a range of two to 10 years and a median of five years. The first part of the SAQ/CC instrument (quality of communication and collaboration among professionals) showed that only the nursing category (nurse, instrumentation, and surgical circulator) achieved the minimum score (≥ 75 points) to be considered a positive perception of safety culture. The SAQ/CC total score ranged from a median of 70.00 to 81.25 points per domain, with an overall median of 77.63 points. The surgery center that had a positive total score was surgery center A+B 78.7 (63.4-89.3) and surgery center F had a negative total score 71.9 (61.7-85.9). From the focus group discussions, two categories emerged: "Understanding safety culture in the operating room" and "Communication as a resource for building a safety culture." In the focus group meetings and in the photographs, the importance of the correct application and completion of the safe surgery checklist, the need for team meetings in order to align information and communication regarding routines, safety indicators through murals were highlighted. Conclusions: In the perception of professionals, the surveyed surgical centers presented a positive evaluation of the safety climate, indicating some domains with greater fragility. In connecting the data, the worst scores and the elements brought up, both in the focus groups and in the photo walk, point to the need for investment by the leadership in the domains perception of management and working conditions.

Keywords: Patient Safety. Culture. Safety Climate. Perioperative Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Adaptação do desenho sequencial explanatório... ..	30
Figura 2 - Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre	31
Quadro 1 - Descrição dos itens de cada domínio do SAQ/CC.....	36
Figura 3 - Foto #1: <i>checklist</i> da cirurgia segura	55
Figura 4 - Foto #2: Informações do <i>checklist</i> fixadas no quadro nas salas cirúrgicas	56
Figura 5 - Foto #5: Mural de Informações.	60
Figura 6 - Foto #9: Grupo de Whatsapp.....	61
Quadro 2 - Síntese integradas dos resultados quantitativos e qualitativos.....	66

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição dos participantes do estudo quanto à categoria profissional, sexo, etnia/raça, regime de trabalho, ao turno de trabalho, à experiência profissional, ao tempo de trabalho e à idade..... 46
- Tabela 2** - Escores de cada categoria profissional relacionados à qualidade da comunicação e da colaboração vivenciada com a equipe multiprofissional... ..48
- Tabela 3** - Comparação da qualidade da comunicação com os profissionais entre os 8 centros cirúrgicos agrupados... .. 49
- Tabela 4** - Análise descritiva do escore por agrupamento de centros cirúrgicos e geral por domínio do SAQ/CC52

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	Cultura Organizacional	18
3.2	Contextualizando a cultura e clima de segurança no centro cirúrgico	19
3.3	Ambiente de trabalho e qualidade do cuidado no centro cirúrgico	24
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	Campo de estudo	30
4.3	População e Amostra	32
4.3.1	Etapa quantitativa	32
4.3.2	Etapa qualitativa	33
4.4	Coleta de dados	34
4.4.1	Etapa quantitativa	34
4.4.2	Etapa qualitativa	37
4.5	Análise dos dados	39
4.5.1	Análise dos dados quantitativos.....	40
4.5.2	Análise dos dados qualitativos.....	41
4.5.3	Análise integrada dos dados.....	41
4.6	Considerações éticas.....	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1	Fase I - Resultados e discussão da etapa quantitativa	44
5.2	Fase II - Resultados e discussão da etapa qualitativa	53
5.2.1	Compreendendo a cultura de segurança em centro cirúrgico	53
5.2.2	A comunicação como recurso para a construção de uma cultura de segurança ...	58
5.3	Fase III - Metainferências	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83
	APÊNDICE B - Planejamento do grupo focal - Distinções Preliminares	85

APÊNDICE C - Planejamento da Operacionalização do Grupo Focal	86
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - GrupoFocal	88
APÊNDICE E - Caminhada fotográfica	90
APÊNDICE F - Fotos Digitais - Residentes	92
APÊNDICE G - Fotos Digitais - Médicos e Funcionários	94
ANEXO A - Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico	96
ANEXO B - Aprovação no comitê de ética em pesquisa	98

1 INTRODUÇÃO

As iniciativas voltadas para a segurança do paciente são de extrema importância para a qualidade assistencial, sendo um assunto que se tornou prioritário nas instituições de saúde a partir da publicação do relatório *To err is human: building a safer health system*, o qual apontou que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos, vítimas de eventos adversos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). Estas estimativas continuam alarmantes, e, atualmente, chegam a 400.000 mortes por ano de pacientes vítimas de eventos adversos no cenário americano, as quais também vêm sendo destacadas em outros países (MAKARY; DANIEL, 2016).

Além do cenário alarmante de insegurança nos serviços de saúde de forma geral, cabe destacar que os Centros Cirúrgicos (CC) são considerados unidades de alto risco, um setor complexo e extremamente suscetíveis a erros e eventos adversos, que podem vir a causar óbitos, complicações temporárias ou irreversíveis (GUTIERRES LS, et al., 2019). Neste escopo, os CC constituem-se em espaços importantes para atuar em medidas preventivas de falhas, pois estudos indicam que mesmo com as complicações cirúrgicas e os eventos adversos (EAs) sendo subnotificados, as taxas de morte perioperatória variam entre 0,4 a 0,8% e as de complicações graves entre 3 a 16%, nos países desenvolvidos. Estas taxas em países em desenvolvimento tendem a aumentar, girando em torno de uma mortalidade de 5-10% associada a cirurgias de maior complexidade. Durante a anestesia geral, essa taxa de mortalidade é relatada como sendo tão alta quanto 1 para cada 100 pacientes em áreas da África subsaariana (BRASIL, 2013a; ANVISA, 2017a).

Frente a essas considerações, apontando o CC como um espaço de elevado risco para os pacientes, reitera-se a importância de olhar para esse fenômeno na realidade brasileira. Notificar os eventos adversos é um meio de comunicação que possibilita o conhecimento por parte da instituição de novos fatos inesperados e indesejados para, a partir destes, trabalhar com as equipes através de educação, estimulando processos mais seguros e prevenindo futuros eventos adversos. Nessa perspectiva, considera-se importante estimular os profissionais de saúde para notificar os eventos adversos com a garantia de que não serão punidos, buscando contribuir para identificar e prevenir falhas nos processos, evitar reincidência e alcançar uma cultura justa (BATISTA *et al.*, 2019).

O CC pode ser definido como um conjunto de áreas e instalações com a finalidade de realizar procedimentos cirúrgicos de alta, média e baixa complexidade. É uma estrutura dentro da macroestrutura hospitalar, uma unidade que exige uma equipe bem treinada e qualificada e

que em muitas situações torna-se um ambiente estressante para as equipes assistenciais (MARRASCHI; COCCO; GASPAR *et al.*, 2017; SOBECC, 2017).

O período perioperatório é muito delicado para o paciente e sua família. É o momento em que o paciente será submetido a um procedimento cirúrgico, expondo-se aos riscos e às suas diversas complicações (DA CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

A cirurgia tornou-se parte integrante dos cuidados de saúde global e há uma estimativa de volume anual de cirurgias de maior porte entre 187-281 milhões de operações realizadas, sendo uma cirurgia a cada 25 pessoas. Além disso, dados anteriores apontaram que sete milhões de clientes sofreram complicações após a cirurgia, das quais, 50% delas poderiam ser evitadas (OMS, 2009). Devido à relevância e impacto desses achados nos sistemas de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a missão de liderar internacionalmente os programas de segurança do paciente. A OMS, entre o ano de 2007 e 2008, propôs o segundo desafio global voltado para os pacientes cirúrgicos com o tema “*Cirurgias Seguras Salvam Vidas*”, uma estratégia com o objetivo de reduzir a morbimortalidade cirúrgica (ANVISA, 2017a).

Essa estratégia descreveu normas básicas de segurança, tais como: prevenção das infecções pós-cirúrgicas, segurança nos processos anestésicos e a mensuração dos indicadores cirúrgicos, além da elaboração e divulgação de uma lista de verificação de segurança cirúrgica, conhecida como *checklist* da cirurgia segura a ser aplicado a cada procedimento cirúrgico com o intuito de reduzir eventos adversos (OMS, 2009; ANVISA, 2017a).

A preocupação com essa temática impulsionou-me a pesquisar sobre o *checklist* da cirurgia segura durante o curso de Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os dados da pesquisa apontam que há dificuldade para o preenchimento correto do *checklist* da cirurgia segura, por parte dos profissionais de enfermagem e das equipes médicas. Em muitos casos, o *checklist* estava preenchido antes de iniciar a cirurgia, e, em outros, o procedimento já estava ocorrendo enquanto o *checklist* ainda não havia sido aplicado, muitas vezes por esquecimento e outras, pelo fato de o médico julgar que perderia tempo no preenchimento do instrumento (OLIVEIRA JUNIOR, 2015).

O preenchimento do *checklist* da cirurgia segura, em geral, leva menos de três minutos e traz grande benefício para o paciente, equipes médicas, enfermagem e para a família. Mesmo com essas medidas, a implantação do *checklist* ainda é um desafio nas organizações de saúde. Esses três minutos de pausa, com certeza, contribuirão para o não aumento da estatística de eventos adversos em CC, que por falhas ou não aplicação da ferramenta, acarreta em aumento do tempo de internação, custos assistenciais e muitas vezes, encargos jurídicos (SOUZA, 2015;

OLIVEIRA JUNIOR; MAGALHÃES, 2018).

A *Joint Commission International* e a OMS estabeleceram as seis metas internacionais de segurança do paciente: identificar os pacientes corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alerta elevado; garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas ao atendimento e reduzir o risco de lesões causadas por queda do paciente ((OMS, 2009b; JCI, 2017). A partir do lançamento das seis metas internacionais de segurança, cada vez mais as instituições de saúde têm subsídios para disseminar uma cultura de segurança entre os trabalhadores.

No dia a dia do CC há a necessidade de profissionais capacitados, responsáveis, proativos e comunicativos, a fim de criar estratégias para tornar os cuidados prestados em instituições de saúde livre de danos e não apenas evitar falhas, reduzir o número de erros e estresse no centro cirúrgico (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Na vivência como coordenador de enfermagem de centro cirúrgico observo o processo complexo das relações interpessoais entre as equipes, o que me motiva a estudar a cultura de segurança nesses ambientes. Frente ao exposto, considero imprescindível conhecer a cultura de segurança através da voz dos trabalhadores do ambiente cirúrgico, identificando as necessidades de melhorias a serem trabalhadas com a valorização e apoio dos gestores, corroborando para garantir um processo de atendimento seguro aos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), define cultura de segurança como: o produto de valores, atitudes, percepções, habilidades e padrões comportamentais de indivíduos e grupos que determina o compromisso, estilo e capacidades das instituições de saúde para promover a segurança (SAMMER *et al.*, 2010). Por outro lado, o clima de segurança é um elemento mensurável da cultura de segurança e pode ser avaliado através de questionários específicos que mensuram a percepção dos profissionais, porque é difícil avaliar atitudes e valores (SEXTON *et al.*, 2006).

Conhecer o clima e avaliar a cultura de segurança dos trabalhadores de saúde em CC implica diretamente, nas atividades de promoção da segurança do paciente (CAUDURO *et al.*, 2015).

A percepção da cultura de segurança pode ser medida através de questionários com escalas psicométricas. Na literatura internacional, se destaca o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), questionário aplicado para mensurar o clima de segurança a partir da percepção dos trabalhadores de saúde (THE HEALTH FOUNDATION, 2011).

A partir do SAQ foi desenvolvida a versão para centro cirúrgico, o *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR*, essa versão foi elaborada e validada nos EUA por Makary e colaboradores a partir de um estudo abrangendo 2769 profissionais em 60 hospitais (MAKARY *et al.*, 2006a). No Brasil, no ano de 2015, esse questionário foi traduzido e adaptado por Lourenção e Tronchin (2015), originando a Versão brasileira do SAQ/OR: Questionário de Atitudes de Segurança/Versão Centro Cirúrgico (SAQ/VCC).

Frente aos argumentos apresentados, a relevância e magnitude dos eventos adversos no período perioperatório, assim como a necessidade de fortalecer a cultura de segurança no cenário de CC, o presente estudo propõe-se responder aos seguintes **questionamentos**: Qual é a percepção do clima de segurança entre os profissionais da área da saúde atuantes em CC? Quais aspectos que repercutem na cultura de segurança nesse cenário?

Mediante o exposto, propõe-se a **tese** de que as atitudes dos profissionais refletem um comportamento em relação à cultura de segurança em Centro Cirúrgico, a qual ainda precisa ser fortalecida e apoiada, pelos gestores e pelos próprios atores, neste cenário.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

O **objetivo geral** consiste em analisar as atitudes de segurança entre os profissionais atuantes em centros cirúrgicos e quais aspectos repercutem na cultura de segurança de um hospital filantrópico na cidade de Porto Alegre.

A partir deste eixo desdobram-se os **objetivos específicos**:

- a) Medir a confiabilidade do instrumento SAQ/CC na amostra;
- b) Mensurar o clima e as atitudes de segurança na percepção dos profissionais de saúde em centros cirúrgicos;
- c) Verificar associações entre as características demográficas e laborais com as atitudes de segurança dos profissionais;
- d) Explorar aspectos que repercutem na cultura de segurança entre profissionais de saúde, atuantes em unidades de centro cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I.M. *et al.* Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** v.40(esp):e20180198, 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília, DF: 2017(a).
- ALVARADO, A. L. M. **Cultura de seguridad.** Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de La Salud. Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud. Whashington, D.C, p, 99-106, 2011.
- ALVES, M.; MELO, C.L. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro. **Rev Min Enferm.**, 23:e-1194, 2019.
- ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 23 n. 1, p. 161-172, 2018.
- ANVISA. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017(b).
- ARAUJO, R. L.; GLANZNER, C. H. Work at the surgical center: risks of the pathogenic suffering of the nursing team. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 2, e20190803, 2021.
- AVALLIN, T.; MUNTILIN ATHLIN, Å.; BJÖRCK, M.; JANGLAND, E. Using Communication to Manage Missed Care: A Case Study Applying the Fundamentals of Care Framework. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 8, p. 2091–2102, 2020.
- AZEVEDO FILHO, F. M.; RODRIGUES, M. C.; CIMIOTTI, J. P. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.** v. 31, n. 2, p. 217-23, 2018.
- BACKMAN, C. *et al.* Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 482, 2018.
- BAGNASCO, A. *et al.* Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **Int. Emerg. Nurs.**, v. 21, n. 3, p. 18-172, 2013.
- BARBOSA, R. M. S. **Clima de segurança e Saúde Psicológica: Um estudo exploratório.** Dissertação (Mestrado)-Universidade do Minho, Braga. 2018.
- BATISTA, J.; *et al.* Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 27, e2939, 2019.
- BERNALTE-MARTÍ, V.; Cross-cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire Short Form in Spanish and Italian Operating Rooms: Psychometric Properties. **J Patient Saf.** 18(3):e687-e696, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF, 2013(b). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências[Internet]. Brasília: MS, 2013(a). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0083.pdf

BUENO, B. R. M. *et al.* CARACTERIZAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE O CENTRO CIRÚRGICO E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 3, set. 2015.

CARDONA JÚNIOR, A. H. dos S.; ANDRADE, C. W. de Q.; CALDAS, L. N. M. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 137–141, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i2.92. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/92>.

CARVALHO P. *et al.* Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Am Enferm.**, v. 23, n. 6 p. 1041-1048, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança.** Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L. *et al.* Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 25, e2849, 2017

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 3, 2012.

CASTILHO, D. E. C. **Clima de segurança do paciente em um hospital de urgências.** Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Goiás. 2018.

CAUDURO, F. L.; *et al.* Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**. v. 20, n. 1, 2015.

CHIAVONE, F. B. T. *et al.* Níveis de estresse da equipe de enfermagem do centro cirúrgico: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 17, n. 1, p. 9–9, 2018.

COSTA, D. B. *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 27 n. 3, e2670016, 2018.

CRESWELL, J. W; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

- CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. 3ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2018.
- CROW, S. M; HARTMAN, S. J. Organizational culture: its impact on employe relations and discipline in health care organizations. **Health Care Managemant** , v. 21, n. 2, p. 22-8, 2002.
- DA CORREGGIO, T.C.; AMANTE, L.N.; BARBOSA, S.F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67- 73, 2014.
- DALL'AGNOL, C. M. *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 33, n.1, p. 186-90, 2012.
- DANCEY, C. P.; REIDY, J. G.; ROWE, R. **Estatística sem matemática para as ciências da saúde**. Porto Alegre: Penso, 2017.
- DE BENEDICTIS, A. *et al.* WhatsApp in Hospital? An Empirical Investigation of Individual and Organizational Determinants to Use. **PloS One**, v. 14, n. 1, p. e0209873, 2019.
- DEIKAS, E. T.; HOFLOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (short form 2006). **BMC Health Serv Res**. v. 22, n. 8, p. 191-198, 2008.
- DEZORDI, C. C. M. *et al.* Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde. **Cogitare enferm.**, v. 25, 2020.
- DONOFRIO, A. P. **Liderança e Cultura Organizacional – Uma relação de Valor**. Negócios em Projeção. v. 8, n. 1, p. 116-126, 2017.
- DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**. v. 30, n. 1, p. 129-35, 2017.
- DUTRA, H. S.; CIMIOTTIC, J. P.; GUIRARDELLO, E. B. Nurse work environment and job-related outcomes in Brazilian hospitals. **Applied Nursing Research**. v. 41, n. 3, p. 68–72 2018.
- ELSBACH, K. D.; STIGLIANI, I. Design thinking and organizational culture: A review and framework for future research. **Journal of Management**, v. 44, n. 6, p. 2274-2306, 2018.
- FASSARELLA, C. S. *et al.* Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. **Rev Esc Enferm USP**. v. 52, n. e 03379, 2018.
- FASSARELLA, C. S. *et al.* Qualitative approach to safety culture: a view from nurse managers. **Millenium**, v. 2, n. 17, p. 21-29, 2022.
- FLIN, R. *et al.* Measuring safety climate:identifying the common features. **Safety Science**. v. 33, n. 1-3, p. 177-92, 2000.
- FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. **Safety Science**. v. 45, p. 685-716, 2007.

FREITAS, M. E. **Cultura Organizacional e os seus Elementos**. Cultura Organizacional: Evolução e Crítica, Cengage Learning, pp. 11-30, 2009.

GARCIA, A. B. *et al.* Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **J. res.: fundam. care.** online. v. 7, n. 2, p. 2615-2627, 2015.

GARCIA, T. F.; OLIVEIRA, A. C. Índice autorreferido pela equipe de cirurgia ortopédica sobre o protocolo e checklist de cirurgia segura. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 1, jan. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52013>.

GASPARINO, R.C. *et al.* Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições pública e privada. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n. 3, e68240, 2017.

GERRING J. Qualitative Methods. **Annual Review of Political Science**, v. 20, n. 1, p. 15-36, 2017.

GOLLE, L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Rev Fund Care Online.** v. 10, n. 1, p. 85-89, 2018.

GOMES, J. A. *et al.* Avaliação da qualidade do centro cirúrgico na estrutura, processo e resultados. **Cogitare enferm.**, v. 26, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71083>.

GÓMEZ, M. H. Cultura organizacional e identidad productiva propuesta para el análisis de las organizaciones colombianas. **Umbral Científico**, v. 13, p. 56-64, 2008.

GORAS, C. *et al.* Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operation room version). **BMC Health Serv Res.** v. 13, p. 104 – 111, 2013.

GOUVEIA, L. H. de A.; RIBEIRO, V. F.; CARVALHO, R. de. Satisfação profissional de enfermeiros que atuam no bloco cirúrgico de um hospital de excelência. **Revista SOBECC**, v. 25, n. 1, p. 33–41, 3 abr. 2020.

GRANEL-GIMÉNEZ, N. *et al.* Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 19, 939, 2022.

GULDENMUND, F.W. The use of questionnaires in safety culture research: an evaluation. **Safety Science.** v. 45, p. 723-743, 2007.

GUTIERRES, L.S. *et al.* Adesão aos objetivos do programa cirurgias seguras salvam vidas: perspectiva de enfermeiros. **Revista Latino-Am Enferm.** 27: e3108. 2019.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Saf.** v. 20, n. 4, p. 338-43, 2011.

HARRISON, R.L.; REILLY, T.M.; CRESWELL, J. W. Methodological Rigor in Mixed Methods: An Application in Management Studies. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 14, n. 4, p. 473-495, 2020.

HEALTH AND SAFETY LABORATORY – 2002 [Internet]. **Safety culture: a review of the literature.** Sheffield: HSL. Disponível em: http://www.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2002/hsl02-25.pdf

HOFSTEDE, G; HOFSTEDE, G.J; MINKOV, M. **Cultures and organizations:** software of the mind. Intercultural cooperation and its importance for survival. 3rd ed. New York: McGraw Hill; 2010.

HORA, G. P. R.; RIBAS JÚNIOR, R.; SOUZA, M. A. de. Estado da Arte das Medidas em Satisfação no Trabalho: Uma Revisão Sistemática. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 971–986, jun. 2018.

HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

INTITUTE OF MEDICINE. 2000 [Internet]. **To err is human:** building a safer health system. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN J**, v. 95, n.5, p. 591–601, 2012.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2017 [Internet]. **Metas Internacionais de Segurança do Paciente.** Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>.

KAWANO, T. *et al.* Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. **J Anesth.** v. 28, p. 467–470, 2014.

KAYA, S.; BARSBAY, S.; KARABULUT, E. The Turkish Version of the safety attitude questionnaire: psychometric properties and baseline data. **Qual Saf Health Care.** v. 19, p. 572–577, 2010.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. *et al.* Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 5, p. 531–537, 1 set. 2017.

KRISTENSEN, S. *et al.* Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. **Clin Epidemiol.** v. 7, p. 149–160, 2015.

LEE, W. C. *et al.* Hospital safety culture in Taiwan: A nationwide survey using chinese version safety attitude questionnaire. **BMC Health Serv Res.** v. 10, p. 234–242, 2010.

LEE, W. *et al.* Understanding Physicians' and Nurses' Adaption of National-Leading Patient Safety Culture Policy: A Qualitative Study in Tertiary and General Hospitals in Korea. **J Korean Med Sci.**, v. 37, n. 14, e114, 2022.

LOPES, M. G. K. *et al.* Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. **RSBO**, v. 7, n. 2, p. 166–172, 2010.

LOURENÇÃO, D. C. A. **Adaptação transcultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version para o contexto brasileiro.** Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

LOURENÇÃO, D. C. A.; TRONCHIN, D. M. R. Análise fatorial confirmatória do questionário de atitudes de segurança/centro cirúrgico. **Enfermería Global.** v. 18 n. 3, p. 195-245, 2019.

LOURENÇÃO, D. C. A.; TRONCHIN, D. M. R. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. **Rev Eletr Enf.** v. 20, v20a10, 2018.

LOURENÇÃO, D. C. A.; TRONCHIN, D. M. R. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. **Acta Paul. Enferm.** [Internet]. 2016.

LÚCIO, K. D. L. *et al.* Factores de motivación en el desempeño de personal de enfermería. **Cultura de los Cuidados (Edición digital)**, v. 23, n. 54, 2019.

MACHADO, D. D. P. N. **Inovação e cultura organizacional:** um estudo dos elementos culturais que fazem parte de um ambiente inovador. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, FGV, São Paulo, 2004.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 6, n. 1/4, p. 11-17, 2015. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686>. Acesso em: 07 fev. 2022.

MAGALHÃES, E. V. *et al.* Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. **Revista Cuidarte**, v. 13, n. 3, e1990, 2021.

MAGALHÃES, F. H. de L. *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.** 40 (spe), 2019.

MAKARY, M. A. *et al.*, Operating Room. Patient Safety in Surgery. **Ann Surg.** v. 243, n. 5, p. 628–635, 2006a.

MAKARY, M. A. *et al.* Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. **J Am Coll Surg.** v. 202, n. 5, p. 746-52, 2006b.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical Error—the Third Leading Cause of Death in the US. **BMJ**, v. 353, p. i2139, 2016.

MARCELINO, C. F. *et al.* Validação do Nursing Work Index-Revised entre auxiliares e técnicos de enfermagem. **Acta paul. Enferm.** v. 27, n. 4, p. 305-310, 2014.

MARCK, P. B. *et al.* Building safer systems by ecological design: using restoration science to develop a medication safety intervention. **Qual Safety Health Care**, v. 15, n. 2, p. 92-97, 2006.

MARCK, P. Exploring safety and quality in a hemodialysis environment with participatory photographic methods: a restorative approach. **Nephrol Nurs J.**, v. 41, n. 1, p. 25-35, 2014.

- MARQUES, R. P. G.; SETÚBAL, V. V.; STASIAK. O mural interativo como estratégia de comunicação interna da Universidade Federal de Goiás. **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação**. 2019.
- MARRASCHI, V. *et al.* Avaliação e controle de instrumentais utilizados em sala operatória durante cirurgias torácicas. **Rev. SOBECC**. v. 22, n. 3, p. 123-130, 2017.
- MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 4: e5694, 2016.
- MELO, J. D. S. *et al.* Comunicação da equipe de enfermagem com foco na segurança do paciente: revisão integrativa. **RECISATEC - REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA - ISSN 2763-8405, [S. l.]**, v. 2, n. 1, p. e2171, 2022.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MUCELINI, F.C. *et al.* Clima de segurança do paciente em centro cirúrgico: avaliação pela equipe multidisciplinar. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 91-98, jul. 2021.
- NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. [Internet]. **Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human**. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015. Disponível em: <http://www.aig.com/content/dam/aig/america-canada/us/documents/brochure/free-from-harm-final-report.pdf>
- NAVARRO, A. S.; GUIMARÃES, R. L.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. min. Enferm**, v. 17, n. 1, p. 62-76. 2013.
- NEVES, J. G. **Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos**. Lisboa: RH, 2000.
- NIEVA, V. F.; SORRA, J. S. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**. v. 12, n. 2, p. 17–23, 2003
- NORDÉN-HÄGG, A. *et al.* Assessing safety culture in Pharmacies: The psychometrics validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. **BMC Clin Pharmacol**. v. 10, n. 8, p. 20, 2010.
- OLIVEIRA JUNIOR, N. J. **Segurança do paciente: o checklist da cirurgia segura em um centro cirúrgico ambulatorial**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- OLIVEIRA JUNIOR, N. J.; MAGALHÃES, A. M. M. Dificuldades na aplicação do checklist cirúrgico: estudo qualitativo de abordagem ecológica restaurativa. **Online braz j nurs**. v. 16, n.4, p.448-459, 2018.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M.; MATSUDA, L. M. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e0560017, 2018.

ONGUN, P.; INTEPELER, S. S. Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. **Pak J Med Sci September**. v. 33, n. 5, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. 2009 [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf

SIMÕES PEREIRA, A. C.; CAMPOS, J. L. Passagem de plantão em unidades de terapia intensiva pediátrica: interface com a segurança do paciente. **Revista Gestão & Saúde, [S. l.]**, v. 10, n. 3, p. 407–423, 2019.

PINHEIRO, G.; SANTOS, A.; KANTORSKI, L. Análise da produção de estudos com métodos mistos na avaliação de serviços de saúde mental. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, e3, 2019.

PINHEIRO, J. P. A.; UVA, A. S. Safety climate in the operating room: Translation, validation and application of the Safety Attitudes Questionnaire. **Rev. Port. Sau. Bar**. v. 34, n. 2, p. 107–116, 2016.

PROFIT, J. *et al.* The correlation between neonatal intensive care unit safety culture and quality of care. **J Patient Saf.**, v. 16, n. 4, e310-6, 2018.

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. **J Crit Care**. n. 28, p. 51–61, 2013.

RAY, J. L.; SMITH, A. D. Using photographs to research organizations: evidence, considerations, and application in a field study. **Organizational Research Methods, Thousand Oaks**, v. 15, no. 2, p. 288-315, 2012.

REIS, C. T.; PAIVA, S. G.; SOUSA, P. The Patient Safety Culture: A Systematic Review by Characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture Dimensions. **International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care**, v. 30, n. 9, p. 660–677, 2018.

RIGOBELLO, M. C. G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

ROBBINS, S. P.; JUDGEY, T. A. **Comportamiento organizacional**. 13 ed. México: Mc Graw Hill, 2009.

ROCHA, R. C. **Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe de enfermagem**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

ROCHA, R. C. *et al.* Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55. e03774, 2021.

RODRIGUEZ, R. La cultura organizacional un potencial activo estratègic desde la perspectiva de la administraciòn. **Invenio**, v. 12, n. 22, p. 67-92, 2009.

RUIZ, P. B. O.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Custo da rotatividade da equipe de enfermagem em hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n. 1, p.104-111, 2016.

RUTH, R. C. R. *et al.* Ensino da segurança do paciente na enfermagem: revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 20, n. 4, p. 700-743, 2021.

SAMMER, C. E. *et al.* What is patient safety culture? A review of the literature. **J Nurs Scholarsh**. v. 42, n. 2, p. 156-65, 2010.

SANTOS, F. K. *et al.* Conhecendo as formas de cuidar dos enfermeiros de centro cirúrgico - uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. **Texto Contexto Enferm**. v. 23, n. 3, p. 696-703, 2014.

SANTOS, J. L .G. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto - enferm**. v. 26, n. 3, p. 1-9, 2017.

SANTOS, J. L. G. S. *et al.* Ambiente de Trabalho do Enfermeiro na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 8, n. e2099, 2018.

SANTOS, T.O.*et al.* Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **Rev.Mult. Psic**. vol.15, n.55, p. 159-168, 2021

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

SCHNEIDER, B. *et al.* Organizational Service Climate Drivers of the American Customer Satisfaction Index (ACSI) and Financial and Market Performance. **J. Serv. Res**. v.12, n.1, p.3-14, 2009.

SCHWATKA, N. V.; HECKER, S.; GOLDENHAR, L. M. Defining and Measuring Safety Climate: A Review of the Construction Industry Literature. **Ann. Occup. Hyg**. v. 60, n. 5, p. 537–550, 2016.

SERMEUS, W. *et al.* Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. **BMC Nursing**. v. 10, n. 6, 2011.

SEXTON, J. B. *et al.* The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Heal Serv Res**. v. 6, n. 44, p. 1-10, 2006.

SILVA JÚNIOR, J. F. *et al.* Patient safety culture: perceptions and attitudes of surgical centers workers. **Rev. SOBECC**, v. 25, n. 3, p. 136-142, 2020.

- SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 3, p. 427-34, 2010.
- SILVA, G.T.R. *et al.* Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. **Esc Anna Nery.** 26:e20210070, 2022.
- SILVA, L. A. A. *et al.* Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. Educ. Saúde.** v. 14, n. 3, p. 765-781, 2016.
- SIMÕES, A. L.; FREITAS, C.M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde debate.** v. 40, n. 109, p. 47-58, 2016.
- SMITH, J. G. The nurse work environment: Current and future challenges. **J Appl Behav Res.** v. 23, n. e12126, 2018.
- SOUSA, F. M. S. **Condições de trabalho de ambiente cirúrgico e a saúde dos trabalhadores de enfermagem.** Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- SOUZA, V.S. *et al.* Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem.** v. 20, n. 3, 2015.
- THE HEALTH FOUNDATION. **Research scan:** Does improving safety culture affect patient outcomes?. 2011 [Internet] Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>
- TOSTES, M. F. do P. *et al.* Dualidade entre satisfação e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista SOBECC,** v. 22, n. 1, p. 3–9, 4 abr. 2017.
- TOTI, I. C. C. *et al.* Percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do checklist de cirurgia segura. **J. nurs. health.,** v. 10, n. 1, e20101010, 2020.
- VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto. **Cad Saúde Pública,** v. 16, n. 3, p. 847-850. 2000.
- VIERA, C. S. *et al.* Descrição do uso do método misto integrativo na enfermagem neonatal. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo , v. 53, e03408, 2019.
- WEI, H. *et al.* The state of the science of nurse work environment in the United States: A systematic review. **International Journal of Nursing Sciences.** v.5, n. 3,p.287-300, 2018.
- ZIMMERMANN, N. *et al.* Assessing the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals – a validation study. **BMC Health Serv Res.** v.13, n.347, 2013.
- ZOHAR, D. Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. **Journal of Applied Psychology.** v. 65, n. 1, p. 96-102, 1980.

ZOHAR, D. **Safety climate: conceptual and measurement issues** J. Quick, L. Tetrick (Eds.), Handbook of Occupational Health Psychology, American Psychological Association, Washingt. 2003 [Internet]. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2002-18427-006>

ZWETSLOOT, G.; STEIJGER, N. **Towards an occupational safety and health culture**. 2014 [Internet]. Disponível em: http://oshwiki.eu/wiki/Towards_an_occupational_safety_and_health_culture