



CLIMA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE CIRÚRGICO: ESTUDO QUALITATIVO¹

Cintia Silva Fassarella*
Rosilene Alves Ferreira**
Ana Regina Ramos Azevedo***
Andressa Aline Bernardo Bueno****
Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro*****
Flavia Giron Camerini*****
Danielle de Mendonça Henriques*****

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção das equipes multiprofissionais em centros cirúrgicos universitários sobre os domínios de clima de segurança durante a pandemia da Covid-19. **Método:** estudo com abordagem qualitativa e delineamento descritivo-exploratório realizado em dois hospitais universitários. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado criado a partir dos domínios do Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico. A coleta dos dados ocorreu de fevereiro a maio de 2021 e de junho a julho de 2022, mediante aceite do profissional e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para análise de dados utilizou-se o IRaMuTeQ. **Resultados:** a comunicação em ambos os cenários foi considerada dificultosa. A percepção da gerência demonstrou-se considerável diante dos desafios do momento pandêmico, percepção trazida pelo fornecimento de equipamentos de proteção individual pelas unidades, porém com críticas a precária troca de informações entre gestão e equipe. Os profissionais sofreram com medo, ansiedade, além de cansaço físico e mental. **Considerações finais:** é necessário que a gestão avance construindo em conjunto com os profissionais, ouvindo-os e abandonando a cultura punitiva. É valioso adotar uma aprendizagem idealizada a partir dos erros e espaços onde a saúde mental dos profissionais possa ser valorizada.

Palavras-chave: Cultura organizacional. Centros cirúrgicos. Enfermagem. Segurança do paciente. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança abarca a compreensão de valores, crenças, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, individuais e coletivos, sendo adotada por gestores de saúde como ferramenta essencial para melhoria da qualidade do cuidado a partir da compreensão dos fatores que fortalecem as atitudes de segurança nas organizações⁽¹⁾.

Por conseguinte, o clima de segurança do paciente se relaciona intimamente com a cultura de segurança, visto que representa a percepção das pessoas e as práticas que refletem hábitos e crenças baseados na cultura. É considerado um aspecto importante para melhoria da segurança do paciente e o componente mensurável da

cultura de segurança⁽¹⁾.

Variados fatores influenciam o clima de segurança do paciente afetando consideravelmente a qualidade do cuidado de saúde prestado. Mensurar o clima de segurança nas instituições de saúde contribui para além do diagnóstico situacional, como também para o planejamento de ações de melhorias, partindo dos domínios que necessitam de aprimoramento e dos fatores intrínsecos e extrínsecos dos profissionais que requerem maior atenção⁽²⁾.

Nas unidades de saúde, o centro cirúrgico é conhecido como uma unidade fechada, de cuidado crítico e de práticas complexas executadas em condições de pressão e estresse. Exige dos profissionais trabalho em equipe, que envolve pessoas com identidades culturais

¹Manuscrito originário das dissertações "O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de pandemia da COVID-19" e "Análise do clima de segurança do paciente no centro cirúrgico no período pré-pandêmico e pandêmico da COVID-19: estudo misto".

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: cintiafassarella@gmail.com ORCID ID: 0009-0006-6089-9670.

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGENF (UERJ), Professora Assistente. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – FENFUERJ. E-mail: rosilenealvesferreira.uej@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-7274-8753

***Enfermeira Mestre em Enfermagem. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. E-mail: anaazevedo.ara@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-6857-5260

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo PPGENF-UERJ, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. E-mail: erfaandressa@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-8695-9965

*****Enfermeira Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta. Escola Superior de Enfermagem do Porto - ESEP. E-mail: dgatbarro@eserf.pt ORCID ID: 0000-0001-9982-9537

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada. UERJ. E-mail: fcamerini@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-4330-953X

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada. UERJ. E-mail: darimendh@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-0656-1680

distintas, trabalhando em prol do cuidado cirúrgico seguro.

Avaliar a segurança do paciente no ambiente cirúrgico inclui considerar aspectos da cultura organizacional, o clima de segurança do paciente e particularidades do processo de trabalho. Para tal, existe um instrumento específico traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira, denominado Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico (SAQ/CC), que possibilita traçar um diagnóstico situacional do clima de segurança do ambiente cirúrgico⁽²⁾.

Contudo, considerando situações atípicas, como a pandemia da Covid 19, se faz necessário um olhar qualitativo, buscando compreender a percepção do profissional quanto às atitudes de segurança. Em 2020, iniciou-se, mundialmente, o enfrentamento a pandemia de Covid-19, doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. A Covid-19 foi considerada um choque externo ao sistema, afetando a proporção do volume cirúrgico planejado. Neste período, as cirurgias programadas foram adiadas, alterando filas e as formas de priorização de acontecimentos destas⁽³⁾.

É valioso compreender o clima de segurança do paciente em cenários cirúrgicos de diferentes instituições e contextos, visto que contribui para entender as diferenças, ilustrando melhor as divergências e convergências e para apontar direções frutíferas em prol de abordar as atitudes de segurança nessas diferentes organizações⁽⁴⁾. Salientando que a segurança do paciente é um componente crítico e prioritário da qualidade do cuidado de saúde, faz-se importante avançar em pesquisas que permeiem a temática⁽¹⁾.

Ademais, estudos sobre segurança do paciente constam na agenda prioritária em saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) alinhando-se com o objetivo 3 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) que visa "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades", tendo como meta 3.8 atingir a cobertura universal de saúde com o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e seguros para todos⁽⁵⁾.

Como parte complementar da agenda prioritária em saúde, a iniciativa Patient Safety Research incentiva as investigações relacionadas a incutir a cultura de segurança no desenvolvimento e prestação de cuidados de saúde e transformar evidência em melhores práticas e mensuráveis, sendo estas um dos

princípios norteadores das ações definidas por meio do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030⁽⁶⁾.

De face ao exposto, tem-se a seguinte questão norteadora: qual é a percepção das equipes multiprofissionais em centros cirúrgicos de hospitais universitários sobre os domínios de clima de segurança durante a pandemia da Covid-19? O objetivo do estudo consistiu em compreender a percepção das equipes multiprofissionais em centros cirúrgicos de hospitais universitários a partir dos domínios de clima de segurança durante a pandemia da Covid-19.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Para o relato deste estudo, a ferramenta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*⁽⁷⁾ foi adotada.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais universitários e públicos localizados na cidade do Rio de Janeiro. Ambas as instituições possuem funções assistenciais, de ensino de graduação e de pós-graduação *lato sensu*, nos moldes de residência multiprofissional, e *stricto sensu* e pesquisa. O hospital A possui núcleo de segurança do paciente e o centro cirúrgico é composto por seis salas de cirurgias e uma sala de recuperação pós-anestésica. O hospital B destaca-se por compor a Rede Sentinela da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), possui núcleo de segurança do paciente e centro cirúrgico com vinte salas operatórias, uma sala híbrida exclusiva da cirurgia vascular, uma sala exclusiva para cirurgias cardíacas e transplante cardíaco, uma sala para cirurgia robótica e sala de recuperação pós-anestésica.

Participantes

Os critérios de inclusão foram: profissionais lotados e atuantes no centro cirúrgico durante a pandemia da Covid-19, com interação direta ou indireta com pacientes, com carga horária mínima de 20 horas/semanais no setor durante a coleta de dados e com vivência maior de um mês

no cenário do estudo. Foram excluídos: os profissionais afastados durante o período pandêmico, por férias, licença ou por ser considerado grupo de risco para Covid-19.

A amostragem por conveniência foi adotada para garantir a participação de todos os profissionais, sendo estes: equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), equipe médica (anestesiologistas e cirurgiões) equipe de apoio.

Instrumento de coleta

Utilizou-se um roteiro semiestruturado para entrevista, com seis perguntas abertas idealizadas pelas pesquisadoras, em cada hospital, a partir dos domínios do instrumento do SAQ/CC⁽⁴⁾, sendo estas: Como avalia o clima de segurança no ambiente cirúrgico na pandemia de Covid-19?; Como você identifica a atuação da gerência?; Com relação ao estresse, como se sente no dia a dia no seu trabalho na pandemia da Covid-19? Quanto à condição de trabalho, como avalia na pandemia da Covid-19?; Quanto à comunicação no ambiente cirúrgico, como avalia a transmissão e equipamentos de informação na pandemia da Covid-19?; Com relação ao desempenho profissional, como considera e avalia o seu trabalho na pandemia da Covid-19?

Coleta de dados

A coleta de dados no Hospital A foi realizada no período de fevereiro a maio de 2021 e, no Hospital B, no período de junho a julho de 2022, mediante aceite do profissional e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Destaca-se que foram conduzidas entrevistas piloto para assegurar que as perguntas não induzissem as respostas dos participantes e que cumprissem os objetivos do estudo.

Todas as dúvidas foram previamente sanadas de maneira presencial pelas pesquisadoras, estabelecendo um relacionamento, assim como o objetivo da pesquisa explicitado. As entrevistas, com duração em torno de 10 a 15 minutos, foram realizadas por duas das pesquisadoras do estudo, individual e presencialmente, nos respectivos cenários de estudo e gravadas em dispositivos digital, com a permissão dos participantes. Destaca-se que as entrevistas contemplaram o estudo de dissertação de mestrado das pesquisadoras, ambas com experiência na área cirúrgica e pesquisa. Considerando o momento pandêmico, respeitou-se o distanciamento de 1,5

metros entre pesquisadora e participante, assim como ambos utilizaram máscara facial cirúrgica durante toda coleta.

A amostra no hospital A e B foi determinada pela saturação de dados e não houve recusa ou desistência de participantes em ambos os cenários. Ressalta-se que o item 23 do checklist, que trata da devolução das transcrições aos participantes para comentários e/ou correções, não foi realizada em função da impossibilidade de retorno ao cenário da coleta dos dados por questões de segurança na pandemia. No entanto, para manter a robustez do estudo e não ocorrer perdas de informações, as gravações das entrevistas foram ouvidas e as transcrições lidas novamente, por um terceiro revisor, com intuito de que nenhuma informação fosse suprimida.

Análise e tratamento dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ)⁽⁸⁾. Para análise do *corpus*, os textos foram agrupados em um único arquivo e separados com linhas de comando. Cada linha de comando foi composta por quatro asteriscos, um espaço branco, um asterisco, o nome da variável, um *underline* e o número do participante, seguido por um espaço branco, um asterisco, o nome da variável, um *underline* e o código da modalidade (qual hospital pertencia). Exemplo de uma linha de comando: **** *Enf_01 *Hosp_B.

A compreensão do material e nomeação das classes obedeceu ao seguinte processo: ao inserir o *corpus* formatado no Iramuteq, optou-se pelo Método de Reinert (Classificação Hierárquica Descendente), onde o material passa por sucessivas clivagens ou divisões de *clusters*, a partir do cálculo do qui-quadrado dos léxicos em relação às classes, gerando, por fim, um dendrograma. Em seguida, os segmentos de texto de cada classe são explorados para verificar as temáticas abordadas, o que possibilita a nomeação de suas respectivas classes, subeixos e eixos, respeitando as divisões realizadas pelo software. Salienta-se, ainda, que, quanto maior o χ^2 , mais associada está a palavra com a classe, e foram desconsideradas as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p < 0,05$). Esta análise final foi realizada por três juízes para garantir maior homogeneidade na escolha dos títulos das classes e compreensão dos segmentos de texto utilizados.

Aspectos éticos

O estudo foi autorizado pela direção hospitalar e gerência do centro cirúrgico dos dois hospitais e obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa, em 2021, de ambos os hospitais sob os números de pareceres 4.510.572 e 4.638.445. Foram assegurados o anonimato e o sigilo na divulgação dos dados obtidos. Com tal propósito, as entrevistas foram identificadas com códigos de acordo com as equipes profissionais, a saber: Enf- refere-se aos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, Apo- ao de apoio, Anest- de anestesistas e Cir- de cirurgiões, seguido do número arábico para identificar os participantes conforme ordem de entrevista.

RESULTADOS

Participaram do estudo no hospital A 24 profissionais, sendo 10 profissionais da equipe de enfermagem, 7 da anestesiologia, 6 da cirurgia e 1 do serviço do apoio. Os participantes entrevistados foram estatutários, com atribuições de liderança na sala de cirurgia, gestão do centro cirúrgico e coordenação da anestesiologia. Quanto à análise estatística textual clássica, o *corpus* foi constituído por 24 textos, separados em 667 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 543 ST (81,41%). Emergiram 23.613 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.813 palavras distintas e 850 com uma única ocorrência.

Quanto ao hospital B, o grupo de participantes foi composto por 20 profissionais,

sendo 14 profissionais da equipe de enfermagem, 3 da anestesiologia, 2 da cirurgia e 1 do serviço de apoio. Os participantes entrevistados foram estatutários, com atribuições de liderança na sala de cirurgia, gestão do centro cirúrgico e coordenação da anestesiologia. Em relação à análise estatística textual clássica, o *corpus* foi constituído por 20 textos, separados em 494 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 409 ST (82,79%). Emergiram 17.409 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.256 palavras distintas e 1.181 com uma única ocorrência.

Classificação hierárquica descendente: hospital A e hospital B

As figuras 1 e 2 apresentam o dendrograma da classificação hierárquica descendente (CHD) correspondente aos cenários do estudo. A CHD trata-se de uma análise que consiste na criação de novas secções, mediante a agregação de textos semelhantes em classes lexicais⁽⁸⁾. As classes foram geradas a partir das associações, determinadas por meio do teste qui-quadrado (χ^2), entre os segmentos de textos compondo cada *subcorpus*.

Tratando-se de um estudo em que os participantes relacionavam o clima de segurança do paciente no centro cirúrgico com o período pandêmico da Covid-19, observa-se que os termos adjacentes a “paciente” e “pandemia” foram palavras-chave relacionadas ao clima de segurança e seus domínios como estresse, desempenho, comunicação, equipe e segurança do paciente.

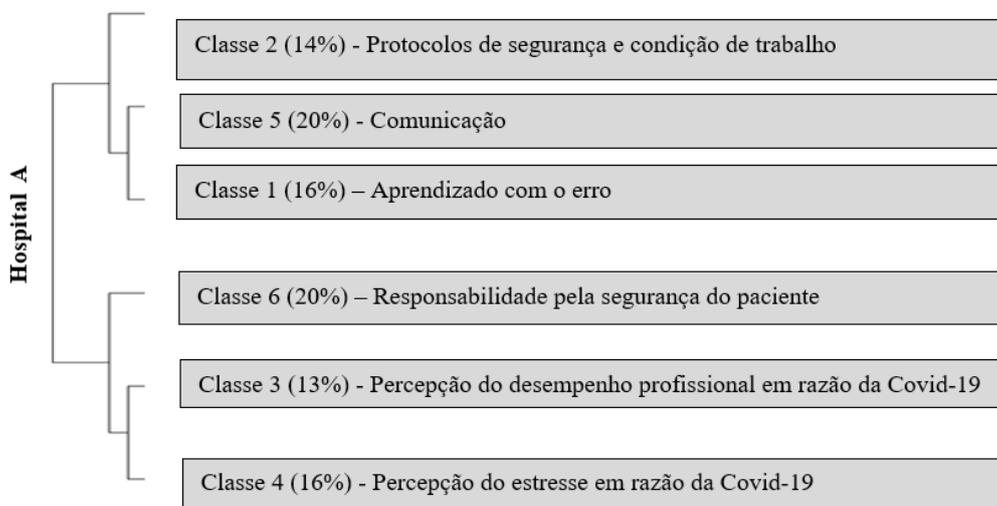


Figura 1. Dendrograma da classificação hierárquica descendente do *corpus* do hospital A

Fonte: os autores, com apoio do *software* Iramuteq versão 0.7 *alpha* 2, 2024.

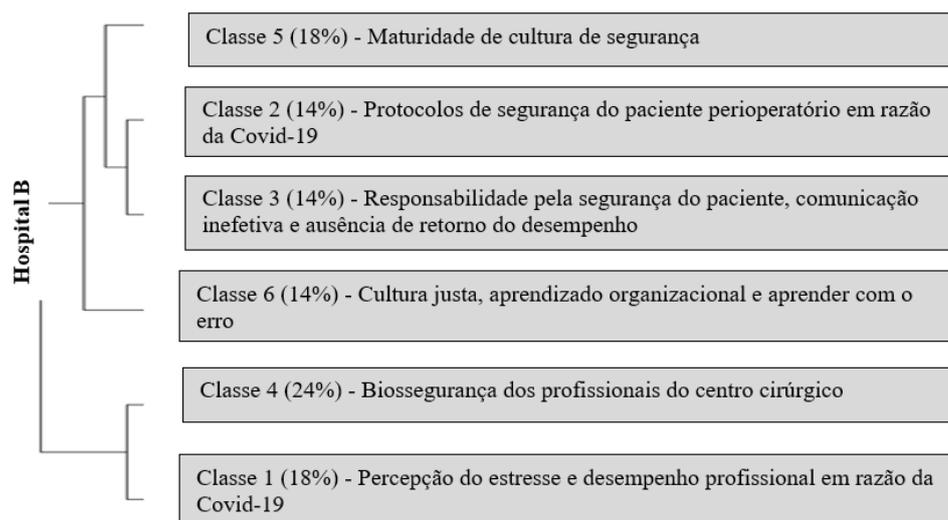


Figura 2. Dendrograma da classificação hierárquica descendente do *corpus* do hospital B

Fonte: os autores, com apoio do *software* Iramuteq versão 0.7 alpha 2, 2024.

No quadro 1, apresenta-se os dados provenientes do *corpora* com o objetivo de compreender o clima de segurança da equipe multiprofissional do centro cirúrgico de dois hospitais universitários durante a pandemia da Covid-19, a partir dos domínios do SAQ/CC.

Quadro 1. Discursos dos participantes nas entrevistas

| Hospital | Classes | Discursos |
|--|---|---|
| Domínio: Comunicação no ambiente cirúrgico | | |
| Hospital A | Classe 5 - Comunicação | Eu acho que a nossa comunicação aqui é um pouco atravancada. Eu acho que ela poderia e deveria ser mais linear. (Enf_08) |
| Hospital B | Classe 3 - Responsabilidade pela segurança do paciente, comunicação inefetiva e ausência de retorno do desempenho | A comunicação em si fica a desejar um pouco” (Apo_20) |
| Domínio: Condição de trabalho | | |
| Hospital A | Classe 1 - Aprendizado com o erro | As pessoas ainda não se sentem seguras em falar que errou, tem medo do julgamento e acaba que a gente não aprende com o erro. (Enf_01) |
| Hospital B | Classe 6 - Cultura justa, aprendizado organizacional e aprender com o erro | Aprender com os erros é fundamental, mas aqui não existe essa prática de dar um retorno, de sentar com toda a equipe, conversar sobre criar protocolos, estratégias para se evitar o acontecimento desse erro novamente. (Anest_13) |
| Domínio: Percepção de desempenho profissional | | |
| Hospital A | Classe 3 - Percepção do desempenho profissional em razão da Covid-19 | Me senti muito cansada devido à diminuição do profissional na área, quem ficou teve que se desdobrar. (Enf_06) |
| Hospital B | Classe 1 - Percepção do estresse e Desempenho profissional em razão da Covid-19 | Meu desempenho agora está melhor porque estou sem medo, mas antes eu estava com muita ansiedade, então isso piorou meu desempenho, mas agora está melhor. (Enf_07) |
| Domínio: Percepção de estresse | | |
| Hospital A | Classe 4 - Percepção do estresse em razão da Covid-19 | Não é o cansaço físico, né, como eu disse. Mas é o cansaço emocional, psíquico, é... Sim, eu diria que sim, que afetou sim, é... Afetou meu trabalho, afetou minha saúde, sim... Diria que sim. (Anest_22) |
| Hospital B | Classe 1 - Percepção do estresse e Desempenho | O estresse aumentou total e não teve uma forma de amenizar o estresse, foi seguir os protocolos e usar os EPI* para se |

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| | profissional em razão da Covid-19 | sentir mais seguro. (Anest_17) |
| Domínio: Percepção da gerência | | |
| Hospital A | Classe 2 – Protocolos de segurança e condição de trabalho | As informações que a chefia passava, os protocolos foram criados ao longo do Covid [...] Nós mesmos fomos administrando, pesquisando para poder saber a melhor forma de lidar, entendeu? Protocolos foram criados pela nossa equipe. (Anest_18) |
| Hospital B | Classe 2 – Protocolos de segurança do paciente perioperatório em razão da Covid-19 | [...] Durante a pandemia talvez tenha tido uma proteção maior para a equipe com o uso do equipamento de proteção individual. [...] quanto a treinamentos, demorou um pouco, porque no início, na pandemia todos estavam um pouco perdidos. Mas eles deram todo o suporte de EPI*, treinamentos. (Anest_17) |
| | Classe 4 – Biossegurança dos profissionais do centro cirúrgico | |
| Domínio: Clima de segurança | | |
| Hospital A | Classe 6 – Responsabilidade pela segurança do paciente | [...] Desde a enfermagem, pessoal da equipe médica, anestesiologia**. Todo mundo assume a segurança. (Cir_19) |
| Hospital B | Classe 5 – Maturidade de Cultura de segurança | [...] então, parece que agora está se encaminhando mesmo para essa cultura de segurança. Ainda falta adesão médica nessa segurança, principalmente. (Enf_06) |

Fonte: os autores, 2024.

Nota: * Equipamento de Proteção Individual **Anestesiologista.

DISCUSSÃO

Em ambos os cenários, a categoria com maior participação do estudo foi a de enfermagem, corroborando outros estudos científicos^(9,10). Compreende-se este achado visto ser a categoria profissional com maior representatividade dentro das unidades de saúde⁽¹¹⁾. Estudos internacionais declaram que o clima de segurança percebido por esses profissionais é diretamente proporcional à qualidade dos cuidados^(12,13).

Este estudo buscou compreender a percepção da equipe multiprofissional de dois centros cirúrgicos de hospitais universitários sobre o clima de segurança durante a pandemia da Covid-19. Quanto ao domínio ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’, os achados demonstraram que ambos os cenários cirúrgicos têm comunicação dificultosa e a cultura punitiva ainda está sendo muito praticada. A comunicação é considerada complexa no ambiente cirúrgico e uma ferramenta valiosa para o funcionamento do setor⁽¹⁴⁾.

Durante o enfrentamento da pandemia, os profissionais verbalizaram as dificuldades encontradas na comunicação da equipe multiprofissional, corroborando estudos

publicados⁽¹⁴⁾. A dificuldade na comunicação pode estar relacionada à cultura punitiva dos erros. Estudo realizado em um hospital universitário na Áustria, enfermeiros e médicos relataram baixos níveis de confiança para falar abertamente sobre erros em função de pressão psicológica⁽¹⁵⁾.

A transição para uma cultura não punitiva é imperativa para os serviços de saúde, uma vez que a identificação dos culpados não promove a redução dos erros. Pelo contrário, esta prática favorece a subnotificação, a recorrência e dificulta a implementação de protocolos com ações preventivas⁽¹⁶⁾.

Como proposta para ambos os cenários de estudo, sugere-se estimular a atuação da gestão com maior proximidade dos profissionais, pensar em feedbacks destes acerca dos resultados dos indicadores cirúrgicos, adoção de *debriefing* e criar propostas juntamente com as equipes de saúde⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Compreendendo o domínio ‘Condição de trabalho’, os achados científicos apontam a urgência em adotar uma cultura justa, não punitiva e a favor de contribuir com o desenvolvimento da capacidade interpessoal, profissional e institucional⁽²⁰⁾. Ante o exposto, é valioso que a gestão avance em construir e

apoiar um clima de segurança que identifica os erros e os estuda, permitindo a construção de estratégias de prevenção e implementação de ações que mitiguem os danos, sem penalizar o profissional⁽²¹⁾.

Dessa maneira, é interessante pensar em desenvolver momentos de discussão do mapa cirúrgico com a finalidade da ciência dos casos por todas as equipes e impulsionar o retorno dos incidentes por parte do Núcleo de Segurança do Paciente para a equipe multiprofissional do centro cirúrgico⁽¹⁷⁾.

No que se refere ao domínio 'Percepção do desempenho profissional', é importante ressaltar que, assim como nos cenários estudados, muitas unidades de saúde tiveram redução de recursos humanos, seja por estes apresentarem fatores de risco para contágio da Covid-19, seja por adoecimento ou até mesmo óbito⁽²¹⁾. Situações estas que contribuem para o sentimento de sobrecarga daqueles que seguiram atuando na linha de frente, prevendo-se com isso, um impacto negativo causado pela Covid-19 na prática, afetando a qualidade dos cuidados e a segurança do paciente⁽¹⁷⁾. Desenvolver atividades laborais com déficit de pessoal e recursos materiais, adicionada à carga de trabalho elevada podem alavancar a ocorrência de eventos adversos que afetam a segurança do paciente⁽²²⁾.

O profissional de enfermagem, consagrado protagonista no processo de cuidar em saúde⁽³⁾, que é considerada uma das profissões de maior contato beira leito com o paciente, desempenhou papel central no cuidado diante da pandemia⁽¹⁶⁾. Estes profissionais fundamentais para assistência ao paciente necessitam de intervenções urgentes em relação à contratação, valorização e reconhecimento⁽²³⁾.

No que tange ao domínio 'Percepção do estresse', destaca-se que a pandemia da Covid-19 gerou, para além de muitas incertezas, o aumento da tensão na equipe multiprofissional do centro cirúrgico, diante da exposição a um novo vírus⁽⁵⁾. Esses profissionais vivenciaram variados sentimentos, como medo do desconhecido, da possibilidade de se contaminar, contaminar algum membro da família ou a população e familiares durante o retorno para o lar⁽³⁾.

O adoecimento dessa equipe aconteceu

também pelo aumento de profissionais com disfunções mentais desenvolvidas ou agudizadas frente ao enfrentamento da Covid-19⁽²⁴⁾. Faz-se necessário que os gestores das unidades de saúde ofereçam possibilidades de cuidado como serviços de apoio psicológico, a fim de cuidar destes e torná-los aptos a retornar as suas atividades laborais⁽²²⁾.

Quanto ao domínio 'Percepção da gerência', a integração da gestão em proveito da segurança do paciente é imprescindível, não só com ações dentro suas políticas de atuação, mas com atitudes reais dentro da organização de saúde^(11,15). Sua atuação é valorosa na conscientização dos enfermeiros sobre a segurança do paciente, ainda mais quando esses são ouvidos e estratégias de resolução são adotadas^(9,25).

É comum haver divergência na percepção da participação da gerência, podendo isto ser um reflexo do verdadeiro engajamento desta com a melhora do clima e o favorecimento da segurança dos pacientes, ou com resistência dos profissionais em explicitar opiniões negativas sobre gestores e a instituição⁽²⁰⁾. Por fim, importante trazer que uma liderança eficaz é primordial para promover o clima de segurança em uma organização^(25,26).

Os profissionais dos cenários estudados sentiram-se amparados devido ao não desabastecimento de EPIs nessas unidades de saúde, contrapondo a isto, a desinformação gerou medos e incertezas. Ambos os cenários adotaram, durante o momento pandêmico, protocolos baseados em evidências científicas que foram atualizados conforme o avanço das pesquisas em busca de conhecer o novo vírus. Spolverato et al⁽²⁷⁾ apontam que para ocorrência de cirurgias eletivas durante o período pandêmico, foi necessário preparo e treinamento adequado de toda equipe multiprofissional.

Complementando esse contexto ainda, esta atitude reduz a disseminação do vírus para toda unidade hospitalar. Implementar protocolos gera segurança e confiança, além de impulsionar a mudança do clima institucional⁽⁵⁾. Reuniões frequentes entre as equipes são excelentes oportunidades para melhorar a comunicação, pois favorece a troca de informações, permite esclarecimentos de dúvidas e alinhamento de condutas por parte da equipe⁽¹⁴⁾.

Tratando-se do domínio ‘Clima de segurança’, sabe-se que um clima de segurança frágil está interligado a um ambiente no qual eventos adversos com ou sem danos estão presentes⁽²⁰⁾. Sendo assim, o cuidado de segurança precisa ser melhor pensado e considerado pelos profissionais de saúde, em consequência de afetar a qualidade da assistência ao paciente⁽⁹⁾. Contudo, um clima positivo reflete em melhoria nos processos e na qualidade dos cuidados em saúde, propiciando fortalecimento da cultura de segurança do paciente e aquisição de resultados positivos em ações na assistência à saúde^(20,21).

A enfermagem foi apontada nas falas como peça fundamental para a segurança do paciente durante a pandemia da Covid-19, assim como mencionado pela literatura⁽²⁸⁾. Pesquisas científicas apontam a extrema relevância do enfermeiro diante de um cenário de crise, provendo recursos físicos, humanos, materiais bem como também emocionais, em prol de garantir a segurança e a qualidade do cuidado no desenvolvimento de processos assistenciais seguros^(16,25,29). Devido a serem a maior força de trabalho das instituições de saúde e de maior proximidade com os pacientes, seus comportamentos de participação e adesão às práticas de cuidados seguro influenciam diretamente na segurança dos pacientes⁽¹¹⁾.

Alguns enfermeiros relataram baixa adesão de outras categorias profissionais aos protocolos de precaução e tal atitude compromete a segurança e qualidade dos cuidados prestados⁽²⁸⁾. Estudo trouxe em seus achados a correlação direta do clima de segurança com a adesão às atitudes de segurança do paciente⁽³⁰⁾, sugere-se, então, investir em momentos de reflexão acerca do clima de segurança do paciente e cultura justa, e incentivar a construção de uma liderança participativa e horizontal.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Visto que a pesquisa envolve falas dos participantes, o risco de viés de resposta deve ser considerado, pois não foi possível a devolução das transcrições das falas dos participantes

devido ao risco de disseminação/contaminação do vírus, porém cuidado extra foi tomado durante a transcrição e escuta das gravações das falas a fim de evitar perdas de informações, preservando a confiabilidade dos dados. Além disso, o estudo não permite generalização, apesar de ser em dois hospitais de uma mesma região, mas permite compreender o cenário do centro cirúrgico, ambiente de formação de profissionais especializados.

O cronograma da coleta de dados teve que sofrer alteração por causa do período crítico da pandemia, ou seja, um aspecto de saúde pública e vulnerabilidade biológica aos estudantes, déficit de recursos humanos e materiais nos cenários do estudo, impactando diretamente no processo de coleta de dados, mas que não colocou em risco a fidedignidade dos dados e o rigor científico da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender a percepção dos profissionais que atuam em centro cirúrgico sobre os domínios de clima de segurança durante a pandemia da Covid-19. Dentre os achados de ambos os cenários estão a comunicação dificultosa entre a equipe multiprofissional, a presença da cultura punitiva e os sentimentos de medo e cansaço sentidos pelos profissionais de saúde atuantes durante a pandemia da Covid-19.

Os achados deste estudo contribuem para o avanço do conhecimento na temática da cultura e do clima de segurança no ambiente cirúrgico, evidenciando a necessidade de evoluir em prol de uma cultura positiva, com uma gestão participativa que incentiva uma comunicação horizontal interprofissional.

Importante também adotar ações que contribuam para a saúde mental dos profissionais, minimizando medos e ansiedade, especialmente em situações atípicas como a pandemia, que exigiu grandioso esforço físico e mental dos profissionais que seguiram na assistência. Faz-se necessário avançar em estudos para desenvolver protocolos que contribuam para o enfrentamento das dificuldades em momentos de crise.

SAFETY CLIMATE IN THE SURGICAL ENVIRONMENT: A QUALITATIVE STUDY

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of multidisciplinary teams in university surgical centers regarding safety climate domains during the COVID-19 pandemic. **Method:** This is a qualitative, descriptive-exploratory study conducted in two university hospitals. We developed a semi-structured interview guide based on the domains of the Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room. Data were collected between February and May 2021 and between June and July 2022, following participant consent and the signing of the Informed Consent Form. We analyzed the data using IRaMuTeQ. **Results:** Communication was perceived as challenging in both settings. Management was considered responsive to the challenges of the pandemic, particularly in providing personal protective equipment; however, the exchange of information between leadership and staff was deemed insufficient. Healthcare professionals experienced fear, anxiety, and physical and mental exhaustion. **Final considerations:** Management must advance by engaging collaboratively with professionals, listening to them, and moving away from a punitive culture. Promoting learning from errors and creating spaces that prioritize professionals' mental health are key strategies for improvement.

Keywords: Organizational culture. Surgicenters. Nursing. Patient safety. COVID-19.

CLIMA DE SEGURIDAD EN EL AMBIENTE QUIRÚRGICO: ESTUDIO CUALITATIVO

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de los equipos multiprofesionales en centros quirúrgicos universitarios sobre el dominio del clima de seguridad durante la pandemia de COVID-19. **Método:** estudio con enfoque cualitativo y diseño descriptivo-exploratorio realizado en dos hospitales universitarios. Se utilizó un guion de entrevista semiestructurado creado a partir de los dominios del Cuestionario de Actitudes de Seguridad/Centro Quirúrgico. La recolección de datos se realizó de febrero a mayo de 2021 y de junio a julio de 2022, tras aceptación del profesional y la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado. Para el análisis de datos se utilizó IRaMuTeQ. **Resultados:** la comunicación en ambos escenarios fue considerada difícil. La percepción de la gerencia demostró ser considerable ante los desafíos del momento pandémico, percepción traída por el suministro de equipos de protección individual por las unidades, pero con críticas al precario intercambio de información entre gestión y equipo. Los profesionales sufrieron con miedo, ansiedad, además de cansancio físico y mental. **Consideraciones finales:** es necesario que la gestión avance construyendo junto a los profesionales, escuchándolos y abandonando la cultura punitiva. Es valioso adoptar un aprendizaje idealizado a partir de los errores y espacios donde la salud mental de los profesionales pueda ser valorada.

Palabras clave: Cultura organizacional. Centros quirúrgicos. Enfermería. Seguridad del paciente. COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira RA, Fassarella CS, Ribeiro OMPL, Cardoso RB, Henrique DM, Camerini FG, et al. Safety climate in the operating room in the pre-pandemic and pandemic period of COVID-19: A mixed method study. *PLoS One*. 2024; 19(7):e0305281. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305281>
2. Lourenção DCA, Tronchin DMR. Safety climate in the surgical center: validation of a questionnaire for the Brazilian scenario. *Rev. Eletr. Enf.* 2018;20:1–11. Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47570>
3. Souza SS, Farias MTD, Bandeira AKC, Magalhães MSSP, Sales MGS, Rodrigues AS, et al. Nurses conduct in the surgical center in the Covid-19 pandemic scenario. *Nursing* (Ed. brasileira. Online). 2022;25(291):8394–403. Doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i291p8394-8403>
4. Oliveira Junior NJ, Lourenção DCA, Poveda VB, Riboldi CO, Martins FZ, Magalhães AMM. Safety culture in surgical centers from the perspective of the multiprofessional team. *Rev Rene*. 2022;23:e78412. Doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378412>
5. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development [on-line]. 2015. [citado em 09 fev 2025]. Disponível em: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n15/291/89/pdf/n1529189.pdf>
6. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [online]. 2021. [citado em 09 fev 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–357. Doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
8. Souza MAR de, Wall ML, Thuler AC de MC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03353. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
9. Costa CJND, D'Artibale EF, Duarte ÊRM, Ribeiro MRR, Martins ETJ, Ferreira GE. Clima de segurança em saúde no contexto de pandemia da covid-19 em um hospital universitário. *renome*. 2022;10(2):47–56. Doi: <https://doi.org/10.46551/rnm23173092202100206>
10. Macedo LL, Silva AMR, Silva JFM, Haddad MCFL, Giroto E. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. *Trab educ saúde*. 2020;18(1):e0023368. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00233>
11. Seo JK, Lee SE. Mediating roles of patient safety knowledge and motivation in the relationship between safety climate and nurses' patient safety behaviors: a structural equation modeling analysis. *BMC Nurs*. 2022;21(1):335. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01123-6>
12. Gurková E, Zeleníková R, Friganovic A, Uchmanowicz I, Jarošová D, Papastavrou E, et al. Hospital safety climate from nurses' perspective in four European countries. *Int Nurs Ver*. 2020;67(2):208–217. Doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12561>
13. Burlakov N, Rozani V, Bluvstein I, Kagan I. The association between quality and safety climate of a hospital ward, family members' empowerment, and satisfaction with provided care. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53:727–736. Doi: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jnu.12682>
14. Martins KN, Bueno A de A, Mazoni SR, Machado VB, Evangelista RA, Bolina AF. Management process in surgicenters from the perspective of nurses. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE00753. Doi: <https://doi.org/10.37689/actape/2021A000753>

15. Hoffmann M, Schwarz CM, Schwappach D, Banfi C, Palli C, Sendlhofer G. Speaking up about patient safety concerns: view of nursing students. *BMC Health Serv Res.* 2022;22:1547. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08935-x>
16. Ribeiro OMPL, Trindade LL, Fassarella CS, Pereira SCA, Teles PJFC, Rocha CG, et al. Impact of COVID-19 on professional nursing practice environments and patient safety culture *J Nurs Manag.* 2022;30(5):1105–1114. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13617>
17. Skegg E, McElroy C, Mudgway M, Hamill J. Debriefing to improve interprofessional teamwork in the operating room: A systematic review. *J Nurs Scholarsh.* 2023;55(6):1179–88. Doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12924>
18. Diaz-Navarro C, Enjo-Perez I, Leon-Castelao E, Hadfield A, Nicolas-Arfelis JM, Castro-Rebollo P. Implementation of the TALK© clinical self-debriefing tool in operating theatres: a single-centre interventional study. *Br J Anaesth.* 2024;133(4):853–861. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.05.044>
19. Van Dalen ASH, Swinkels JA, Coolen S, Hackett R, Schijven MP. Improving teamwork and communication in the operating room by introducing the theatre cap challenge. *J Perioper Pract.* 2022;32(1–2):4–9. Doi: <https://doi.org/10.1177/17504589211046723>
20. Silva LC, Caldas CP, Fassarella CS, Souza PS. Effect of the organizational culture for patient safety in the hospital setting: A systematic review. *Aquichan.* 2021;21(2):e2123. Doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.3>
21. Nyberg A, Olofsson B, Fagerdahl A, Haney M, Otten V. Longer work experience and age associated with safety attitudes in operating room nurses: an online cross-sectional study. *BMJ Open Qual.* 2024;13(1):e002182. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002182>
22. Ferreira JESM, Cavalcante TF, Jansen RC, Damasceno DFO, Oliveira LR, Silva MJN, et al. Challenges for maintaining surgical care practices in the COVID-19 pandemic: an integrative review. *Invest Educ Enferm.* 2023;40(1). Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n1e16>
23. Ribeiro OMPL, Cardoso MF, Trindade LL, Rocha KG, Teles PJFC, Pereira S, et al. From the first to the fourth critical period of COVID-19: what has changed in nursing practice environments in hospital settings? *BMC Nurs.* 2023;22(1):1–12. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01207-x>
24. Dal’Bosco EB, Floriano LSM, Skupien SV, Arcaro G, Martins AR, Anselmo ACC. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Rev Bras Enferm.* 2020;73:e20200434. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>
25. Santos JLGD, Menegon FHA, Andrade GB, Freitas EO, Camponogara S, Balsanelli AP, et al. Changes implemented in the work environment of nurses in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(suppl 1):1–6. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1381>
26. Klemenc-Ketiš Z, Poplas SA. Safety culture at primary healthcare level: a cross-sectional study among employees with a leadership role. *Zdr Varst.* 2020;59(1):42–6. Doi: <https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0006>
27. Spolverato G, Capelli G, Restivo A, Bao QC, Pucciarelli S, Pawlik TM, et al. The management of surgical patients during the coronavirus diseases 2019 (COVID-19) pandemic. *Surgery.* 2020;168(1):4–10. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.04.036>
28. Berdida DJE, Grande RAN. Nurses’ safety climate, quality of care, and standard precautions adherence and compliance: A cross-sectional study. *J Nurs Scholarsh.* 2024;29. Doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12960>
29. Passos EM, Santos RB, Ribeiro R, Nogueira BVS. Teaching patient safety in undergraduate nursing in the state of Bahia. *Ciênc. cuid. saúde.* 2022;210. Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.57704>
30. Faridah I, Setyowati S, Lestari F, Hariyati RTS. The correlation between work environment and patient safety in a general hospital in Indonesia. *Enferm Clin.* 2021;31(2):S220–S224. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.026>

Endereço para correspondência: Cintia Silva Fassarella. Blvd. 28 de Setembro, 157 - Vila Isabel, Rio de Janeiro - RJ, 20551-030. Telefone: (21) 2868-8236. E-mail: cintiafassarella@gmail.com

Data de recebimento: 21/08/2024

Data de aprovação: 01/03/2025

Apoio Financeiro:

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) sob os números de concessão E-26/010.100932/2018 ("Apoio às Universidades Estaduais – UERJ, UENF e UEZO – 2018") e E-26/010.002691/2019 ("Apoio a Pesquisadores Recém-Contratados – ARC"). Financiamento adicional foi fornecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 001.