

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO: AVALIAÇÃO PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Patient safety climate surgical: team evaluation multidisciplinary

Clima de seguridad del paciente del centro quirúrgico: evaluación del equipo multidisciplinario

Fernanda Cristina Fernanda Cristina Mucelini^{1*} , Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos² , Eduardo Beserra da Silva³ ,
Débora Cristina Ignácio Alves⁴ , Juliana Aparecida Peixoto Nishiyama⁵ , João Lucas Campos de Oliveira⁶ 

RESUMO: Objetivo: Avaliar o clima de segurança do paciente no centro cirúrgico de um hospital público de ensino, sob a ótica da equipe multidisciplinar. **Método:** Estudo transversal, descritivo, desenvolvido no centro cirúrgico de um hospital universitário do Paraná, Brasil. Aplicou-se a versão brasileira validada do *Safety Attitudes Questionnaire / Operating Room Version* a uma amostra de 36 trabalhadores multidisciplinares. Na análise estatística descritiva, os escores acima de 75 pontos foram considerados positivos. **Resultados:** A média da percepção do clima de segurança multiprofissional foi de $61,8 \pm 38,8$ pontos. Apenas o Fator 8, Satisfação no trabalho ($82,6 \pm 23,4$), e o Fator 12, Cirurgião como coordenador da equipe ($77,1 \pm 27,2$), alcançaram escores positivos no estudo. O pior domínio avaliado foi “percepção de estresse” ($34,2 \pm 34,1$). A categoria “enfermeiro assistencial” foi a que melhor avaliou o clima de segurança do paciente, mesmo sem atingir o ponto de corte. **Conclusão:** O clima de segurança do paciente no centro cirúrgico obteve avaliação negativa pela equipe multidisciplinar, o que indica a necessidade de revisão de processos para possível maior segurança no cuidado.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Centros cirúrgicos. Equipe de assistência ao paciente. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT: Objective: To assess the patient safety climate in the surgical center of a public teaching hospital, from the perspective of the multidisciplinary team. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive study developed in the surgical center of a teaching hospital located in the state of Paraná, Brazil. The Brazilian and validated version of the *Safety Attitudes Questionnaire / Operating Room Version* was applied to a sample of 36 multidisciplinary professionals. In the descriptive statistical analysis, scores higher than 75 points were considered positive. **Results:** The average perception of the multidisciplinary safety climate was 61.8 ± 38.8 points. Only Factor 8 – Job satisfaction (82.6 ± 23.4) and Factor 12 – Surgeon as team leader (77.1 ± 27.2) achieved positive scores in the study. The worst domain evaluated was “Stress recognition” (34.2 ± 34.1). The category “nursing assistants” was the one that best evaluated the patient’s safety climate, even without reaching the cutoff point. **Conclusion:** Patient safety climate in the surgical center was negatively assessed by the multidisciplinary team, which indicates the need for reviewing processes to achieve greater safety in care.

Keywords: Patient safety. Organizational culture. Surgicenters. Patient care team. Perioperative nursing.

RESUMEN: Objetivo: Evaluar el clima de seguridad del paciente en el Centro Quirúrgico de un hospital público docente, desde la perspectiva del equipo multidisciplinario. **Método:** Estudio descriptivo transversal, desarrollado en el Centro Quirúrgico de un hospital universitario de Paraná, Brasil. Se aplicó la versión brasileña validada del *Safety Attitudes Questionnaire / Operating Room Version* a una muestra de 36 trabajadores multidisciplinares. En el análisis estadístico descriptivo, los puntajes superiores a 75 puntos fueron considerados positivos. **Resultados:** La percepción media del clima de seguridad multiprofesional fue de $61,8 \pm 38,8$ puntos. Solo el Factor 8- Satisfacción laboral ($82,6 \pm 23,4$) y el Factor 12- Cirujano como coordinador del equipo ($77,1 \pm 27,2$) obtuvieron puntuaciones positivas en el estudio. El peor dominio evaluado fue la “Percepción de estrés” ($34,2 \pm 34,1$). La categoría “Enfermero asistencial” fue la que mejor

¹Enfermeira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

²Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP). Professora adjunta do Colegiado de Enfermagem da Unioeste – Cascavel (PR), Brasil.

³Tecnólogo em Análise e Desenvolvimento de Sistemas pela Univel Centro Universitário – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Doutora em Ciências da Saúde pela EUSP. Professora adjunta do Colegiado de Enfermagem da Unioeste – Cascavel (PR), Brasil.

⁵Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil.

⁶Doutor em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Professor adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

*Autora correspondente: fernanda11mucelini@hotmail.com.br

Recebido: 16/09/2020 – Aceito: 06/11/2020

<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100020005>

evaluó el clima de seguridad del paciente, incluso sin alcanzar el punto de corte. **Conclusión:** El clima de seguridad del paciente en el Centro Quirúrgico fue evaluado negativamente por el equipo multidisciplinario, lo que indica la necesidad de revisar los procesos para una posible mayor seguridad en la atención. **Palabras clave:** Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Centros quirúrgicos. Grupo de atenciónal paciente. Enfermería perioperatoria.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é indissociável da qualidade do cuidado em saúde, devendo ser um compromisso constante das políticas, instituições e trabalhadores da área. Assim, há necessidade de (re)planejar constantemente ações que favoreçam a assistência segura, até mesmo pela elevada ocorrência de eventos adversos (EA) na prestação de cuidados¹.

Identificar riscos e manejá-los, bem como notificar, analisar e prevenir os EA são algumas atividades que se coadunam às práticas seguras^{1,2}. No Brasil, a notificação de erros e de EA corresponde a uma forma passiva importante de mapear a realidade dos incidentes que afetam a segurança do paciente¹, e é recorrentemente deficitária, conforme atestam estudos desenvolvidos nos estados do Paraná³ e Minas Gerais⁴. Pesquisa realizada em uma instituição hospitalar de São Paulo apontou que os profissionais possuem medo de relatar erros e serem punidos⁵. Esse cenário tende a sinalizar que a cultura punitiva pode estar presente em muitas instituições de saúde, traduzida, especialmente, pelo medo e/ou receio de notificar incidentes relacionados à segurança no cuidado prestado³⁻⁵.

A cultura punitiva está em desacordo com o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente. Isso porque a cultura de segurança positiva requer um conjunto de fatores individuais e coletivos que incluem aspectos como:

- cultura em que todos os profissionais envolvidos assumam responsabilidades pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- cultura que priorize a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- cultura que encoraje e recompense identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança;
- cultura que, com base na ocorrência de incidentes, promova o aprendizado organizacional;
- cultura que proporcione recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança⁶.

A avaliação da cultura de segurança do paciente proporciona elementos de interesse ao desenvolvimento de estratégias para melhorias concretas no cuidado, pois parte do princípio da apreciação sistemática de um conjunto de valores institucionais e profissionais que pode ser desenvolvido/melhorado e, portanto, repercutir nas

práticas voltadas à segurança assistencial⁷. Em algumas vertentes teóricas, entende-se que o clima de segurança é a face mensurável da cultura de segurança do paciente, objetivada com base na métrica, por meio de instrumentos específicos para tal fim⁸.

Sabe-se que alguns ambientes de cuidado favorecem riscos à segurança do paciente, a exemplo do centro cirúrgico (CC), onde a evidente complexidade assistencial tende a expor pacientes e equipe de saúde à ocorrência potencial de danos. Nesse escopo, uma revisão sistemática da literatura⁹ realizada por pesquisadores de origem inglesa, que objetivou quantificar os danos potencialmente evitáveis ao paciente cirúrgico por meio da avaliação da frequência, da gravidade e da evitabilidade das causas e das consequências dos EA cirúrgicos, demonstrou que, de acordo com a análise de 14 estudos primários (totalizando 16.424 pacientes cirúrgicos), 14,4% dos pacientes avaliados sofreram algum tipo de EA, e 5,2% dos EA eram potencialmente evitáveis. Entre as consequências dos eventos, 3,6% foram fatais, 10,4% foram classificadas como graves, 34,2% como moderadas e 52,5% como leves⁹.

Com base no exposto, evidencia-se a relevância social e científica de investigar o clima de segurança do paciente no âmbito cirúrgico a fim de que se possa instrumentalizar o incremento de melhorias na segurança do paciente. Para tanto, emergiu a seguinte pergunta de estudo: qual é a avaliação do clima de segurança do paciente entre profissionais da equipe multidisciplinar do CC de um hospital público de ensino no estado do Paraná?

OBJETIVO

Avaliar o clima de segurança do paciente no CC de um hospital público de ensino, sob a ótica da equipe multidisciplinar.

MÉTODO

Pesquisa transversal, descritiva, de abordagem quantitativa. Foi realizada no CC de um hospital universitário público do Paraná, Brasil, que atende exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição possui 210 leitos, entre eles leitos de internação em unidades de clínica médica e cirúrgica, unidade de terapia intensiva (UTI) adulto, UTI pediátrica, UTI neonatal, unidade de cuidados intermediários (UCI), pronto-socorro (PS), CC, centro obstétrico (CO) e ambulatórios de especialidades.

O CC em estudo possui cinco salas cirúrgicas e uma sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e realiza cerca de 400 cirurgias/mês¹⁰. O setor conta com uma enfermeira responsável pela coordenação do CC, que cumpre jornada de oito horas diárias de trabalho. A equipe de enfermagem assistencial é composta de um enfermeiro em cada turno de trabalho (manhã, tarde e três turnos noturnos), cinco técnicos de enfermagem no período matutino, cinco no período vespertino e três em cada período noturno. Além da equipe de enfermagem, o setor conta com uma equipe multiprofissional composta de cirurgiões, anesthesiologistas, residentes de medicina, enfermagem, farmácia e odontologia (cirurgia bucomaxilofacial) e profissionais de apoio (farmácia, laboratório, limpeza e profissionais técnicos administrativos).

A população do estudo foi composta da equipe multidisciplinar atuante no CC, antes descrita. A amostra por conveniência foi conformada pelo seguinte critério de inclusão: atuar no CC por, no mínimo, um ano. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Profissionais afastados do trabalho por qualquer razão durante a pesquisa em campo e aqueles que não responderam a três tentativas/lembretes para coleta de dados foram excluídos. Após a verificação dos critérios de elegibilidade, foram entregues 78 questionários de coleta de dados, dos quais, após as devidas tentativas, 36 profissionais da equipe multidisciplinar retornaram os questionários preenchidos.

A coleta de dados foi realizada de janeiro a junho de 2019, por meio da versão traduzida, adaptada e validada do *Safety Attitudes Questionnaire/ Operating Room Version*¹¹, denominada de Questionário de Atitudes de Segurança/ Centro Cirúrgico (SAQ/CC). O referido instrumento foi desenvolvido com base no Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) elaborado por pesquisadores da Universidade do Texas, Estados Unidos da América (EUA), em 2006¹².

O SAQ-CC é um instrumento composto de três partes: a primeira contém 15 itens que objetivam descrever a qualidade da comunicação e da colaboração vivenciada entre os profissionais que atuam no CC. A segunda contém 40 itens sobre a percepção de segurança que permeia o cuidado do paciente e a terceira contém questões para a caracterização dos respondentes (categoria profissional, tempo de experiência na especialidade, tempo de atuação no referido hospital, regime de trabalho, turno de trabalho, etnia, idade, sexo e país de origem). A pergunta aberta sobre as três principais recomendações para aprimorar o clima de segurança do paciente no CC não foi avaliada no presente estudo em razão da insuficiência de resposta dos participantes¹¹.

Os 40 itens do SAQ-CC¹¹ estão agrupados em seis domínios e em seis fatores, a saber: clima de segurança (sete itens), percepção da gerência (cinco itens), percepção do estresse (quatro itens), condições do trabalho (seis itens), comunicação no ambiente cirúrgico (quatro itens) e percepção do desempenho profissional (quatro itens)¹¹. Os fatores do questionário não possuem nomenclatura específica, sendo assim denominados:

- Fator 7: três itens;
- Fator 8: um item;
- Fator 9: dois itens;
- Fator 10: dois itens;
- Fator 11: um item;
- Fator 12: um item.

Por fim, há uma pergunta sobre já ter respondido o referido instrumento¹¹.

Cada item do questionário é disposto para respostas em uma escala tipo *Likert*, que varia de “discordo totalmente – opção A” (0 pontos) a “concordo totalmente – opção E” (100 pontos); a nota zero corresponde à pior percepção da cultura de segurança e a nota 100 à melhor percepção de segurança em CC. A opção B equivale a 25 pontos (discorda parcialmente), a opção C a 50 pontos (neutro) e a opção D a 75 (concorda parcialmente). A opção X, “não se aplica”, não pontua¹¹. Para se obterem os escores finais de cada domínio e fator, devem-se somar as respostas das questões de cada domínio/fator e dividir pelo número de questões de cada domínio/fator.

Para a análise dos dados, foram consideradas atitudes positivas de segurança do paciente aquelas que obtiveram pontuação ≥ 75 pontos na escala *Likert* (equivalentes a concordo parcialmente ou concordo totalmente), por domínio do SAQ/CC e na avaliação geral¹¹.

Os dados coletados manualmente foram inseridos em planilhas eletrônicas do *software Microsoft Office Excel*[®]. Em seguida, foram importados para o programa *Comma-separated values* (CSV) e criou-se um código para compilação e exportação de dados para realização de análise estatística descritiva, na qual as variáveis categóricas foram analisadas por frequência absoluta, relativa (%) e intervalo de confiança 95% para proporções; e as variáveis ordinais, que foram transformadas em quantitativas (de pontuação da escala), por medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), com parecer favorável nº 3062301/2018 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 50066815.8.0000.0107.

RESULTADOS

Participaram do estudo 36 (46,1% da população) profissionais da equipe multidisciplinar que atuavam na unidade de CC. A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização dos profissionais, na qual se observa que a maioria dos trabalhadores era do sexo feminino (55,6%); tinha entre 31 e 40 anos (30,6%); auto-declarava-se de cor branca (80,6%) e fazia parte da equipe de

instrumentadores/circulantes de sala (25,0%) e das equipes de apoio (25,0%).

A Tabela 2 apresenta a análise descritiva da primeira parte do instrumento SAQ/CC, referente à qualidade da comunicação e da colaboração vivenciada com os demais profissionais da equipe multidisciplinar durante a rotina de trabalho, evidenciando que apenas a categoria de instrumentador/circulante atingiu pontuação mínima (≥ 75).

Tabela 1. Caracterização dos profissionais da equipe multidisciplinar que atuavam no centro cirúrgico e que compuseram a amostra (n=36).

Variáveis	n	%	IC95%
Sexo			
Feminino	20	55,6	[38,1–72,1]
Masculino	16	44,4	[27,9–61,9]
Tempo de atuação			
Até 11 meses	04	11,1	[3,1–26,1]
1 a 2 anos	05	13,9	[4,7–29,5]
3 a 4 anos	02	5,6	[0,7–18,7]
5 a 10 anos	08	22,2	[10,1–39,2]
11 a 20 anos	12	33,3	[18,6–51,0]
21 a 39 anos	05	13,9	[4,7–29,5]
Faixa etária (anos)			
Até 30	08	22,2	[10,1–39,2]
31 a 40	11	30,6	[16,3–48,1]
41 a 50	06	16,7	[6,4–32,8]
51 a 60	10	27,7	[14,2–45,2]
Mais de 60	01	2,8	[0,1–14,5]
Grupo étnico			
Branco	29	80,6	[64,0–91,8]
Negro	03	8,3	[1,8–22,5]
Pardo	03	8,3	[1,8–22,5]
Amarelo	01	2,8	[0,1–14,5]
Turnos			
Período integral	01	2,8	[0,1–14,5]
Período parcial	17	47,2	[37,4–64,5]
Noturno	07	19,4	[8,2–36,0]
Turnos variáveis	11	30,6	[16,3–48,1]
Categoria Profissional			
Instrumentador/Circulante de Sala	09	25,0	[12,1–42,2]
Equipe de apoio	09	25,0	[12,1–42,2]
Anestesiologista	05	13,9	[4,7–29,5]
Enfermeiro assistencial	05	13,9	[4,7–29,5]
Cirurgião	04	11,1	[0,1–14,5]
Residente de cirurgia/Interno	03	8,3	[1,8–22,5]
Enfermeiro coordenador	01	2,8	[0,1–14,5]
Total	36	100,0	[90,3–100]

IC95%: intervalo de confiança 95% para proporções.

A Tabela 3 apresenta a análise descritiva por domínios/fatores resultante da aplicação do SAQ/CC no CC em estudo, demonstrando que apenas o Fator 8 e o Fator 12 obtiveram a pontuação mínima estabelecida.

A Tabela 4 apresenta os escores de cada categoria profissional por domínios/fatores do SAQ/CC, demonstrando que nenhuma categoria profissional obteve o escore mínimo determinado como ponto de corte.

Tabela 2. Escores de cada categoria profissional e geral relacionados à qualidade da comunicação e da colaboração vivenciada com a equipe multiprofissional (n=36).

Categoria Profissional	Média	Mediana	Desvio Padrão
Instrumentador/Circulante	80,0	75	18,7
Equipe de apoio	71,5	75	21,5
Anestesiologista	71,2	75	22
Cirurgião	70,3	75	23,8
Enfermeiro coordenador	70,1	75	27,5
Enfermeiro assistencial	67,3	75	28,9
Residente de cirurgia/Interno	66,9	75	26,2
Total	70,05	75	25,75

Tabela 3. Análise descritiva por domínios/fatores resultante da aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança/ Centro Cirúrgico em um hospital público de ensino (n=36).

Domínio/fatores	Média	Mediana	Desvio Padrão
Clima de segurança	68,0	75	28
Percepção da gerência	55,6	50	32,9
Percepção do estresse	34,2	25	34,1
Condição do trabalho	61,4	75	33,6
Comunicação no ambiente cirúrgico	72,4	75	32,2
Percepção do desempenho profissional	71,5	75	33,8
Fator 7	58,7	75	31,2
Fator 8	82,6	100	23,4
Fator 9	56,9	75	34,7
Fator 10	66,7	75	26,4
Fator 11	58,3	50	33,3
Fator 12	77,1	75	27,2
Geral	61,8	75	38,8

Tabela 4. Escores médios e desvio padrão por fator/domínio e geral, segundo categoria profissional.

Categoria Profissional	8	12	CAC	PDP	CS	10	CT	7	11	9	PG	PE	MG	DP
Cirurgião	93,8	68,8	73,4	64,1	69,6	62,5	53,1	62,5	87,5	53,1	53,6	18,8	58,6	38,3
Residente de cirurgia/Interno	83,3	83,3	77,1	83,3	64,3	79,2	58,8	79,2	50,0	62,5	48,3	56,3	65,7	26,8
Instrumentador/Circulante	69,4	86,1	59,0	64,4	63,1	69,4	58,8	48,6	47,2	54,2	48,3	36,1	57,5	35,7
Anestesiologista	85,0	75,0	76,2	56,3	72,7	60,0	53,3	40,0	70,0	57,5	47,0	25,0	57,6	36,4
Enfermeiro assistencial	90,0	80,0	72,5	83,8	70,7	67,5	71,7	60,0	55,0	60,0	61,0	38,8	66,6	31,2
Enfermeiro coordenador	75,0	100,0	81,3	68,8	57,1	75,0	45,8	37,5	25,0	87,5	75,0	62,5	62,8	27,1
Equipe de apoio	86,1	66,7	80,6	75,0	70,2	63,9	69,0	72,2	58,3	54,2	65,6	31,3	65,7	31,4
Total	82,6	77,1	72,4	71,5	68,0	66,7	61,4	58,7	58,3	56,9	55,6	34,2	61,8	38,8

CS: clima de segurança; PG: percepção da gerência; PE: percepção do estresse; CT: condição do trabalho; CAC: comunicação no ambiente cirúrgico; PDP: percepção do desempenho profissional; MG: média geral; DP: desvio padrão; 7: Fator 7; 8: Fator 8; 9: Fator 9; 10: Fator 10; 11: Fator 11; 12: Fator 12.

Em relação ao último item da escala (pergunta aberta), todos os participantes indicaram que não haviam respondido o referido instrumento anteriormente.

DISCUSSÃO

Mostrou-se a prevalência de profissionais do sexo feminino (55,6%), com média de 31 a 40 anos (30,6%), o que corrobora a literatura¹³. Os profissionais que mais aderiram à pesquisa foram os instrumentadores/circulantes de sala (25,0%) e os funcionários da equipe de apoio (25,0%). Houve predominância de profissionais que possuem tempo de serviço entre 11 a 20 anos (33,3%) e trabalham no período parcial (47,2%). A estabilidade em determinado setor por prolongado período pode guardar relação com o regime de trabalho da instituição¹⁴, que, nesse caso, é majoritariamente estatutário.

Com relação à qualidade da comunicação e da colaboração vivenciada com os demais profissionais da equipe multidisciplinar na rotina de trabalho, as médias dos escores variaram de 66,9 a 80,0 pontos. Apenas os instrumentadores/circulantes de sala obtiveram escores positivos nesse quesito, o que denota fragilidade no processo de comunicação interprofissional no CC investigado.

A comunicação está entre os dez objetivos primordiais para cirurgia segura¹⁵, viabilizando a assistência de qualidade e prevenção de eventos adversos¹⁶. Todavia, pesquisas realizadas a respeito da cultura de segurança do paciente atestam que a comunicação efetiva ainda enfrenta grandes barreiras^{3,5}. Isso remete à reflexão de que algumas estratégias de cuidado seguro não demandam investimento financeiro, mas sim mudança comportamental e relacional.

Os instrumentadores/circulantes de sala são os profissionais que atuam em maior número no referido CC e são os que permanecem a maior parte do tempo em contato com a equipe médica e com o paciente, sendo responsáveis pela operacionalização do ato cirúrgico. O presente estudo demonstra que a comunicação é positiva entre esses profissionais, mas, em contrapartida, é deficitária na percepção dos demais membros da equipe.

O Fator 8 corresponde à perspectiva do trabalhador sobre a satisfação no trabalho. Esta é considerada um fator importante para melhorar a qualidade na assistência prestada, diminuindo a possibilidade de adoecimento no local de serviço¹⁷. Portanto, a satisfação no trabalho é um indicador de qualidade na gestão de recursos humanos, pois reflete os modelos de organização da atividade profissional, interferindo na percepção do trabalhador sobre o seu labor, o que, especialmente

no caso da enfermagem, que lida diretamente com o cuidado humano, repercute na qualidade da assistência¹⁸.

O trabalho em um ambiente fechado como o CC, que requer intensa atuação de diferentes equipes profissionais, pode resultar em conflitos interpessoais que necessitam ser bem gerenciados para o sucesso do procedimento cirúrgico^{5,19}. Essa alusão pode ser observada nas baixas pontuações entre a maior parte das categorias profissionais a respeito da colaboração no trabalho.

O Fator 12 questiona se “o cirurgião deveria estar formalmente na coordenação da equipe da sala cirúrgica durante o procedimento cirúrgico”. De acordo com a literatura, compete aos médicos cirurgiões o planejamento, a execução e a coordenação da equipe dentro da sala operatória, cabendo ao enfermeiro garantir que o procedimento ocorra da melhor maneira possível, por meio da previsão e da provisão de recursos materiais e humanos de enfermagem¹⁹.

Foi possível verificar que o clima de segurança da equipe multidisciplinar que atuava no CC obteve média geral de 61,8±38,8 pontos, indicando fragilidade no clima de segurança institucional. Assim, deve-se lembrar que a prática profissional na saúde é permeada por inúmeras situações de risco, o que exige que as organizações viabilizem estratégias que modifiquem ao longo do tempo a cultura e os valores institucionais, tendo como reflexo o cuidado seguro e a atenuação dos riscos associados ao cuidado^{1,6}.

Os domínios “clima de segurança”, “percepção do estresse” e “condição de trabalho” apresentaram escores negativos em todas as categorias profissionais isoladas. Com relação ao domínio “clima de segurança”, verificou-se, diante das respostas dos participantes, que há grande dificuldade em trabalhar as responsabilidades com relação à segurança no ambiente de trabalho, o que denota fragilidade institucional local no aporte às práticas seguras frente à especificidade, à complexidade e à periculosidade do local de pesquisa. O clima de segurança caracteriza a percepção dos trabalhadores sobre a segurança do ambiente de trabalho, associada a comportamentos de melhor adesão a práticas concretas e seguras ao paciente⁷.

Sobre o domínio “percepção do estresse”, foi possível verificar que o estresse ocupacional é avaliado negativamente entre os profissionais que atuam no CC. Ele pode acarretar problemas psicológicos, fisiológicos ou até mesmo comportamentais, culminando em sofrimento relacionado ao trabalho²⁰. Nessa conjuntura, (re)pensar o estresse laboral parece ser profícuo à qualidade de vida no trabalho, mas, também, à segurança do paciente cirúrgico.

A sobrecarga dos profissionais e o acúmulo de vínculos de trabalho é um problema frequentemente vivenciado pela

equipe de saúde. Ademais, no contexto da equipe de enfermagem, estudo recente realizado também em hospital universitário do Paraná identificou *deficit* de enfermeiros atuantes no CC e *superavit* da equipe técnica, o que pode comprometer o planejamento do cuidado qualificado e seguro²¹.

Um dos grandes desafios do enfermeiro enquanto gestor é a readequação constante das escalas de trabalho conforme as exigências da unidade²². As inadequadas condições de trabalho podem gerar desgaste profissional, favorecendo o absenteísmo e o *turnover*, que, por sua vez, aumentam os riscos à segurança do paciente²².

A categoria profissional “enfermeiro assistencial” (67,3±28,9), mesmo sem atingir o ponto de corte, obteve a melhor avaliação do clima de segurança do paciente. Ainda que a pontuação entre os enfermeiros também indique a necessidade de melhorias, esse dado reforça o posicionamento desse profissional como agente promotor de estratégias de segurança do paciente¹⁹, já que seu trabalho é historicamente associado à assistência direta articulada com a gestão do cuidado e também da equipe e/ou dos serviços de saúde¹⁸.

Com relação ao domínio “condição de trabalho”, todas as categorias profissionais apontaram como negativas as condições em que exercem seu ofício. Postula-se que esse achado, considerando-se sua supremacia, possa ter repercutido na avaliação de outros itens e domínios a respeito do clima de segurança do paciente. Ou seja, avaliando negativamente suas condições de trabalho, os profissionais do CC podem perceber de forma distorcida alguns aspectos (talvez positivos) que influenciam na prestação de um cuidado seguro.

De forma geral, a avaliação dos profissionais quanto ao clima de segurança no local estudado foi negativa. Pesquisa realizada no norte do Paraná com 437 trabalhadores de enfermagem apresentou resultados semelhantes e sugere que o impacto dessa avaliação pode resultar em prejuízos financeiros, sociais e psicológicos, tanto para profissionais quanto para pacientes²³. As autoras reforçam que identificar as fragilidades locais relacionadas com a segurança institucional favorece o planejamento de estratégias para a obtenção de resultados mais promissores²³.

No cenário de especificidade cirúrgica, cumpre salientar que os indicadores de segurança do paciente são pertinentes para o gerente do CC para direcionar o planejamento e a efetivação de intervenções que proporcionem segurança tanto para o paciente como para os profissionais²⁴. Dessa forma, o monitoramento das ações implantadas e implementadas deve ser um compromisso gerencial rumo à melhor qualidade e segurança³, também cirúrgica.

Houve grande dificuldade de aceitação dos profissionais que atuavam no CC pesquisado em participar do estudo. Os que responderam o questionário apontaram que sua extensão pode ter dificultado a participação dos voluntários na presente pesquisa.

O teor exclusivamente descritivo, a restrição geográfica e a amostra reduzida de profissionais foram as principais limitações deste estudo. No entanto, acredita-se que a pesquisa traz importantes contribuições para o contexto da segurança do paciente cirúrgico, pois reforça que a avaliação do clima de segurança no CC é, possivelmente, um primeiro passo para a elaboração de ações de melhoria rumo à assistência cirúrgica mais segura. O estudo sinaliza, ainda, que a redução do estresse da equipe, a articulação do enfermeiro no incremento da segurança do paciente cirúrgico e a melhor comunicação interprofissional podem ser estratégias profícuas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a avaliação do clima de segurança do paciente pela equipe multidisciplinar do CC em estudo foi negativa. A média dos escores totais dos domínios/fatores da SAQ-CC foi de 61,8 pontos (DP=38,8), com variação 34,2 a 82,6 pontos. A “percepção de estresse” foi o pior domínio avaliado pela equipe. Apenas dois domínios/fatores (Fator 8 - Satisfação no trabalho e o Fator 12 - Cirurgião como coordenador da equipe) alcançaram escores positivos na pesquisa, sendo insuficientes para mudar a avaliação global negativa constatada. A categoria profissional com melhor avaliação, mesmo com pontuação inferior ao ponto de corte, foi a de “enfermeiro assistencial”.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acessado em 25 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk0OQ%2C%2C>

2. Brandão MGSA, Brito OD, Barros LM. Risk management and patient safety: mapping the risk of adverse events in the emergency of a teaching hospital. *Rev Adm Saúde*. 2018;18(70):70-84. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.84>
3. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):474-81. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>
4. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03243. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
5. Bohomol E, Melo EF. Patient safety culture in surgicenters: perception of nursing team. *Rev SOBCEC*. 2019;24(3):132-8. <https://doi.org/10.5327/21414-4425201900030004>
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2013 [acessado em 25 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/control-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>
7. Basson T, Montoya A, Neily J, Harmon L, Watts BV. Improving patient safety culture: a report of a multifaceted intervention. *J Patient Saf*. 2018. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000470>
8. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;4(6):1-10. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6963-6-44>
9. Anderson O, Davis R, Hanna GB, Vincent CA. Surgical adverse events: a systematic review. *Am J Surg*. 2013;206(2):253-62. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.11.009>
10. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Boletim de dados [Internet]. 2019 [acessado em 19 out. 2019]. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/divisao-de-informacao/boletim-de-dados>
11. Lourenção DCA. Transcultural adaptation and validation of Safety Attitudes Questionnaire / Operating Room Version to the Brazilian context [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 144 p.
12. Lourenção DCA, Tronchin DMR. Patient safety in the surgical environment: translation and cross-cultural adaptation of validated instrument. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600002>
13. Fernandes LFG, Fassarella CS, Cavalcanti RS, Camerini FG, Meneses RO, Souza RM. Safety culture at the university surgery center. *RSD*. 2020;9(8):e119985164. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5164>
14. Trettene AS, Ferreira JAF, Mutro MEG, Tabaquim MLM, Razera APR. Stress in nursing professionals working in emergency care units. *Bola Cad Paul Psicol* [Internet]. 2016 [acessado em 19 out. 2020];36(91):243-61. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2016000200002
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Orientações para cirurgia segura da OMS [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009 [acessado em 25 out. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
16. Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp.):e20180341. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>
17. Vegro TC, Rocha FLR, Camelo SHH, Garcia AB. Organizational culture of a private hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(2):e49776. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>
18. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Bernardes A, Haddad MCFL, Wolff LDG, Marcon SS, et al. Influence of hospital accreditation on professional satisfaction of the nursing team: mixed method study. *Rev Latino-Am Enferm*. 2019;27:e3109. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2799.3109>
19. Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl. 6):2775-82. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
20. Tajvar A, Saraji GN, Ghanbarnejad A, Omidi L, Seyyed Hosseini SS, Sahl Abadi AS. Occupational stress and mental health among nurses in a medical intensive care unit of a general hospital in Bandar Abbas in 2013. *Electron Physician*. 2015;7(3):1108-13. <https://doi.org/10.14661/2015.1108-1113>
21. Pedro DRC, Oliveira JLC, Tonini N, Matos FGOA, Nicola AL. Dimensioning of nursing staff in a surgical center of a university hospital. *J Nurs Health*. 2018;8(1):e188108. <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i1.13160>
22. Martins FZ, Dall'Agnol CM. Surgical center: challenges and strategies for nurses in managerial activities. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(4):e56945. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>
23. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):e2670016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
24. Dezordi CCM, Benetti SAW, Tanaka AKSR, Benetti ERR, Treviso P, Carenato RCA, et al. Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e65577. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65577>

