



## Desafios da cultura de segurança em Centro Cirúrgico: estudo de métodos mistos\*


Nery José de Oliveira Junior<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5222-6958>


Caren de Oliveira Riboldi<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7685-9183>


Daniela Campos de Andrade Lourenção<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-3050-0378>


Vanessa de Brito Poveda<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0000-5839-7253>

João Lucas Campos de Oliveira<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1822-2360>

Ana Maria Müller de Magalhães<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>

**Destaques:** **(1)** A comunicação e o trabalho em equipe reforçam a cultura de segurança. **(2)** Equipe de enfermagem mais engajada para a cultura de segurança. **(3)** Percepção favorável do clima de segurança pelos profissionais de saúde e de apoio. **(4)** Adesão da equipe de enfermagem aos processos e rotinas institucionais.

**Objetivo:** analisar as atitudes de segurança de profissionais da saúde e de áreas de apoio atuantes em Centro Cirúrgico. **Método:** estudo explanatório sequencial de métodos mistos. A etapa quantitativa abrangeu 172 profissionais da saúde e de apoio em oito Centros Cirúrgicos de um complexo hospitalar. Aplicou-se o Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico. Na etapa qualitativa subsequente, 16 profissionais participaram do Grupo Focal. Utilizaram-se métodos fotográficos na perspectiva do pensamento ecológico e restaurativo, e a análise dos dados ocorreu de maneira integrada, por conexão. **Resultados:** o escore geral, por agrupamento de Centros Cirúrgicos, com base nos domínios do Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico, revela percepção favorável do clima de segurança, com destaque para os domínios Percepção do Estresse, Comunicação no Ambiente Cirúrgico, Clima de Segurança e Percepção do Desempenho Profissional. A análise global do domínio Comunicação e Colaboração entre as Equipes mostra-se positiva e é corroborada pelos dados da etapa qualitativa, na qual destaca-se a importância da interação e da comunicação entre as equipes de saúde como fundamentais para o trabalho diário. **Conclusão:** a percepção das atitudes de segurança entre os profissionais da saúde e de apoio foi positiva. A percepção da equipe de enfermagem se destaca como mais próxima ou favorável a atitudes condizentes com a cultura de segurança.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Enfermagem Perioperatória; Centros Cirúrgicos; Enfermagem; Ambiente de Instituições de Saúde.

\* Artigo extraído da tese de doutorado "Atitudes de segurança em centro cirúrgico: desafios para alcançar um ambiente seguro para os pacientes e profissionais", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Oliveira NJ Junior, Riboldi CO, Lourenção DCA, Poveda VB, Oliveira JLC, Magalhães AMM. Challenges of safety culture in Surgical Center: mixed methods study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4206 [cited \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7001.4206>

URL

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ano mês dia

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde destaca que todo ano, em países de baixa e média renda, ocorrem aproximadamente 134 milhões de eventos adversos e 2,6 milhões de mortes associadas a ambientes inseguros, atestando que a segurança do paciente deve ser uma meta permanente. Neste contexto, embora existam avanços nas evidências sobre o impacto dos eventos adversos, ainda são incipientes as medidas de redução, mitigação, prevenção e mensuração dos riscos potenciais em termos de tecnologia, recursos financeiros e intervenções<sup>(1)</sup>. Para que melhorias sejam instituídas, faz-se necessário fomentar uma cultura que favoreça a segurança do paciente nas organizações de saúde<sup>(2)</sup>.

A cultura de segurança é compreendida como um conjunto de valores e práticas individuais e coletivas com foco na redução de riscos e danos ao paciente<sup>(3)</sup>. Como se trata de um elemento cultural e eminentemente multifacetado, que emana de uma concepção organizacional, existem fatores que são considerados mensuráveis<sup>(4)</sup>. Um exemplo é o clima de segurança, referente à percepção dos atores organizacionais sobre as políticas e práticas (in)seguras no ambiente de cuidados em saúde<sup>(3-4)</sup>.

Os meios de análise da cultura e do clima de segurança incluem questionários, entrevistas e observações, ou ainda, a avaliação externa por especialistas no assunto. Tais análises permitem verificar o nível do comprometimento institucional e dos profissionais com valores, crenças, recursos, atitudes e comportamentos relacionados com a segurança do paciente<sup>(1,4-5)</sup>. Em outras palavras, ainda que na prática afira-se o clima de segurança por meio da dinâmica laboral, incluindo principalmente a percepção dos trabalhadores, isso será um reflexo de como a cultura organizacional posiciona-se com relação ao cuidado seguro<sup>(2,5)</sup>.

As pesquisas relacionadas com a cultura de segurança no ambiente hospitalar estão em constante crescimento<sup>(6-7)</sup>, o que reforça o fato de que os valores organizacionais impactam diretamente os resultados de segurança, abarcando também a ocorrência de eventos adversos, ou seja, danos concretos ao paciente<sup>(8)</sup>. Tais valores precisam se fortalecer em qualquer ambiente de prestação assistencial, ainda que se reconheça que alguns ambientes possuem risco mais elevado ou evidente pela natureza dos processos de trabalho desenvolvidos, a exemplo do Centro Cirúrgico (CC)<sup>(9)</sup>.

Os chamados *near misses* ou *quase erros* já foram menos frequentes nos CC do que em outras unidades, como na internação, terapia intensiva e pediatria<sup>(10)</sup>. Em contrapartida, a ocorrência de eventos adversos

de altíssima severidade — conhecidos como *never events* — é alarmante quando trata-se do período intraoperatório e pós-operatório imediato, como cirurgia em lateralidade errada, procedimento e/ou paciente errado, retenção de material no paciente e queimadura por eletrocautério<sup>(11)</sup>. Soma-se a isso o fato de que até 90% dos eventos adversos relacionados com o ato cirúrgico são classificados como preveníveis<sup>(12)</sup>, tornando imperativo que as medidas de segurança do paciente no CC sejam instituídas e estimuladas, o que pode ser realizado com maior assertividade por meio de análises sistemáticas das atitudes de segurança nesses ambientes.

Ante o exposto, esta pesquisa fundamentou-se nas seguintes questões norteadoras: Qual é a percepção do clima de segurança entre os profissionais da saúde e de áreas de apoio atuantes em CC? Quais os aspectos que repercutem na cultura de segurança nesse cenário? Logo, o objetivo deste trabalho consistiu em analisar as atitudes de segurança entre profissionais da saúde e de áreas de apoio atuantes em CC.

## Método

### Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de métodos mistos, ancorado no desenho explanatório sequencial, que combina elementos quantitativos e qualitativos para responder às questões de pesquisa de forma mais abrangente e completa. A primeira fase, de abordagem quantitativa e maior peso (QUAN), permitiu mensurar variáveis específicas de maneira objetiva, enquanto a etapa posterior, de abordagem qualitativa secundária (Qual), visou aprofundar a compreensão do fenômeno previamente aferido. A análise inicial dos resultados quantitativos orientou a coleta dos dados qualitativos (QUAN→Qual), subsidiando *insights* a serem explorados em maior detalhe e facilitando a descoberta de novos sentidos, interpretações e relações entre as variáveis<sup>(13)</sup>.

### Cenário da coleta de dados

O estudo foi conduzido em um único complexo composto por oito hospitais, situado na cidade de Porto Alegre-RS, Brasil. Cada local dispõe de um CC, totalizando 53 salas destinadas a cirurgias gerais e de especialidades. Ao todo, a produtividade cirúrgica é de aproximadamente 6.000 procedimentos por mês. Os CC contemplados nesta pesquisa caracterizam-se da seguinte maneira: CC "A" (13 salas), que realiza cirurgias de diversas especialidades; CC "B" (4 salas), destinado a procedimentos oftalmológicos; CC "C" (3 salas), que

realiza cirurgias da especialidade de pneumologia; CC "D" (3 salas), que realiza cirurgias neurológicas; CC "E" (4 salas), que realiza cirurgias cardíacas; CC "F" (7 salas), que atende a especialidade de oncologia; CC "G" (12 salas), que contempla as especialidades da cirurgia plástica e transplantes; e CC "H" (7 salas), que atende a especialidade de pediatria.

### Período

O estudo transcorreu entre junho de 2020 e fevereiro de 2021.

### População

A população do estudo foi constituída pelos profissionais de saúde e de áreas de apoio dos oito CC. Os profissionais de saúde foram: médicos cirurgiões e anesthesiologistas, residentes de medicina, enfermeiras e técnicos de enfermagem. Assistentes administrativos, auxiliares de farmácia e de higienização foram considerados como áreas de apoio.

### Critérios de seleção

Os critérios de elegibilidade para a participação no estudo consistiram em compor a equipe de um dos CC e não estar em férias ou afastamento funcional no decorrer da coleta de dados.

### Participantes

A etapa quantitativa abrangeu 172 profissionais, distribuídos entre as seguintes categorias: instrumentador cirúrgico e circulante (100), enfermeiro de CC (22), cirurgião ou cirurgião assistente (16), residente de cirurgia ou interno (9), enfermeiro-chefe (7), assistente administrativo (6), anesthesiologista (5), perfusionista (3), residente de anesthesiologia (1) e auxiliares de farmácia ou higienização (3). Ressalta-se que o momento era de baixa realização de cirurgias devido às restrições do período pandêmico de COVID-19, que repercutiram em menor presença das equipes médicas, uma vez que as agendas cirúrgicas foram reduzidas. Estas restrições impactaram também a etapa subsequente, qualitativa, que contou com 16 participantes entre: enfermeiros (5), técnicos de enfermagem (10) e assistente administrativo (1). Para esta fase, além da participação na etapa anterior, era necessário atuar nos CC que apresentaram os escores mais favoráveis ou desfavoráveis na etapa quantitativa. Do primeiro encontro participaram oito representantes de cada CC, e do segundo, 12 trabalhadores, sendo seis de cada agrupamento.

### Instrumentos utilizados para a coleta das informações

Na etapa quantitativa utilizou-se o Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico (SAQ/CC) com a finalidade de mensurar o clima de segurança nos serviços de saúde a partir da percepção dos profissionais acerca da segurança do paciente. Os pesquisadores optaram por uma versão menos atualizada do instrumento, pois culturalmente, no local de realização do estudo, os técnicos de enfermagem realizam a função de circulante ou instrumentador alternadamente na escala de trabalho. Na versão atual do instrumento, tais funções foram agrupadas, não se aplicando à realidade em questão.

A versão brasileira do SAQ/CC consiste em uma escala do tipo Likert e se divide em três partes. A primeira, com 15 assertivas, é referente à qualidade da comunicação e colaboração entre os profissionais que atuam no ambiente cirúrgico, que o participante da pesquisa deve responder sobre a sua relação com cada uma das categorias profissionais. A segunda é composta por 40 assertivas, divididas conceitualmente em seis domínios: clima de segurança (sete itens), percepção da gerência (cinco itens), percepção do estresse (quatro itens), condição do trabalho (seis itens), comunicação no ambiente cirúrgico (quatro itens) e percepção do desempenho profissional (quatro itens). A terceira parte abrange informações demográficas (sexo, raça/etnia, categoria profissional, tempo de atuação, turno de atuação, entre outros) e um espaço onde o participante pode escrever três recomendações para a melhoria da segurança do paciente em CC, e indicar se já havia respondido o instrumento anteriormente<sup>(14)</sup>.

A etapa qualitativa posterior utilizou a técnica de Grupo Focal (GF) e os métodos fotográficos de pesquisa na perspectiva do pensamento ecológico e restaurativo, por meio de caminhada fotográfica (CF)<sup>(15-16)</sup>. Nessa etapa, a amostra foi intencional e por conveniência, entre aqueles que participaram da primeira etapa (quantitativa).

Para a condução dos GF, foi utilizado um roteiro elaborado pelos pesquisadores, abordando os tópicos: cultura de segurança, o que influencia a cultura de segurança, relação da equipe multiprofissional no ambiente de CC, e clima de segurança no CC.

A técnica de GF foi organizada e conduzida conforme o seguinte roteiro: abertura da sessão, integração dos participantes, explicação sobre a dinâmica de discussões, *setting* grupal, debate, síntese dos momentos anteriores e encerramento do encontro. Ainda, firmou-se um acordo sobre confidencialidade, reforçando que os debates e

as ideias discutidas nos encontros ficariam restritos aos integrantes do grupo.

O roteiro foi planejado a partir da necessidade de complementar/aprofundar os achados quantitativos. Portanto, a investigação destes elementos foi importante para constituir um banco de dados qualitativos, criando um repositório de informações ricas e contextuais que podem ser comprovadas, para encontrar inferências e esclarecimentos sobre os achados quantitativos.

### Coleta de dados

Na primeira fase do estudo, a coleta de dados quantitativos, foi aplicado o questionário de forma impressa e presencial, durante a jornada de trabalho dos profissionais. Seguiu-se a seleção amostral por conveniência, no período de junho a julho de 2020. A segunda fase da pesquisa, de cunho qualitativo, ocorreu entre outubro de 2020 e fevereiro de 2021. A amostra dessa etapa foi intencional e por conveniência, selecionada entre aqueles que participaram da primeira etapa (quantitativa).

Foi disponibilizada uma lista para aqueles que tivessem interesse em participar do GF e da CF nos CC, definidos de acordo com os melhores e piores resultados no questionário SAQ/CC. Os 12 primeiros inscritos para cada GF foram selecionados, e realizaram-se quatro encontros, sendo dois com os profissionais do CC com o melhor escore (grupo A) e dois com aqueles vinculados ao local com pior escore (grupo B).

O primeiro encontro de GF foi para a discussão de temas de interesse, relacionados com os aspectos da cultura de segurança e com o levantamento de tópicos considerados prioritários pelos participantes, a fim de compor o roteiro da CF. Após o primeiro GF, os tópicos abordados foram validados por um membro de cada grupo (enfermeira), que, posteriormente, acompanhou a CF pelo CC. O segundo encontro teve como foco principal a discussão das fotos obtidas, caracterizando-se como GF para elicitación fotográfica.

### Tratamento e análise dos dados

Para fins de análise, os CC foram dispostos em cinco grupos (A+B; C+D+E; F; G; H), segundo o total de respondentes, semelhança de processos, número de salas cirúrgicas e volume de procedimentos. Os dados quantitativos oriundos da primeira etapa foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0. Utilizou-se estatística descritiva na caracterização da amostra, pela qual as variáveis discretas foram apresentadas na forma de média e desvio

padrão ou mediana e percentil, e as variáveis categóricas expressas na forma de frequência absoluta e relativa.

Para a análise estatística, considerou-se como variáveis dependentes os escores dos domínios do SAQ/CC: Clima de Segurança, Percepção da Gerência, Percepção do Estresse, Condição de Trabalho, Comunicação no Ambiente Cirúrgico e Percepção do Desempenho Profissional; e como variáveis independentes: idade, sexo, profissão e tempo de experiência na especialidade. Os testes qui-quadrado e Shapiro-Wilk foram utilizados para a associação entre os grupos e verificação de normalidade da amostra, respectivamente. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ), a partir dos testes de Kruskal-Wallis, Exato de Fisher e *post hoc* de Dunn-Bonferroni. A confiabilidade do instrumento foi aferida por meio da consistência interna com o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, atingindo valor satisfatório de 0,86.

Nos resultados do SAQ/CC para a qualidade da comunicação e colaboração entre profissionais, adotou-se estatística simples. É importante mencionar que os escores referentes ao clima de segurança podem variar de zero (pior percepção do clima de segurança) a 100 (melhor percepção do clima de segurança), sendo que valores maiores ou iguais a 75 são considerados uma percepção positiva da segurança do paciente<sup>(17)</sup>. Quanto menor a pontuação, mais frágil a cultura de segurança no ambiente pesquisado.

A análise das informações qualitativas, a partir das discussões da técnica de GF e CF, foi norteada por uma análise de conteúdo do tipo temática, composta por pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretações<sup>(18)</sup>. A pré-análise corresponde aos primeiros contatos do pesquisador com o material. De posse do conjunto de informações, o mesmo foi organizado de forma a responder aos objetivos, e foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva para que o pesquisador estabelecesse um contato maior com o texto. A exploração do material é a fase de codificação de dados brutos, na qual buscou-se o núcleo de sentido do texto através da separação de palavras, frases ou parágrafos, que foram classificados e agregados em categorias. Por fim, no tratamento dos resultados obtidos e interpretações, os resultados brutos foram tratados de maneira significativa e válida. Neste momento, por meio dos resultados fiéis, foram analisadas as informações obtidas, dando-se interpretações e propósitos aos objetivos vistos anteriormente<sup>(18)</sup>.

Uma interface entre os achados qualitativos e quantitativos permite uma análise mais completa e

aprofundada das ocorrências em questão, possibilitando encontrar padrões, obter *insights* e uma compreensão mais abrangente. Além disso, as transcrições literais, narrativas e fotos foram organizadas em arquivos utilizando o programa *NVivo 11*.

A integração dos dados ocorreu a partir da abordagem explanatória sequencial, permitindo a conexão entre elementos quantitativos e qualitativos, a fim de se complementarem e permitirem uma compreensão holística do fenômeno em estudo, e verificar se os dados qualitativos convergiam ou não com os quantitativos<sup>(19)</sup>. Para a complementaridade dos dados, foram exploradas as inferências obtidas a partir dos GF. Essa integração foi viabilizada a partir de uma *joint display*, uma abordagem esclarecedora para demonstrar a integração QUAN→Qual que representa visualmente a integração nos desenhos de métodos mistos<sup>(20)</sup>. Os dados integrados foram aqueles referidos nos grupos focais com aderência direta a um ou mais domínios do SAQ/CC, e que nortearam a primeira etapa do estudo. Desta forma, a integração ocorreu de maneira conectada e indutiva.

## Aspectos éticos

O estudo atendeu aos aspectos éticos e legais, ressaltando-se que todos os participantes foram informados sobre as implicações da pesquisa na ocasião da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foram identificados com a letra P seguida do número de participação atribuído, GF, data e categoria, a fim de garantir o anonimato. As fotografias são apresentadas para ilustrar pontos de destaque da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo de estudo sob parecer de número 4.092.333/2020 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 31032220.9.0000.5335.

## Resultados

Os dados da fase quantitativa, referentes à caracterização dos profissionais de saúde e de áreas de apoio que atuam nos cinco agrupamentos dos CC da instituição, obtidos por meio do SAQ/CC, estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde e trabalhadores de apoio atuantes nos Centros Cirúrgicos a partir do SAQ/CC\* quanto às variáveis sexo, idade, etnia, categoria profissional, experiência profissional, tempo de trabalho, regime de trabalho e turno. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

Variáveis	N <sup>†</sup> = 172
<b>Sexo (%)<sup>‡</sup></b>	
Feminino	124 (74,7)
Masculino	42 (25,3)
<b>Idade (anos)<sup>§</sup></b>	36,8 ± 8,8
<b>Etnia (%)<sup>‡</sup></b>	
Branco	126 (7,3)
Negro	18 (11,0)
Pardo	12 (7,2)
Afrodescendente	9 (5,5)
<b>Categoria profissional (%)<sup>‡</sup></b>	
Instrumentador ou circulante	100 (58,4)
Enfermeiro de Centro Cirúrgico	22 (12,8)
Cirurgião/cirurgião assistente	16 (9,3)
Residente de cirurgia ou interno	9 (5,3)
Enfermeiro chefe	7 (4,0)
Administrativo	6 (3,5)
Anestesiologista	5 (2,9)
Perfusionista	3 (1,6)
Residente de anestesia	1 (0,6)
Outros	3 (1,6)
<b>Experiência profissional (anos)<sup>  </sup></b>	7,0 (3,0 – 14)
<b>Tempo de trabalho (anos)<sup>  </sup></b>	5,0 (2,0 – 10)

(continua na próxima página...)

Variáveis	N <sup>†</sup> = 172
<b>Regime de trabalho (%)<sup>‡</sup></b>	
Período parcial (36 h)	76 (47,2)
Período integral (40 h)	51 (31,7)
Contratado	28 (17,4)
Cooperado	5 (3,1)
Outro	1 (0,6)
<b>Turno (%)<sup>‡</sup></b>	
Período parcial	82 (54,7)
Período integral	44 (29,3)
Variável	14 (9,3)
Noturno	10 (6,7)

\*SAQ/CC = Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico; <sup>†</sup>N = Número absoluto; <sup>‡</sup>Número absoluto (porcentagem); <sup>§</sup>Média ± desvio padrão; <sup>||</sup>Mediana (percentis 25-75)

A primeira parte do instrumento, que aborda a Qualidade da Comunicação e Colaboração vivenciada entre os profissionais durante a rotina de trabalho no CC, demonstra que apenas a categoria de enfermagem (enfermeiro, instrumentador e circulante cirúrgico) atinge o escore mínimo ( $\geq 75$ ), refletindo uma percepção positiva de cultura de segurança. A pontuação média dos enfermeiros de CC é de 78,9 (DP 24,6), e dos enfermeiros chefes, 79,9 (DP 24,9). Já entre os instrumentadores e circulantes cirúrgicos, a média permanece em 78,5 (DP 22,8). Na análise global, verifica-se diferença significativa entre os escores atribuídos por esses profissionais de enfermagem e demais trabalhadores da saúde, como residentes e internos de cirurgia (60,6; DP 29,6;  $p = 0,043$ ); perfusionistas (28,7; DP 38,5;  $p < 0,001$ ); e residentes e internos de anestesia (51,4; DP 32,8;  $p = 0,019$ ).

A segunda parte do instrumento, que engloba os seis domínios do SAQ/CC, apresenta uma variação de mediana de 70,0 (61,2-85,0) a 81,2 (68,7-87,5) pontos por domínio, com mediana geral de 77,6 (63,1-88,8). O CC nomeado como "F" exibiu, de maneira geral, o menor escore: 71,9 (61,7-85,9). Também neste local foram identificados os escores mais baixos e com diferenças significativas com relação aos demais para Percepção da Gerência 62,5 (52,5-75,0;  $p = 0,016$ ), seguido de Condição de Trabalho 68,7 (54,1-87,5;  $p = 0,001$ ). Ainda, na análise global, chama a atenção que os domínios Clima de Segurança 78,5 (64,2-85,7;  $p = 0,047$ ), Percepção da Gerência 70,0 (61,2-85,0;  $p = 0,016$ ) e Condição de Trabalho 68,7 (54,1-87,5;  $p = 0,001$ ) apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os cinco CC agrupados.

Os resultados qualitativos obtidos por meio da técnica de GF e dos meios fotográficos, na perspectiva do pensamento ecológico e restaurativo, estão agrupados em duas categorias: (1) Compreendendo a cultura de segurança em CC e (2) Comunicação como recurso para a construção de uma cultura de segurança.

Na categoria 1, são apresentadas as ideias trazidas pelos participantes dos encontros dos GF sobre o que é cultura de segurança e sua importância para os pacientes e equipes de saúde. Durante os debates, discutiu-se a necessidade de explicar aos pacientes a importância do Termo de Consentimento Cirúrgico e Anestésico, bem como o preenchimento correto do *checklist* da cirurgia segura pelos profissionais, destacando que essa ferramenta diminui erros em cirurgias e contribui para práticas seguras.

As falas dos participantes destacam que uma cultura de segurança fortalecida contribui para um clima favorável de trabalho, conforme ilustram os excertos: *Entendem e sabem a importância das ferramentas [checklist da cirurgia segura], só pulam etapas devido à correria, erro não é sozinho, são várias etapas não realizadas. O óbvio não é óbvio (P6, GF 1, 06/11/2020). Equipes médicas com resistência quanto aos protocolos [preenchimento dos termos de consentimento cirúrgico e anestésico] (P4, GF 1, 16/11/2020).*

A Figura 1 mostra o *checklist* da cirurgia segura na instituição investigada, que é preenchido no sistema por etapas: antes da indução anestésica com a participação do paciente, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente deixar a sala operatória.

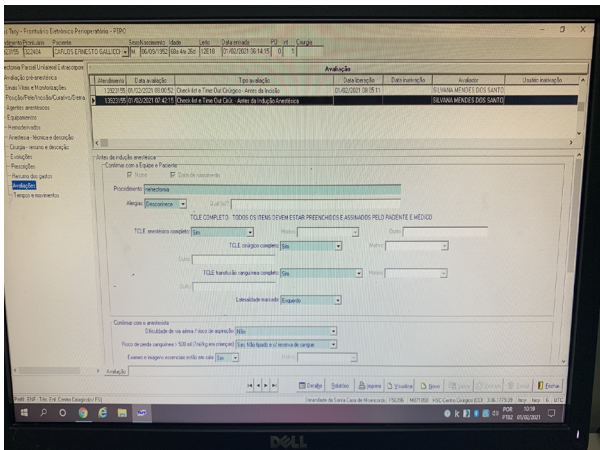


Figura 1 - Foto autoral da utilização do *checklist* da cirurgia segura

Além disso, está afixado nas salas cirúrgicas um quadro com as informações mais importantes a serem preenchidas para cada procedimento cirúrgico, que orienta a realização das etapas do *time out* (pausa cirúrgica) e *sign out* (antes de o paciente sair da sala cirúrgica), conforme ilustra a Figura 2.



Figura 2 - Foto autoral do quadro de informações do *checklist* fixado nas salas cirúrgicas

Existem iniciativas da instituição para valorizar os princípios da segurança por meio da implementação dos quadros para o *checklist* da cirurgia segura e de murais para disseminar as informações institucionais e setoriais. Tais aspectos são abordados nos GF e na CF.

Os participantes destacam que muitas equipes médicas se negam a aplicar os termos de consentimento cirúrgico e anestésico, alegando falta de tempo. Este mesmo argumento é utilizado para a não realização do *checklist* da cirurgia segura, sendo que, segundo os profissionais de enfermagem mencionam, este procedimento demanda dois ou três minutos.

A categoria 2 aborda os temas de acessibilidade dos gestores, informação compartilhada e empatia. Destaca-se que a comunicação entre as equipes médicas e de enfermagem transcorre de maneira tranquila, e que

a interação cotidiana entre os trabalhadores facilita o processo de comunicação.

Nos GF, os participantes ratificam essa fragilidade, não identificando uma liderança presente e atuante nos CC que apresentam menores escores. Por outro lado, nas discussões, profissionais dos CC com pontuações positivas destacam a acessibilidade da liderança do setor e o reconhecimento profissional como elementos importantes para o trabalho em equipe, como nas falas a seguir: [...] *alguns não têm acesso para resolver, deveria ter mais reuniões para expor o que o grupo quer falar, sentimos falta disso* (P4, GF 1, 06/11/2020). *Concordo com mais reuniões* (P1, GF 2, 06/11/2020).

O quadro de pessoal insuficiente também é mencionado nas discussões em grupo, vinculado ao *turnover* elevado da instituição, por falta de reconhecimento e retenção dos profissionais. Os colaboradores manifestam que se sentem sobrecarregados e esgotados, sentimento verbalizado por eles: *Falta responsabilidade dos médicos, anestesistas, melhorar o dimensionamento da enfermagem, diminuir o absenteísmo* (P6, GF 1, 06/11/2020). *Resistência dos médicos nos processos* (P4, GF 1, 06/11/2020). *Não respeitam [médicos]* (P1, GF 1, 06/11/2020). [...] *estão saindo por falta de equipe, coleguismo, estamos perdendo muitas pessoas boas, falta de reconhecimento, motivação. O ruim é elogiado e o bom é desmotivado* (P4, GF 2, 06/11/2020). *Pessoas se sentem sobrecarregadas, as pessoas estão esgotadas, cansadas* (P2, GF 2, 06/11/2020).

Nesse trecho de relatos, além de sobrecarga e esgotamento, nota-se a percepção de pouco engajamento de outras categorias, como por exemplo a médica, e que merece destaque. Ademais, observa-se que sentimentos relacionados com a falta de reconhecimento e motivação exercem influência importante na dedicação e execução do trabalho. Estes últimos têm intrínseca ligação com o papel das lideranças de enfermagem, e, normalmente, as melhorias não geram custos, por isso seria oportuno explorar esse aspecto.

Também relatam sentir falta de reuniões com as equipes como estratégia para compartilhar as informações entre os profissionais de saúde e contribuir para a segurança do paciente. Entre as ações implementadas e apontadas nas CF está a utilização de murais de informação, cujo objetivo é facilitar a comunicação (Figura 3). Os participantes citam os murais no corredor e nos espaços de descanso como um importante recurso para a transmissão das informações institucionais, tais como resultados econômico-financeiros, indicadores de qualidade e eventos adversos mensais, conforme as manifestações: *Acho que comunica muito [mais], importante que [profissionais] saibam as metas*

(P1, GF 2, 11/02/2021). Eles [profissionais] gostam de saber os resultados (P2, GF 2, 11/02/2021). Precisamos nos aproximar mais dos técnicos, passando as metas, o que alcançamos no mês (P1, GF 2, 11/02/2021).

Os excertos das manifestações dos participantes que fundamentam as categorias temáticas estão apresentados na *joint display* (Figura 4) de forma integrada com os dados quantitativos, e buscam subsidiar a compreensão dos resultados obtidos pelo questionário SAQ/CC.



Figura 3 – Foto autoral do mural de informações

Resultados quantitativos	Resultados qualitativos	Integração
Domínio 1: Clima de Segurança – na análise geral obtém escore acima de 78,5, denotando uma cultura de segurança positiva. Apresenta diferença estatisticamente significativa entre os cinco CC <sup>†</sup> agrupados (p=0,047). O CC <sup>†</sup> F <sup>‡</sup> obtém pontuação negativa (71,4), e o CC <sup>†</sup> G <sup>§</sup> apresenta a pontuação limítrofe de 75,0. Os demais estão acima do ponto de corte.	Discute-se nos GF* estratégias como a reformulação do <i>checklist</i> , facilitando o preenchimento das informações e evitando desperdício de tempo com elementos irrelevantes.	Um avanço no sentido de fortalecer uma cultura de segurança foi observado nas ações descritas nos GF* e nas caminhadas fotográficas, ao destacarem melhorias das informações nos murais, assim como a implementação dos quadros com o <i>checklist</i> da cirurgia segura. Essas estratégias são vistas como um recurso para difundir a cultura de segurança do paciente na instituição e ajudam a explicar a percepção positiva obtida pelos escores na maioria dos CC <sup>†</sup> no domínio Clima de Segurança.
Domínio 2: Percepção da Gerência – na análise global é um dos domínios com menor pontuação (mediana 70) entre os CC <sup>†</sup> . Os CC <sup>†</sup> F <sup>‡</sup> , G <sup>§</sup> e H <sup>¶</sup> apresentam fragilidades com escores abaixo de 75 pontos. Os CC <sup>†</sup> agrupados A+B <sup>§</sup> e C+D+E <sup>¶</sup> apresentam percepções positivas. Na comparação entre os grupos, verificou-se que o CC <sup>†</sup> F <sup>‡</sup> tem a menor mediana (62,5), com diferença significativa (p=0,016) em relação aos CC <sup>†</sup> A+B <sup>§</sup> (80) e C+D+E <sup>¶</sup> (80).	Esse domínio aborda a aprovação ou desaprovação das ações das lideranças relacionadas com as questões de segurança.	A Percepção da Gerência apresenta fragilidades na maioria dos CC <sup>†</sup> em ambas as etapas. O perfil de liderança pouco presente e atuante é aspecto de destaque nos CC <sup>†</sup> com menores escores. Este domínio pode ser melhorado a partir de conversas individuais, <i>feedbacks</i> e reuniões de alinhamento com os gestores. Tal aspecto foi destacado pelos participantes do GF* (grupo B) ao mencionarem não identificar a presença do gestor no ambiente de cuidado.
Domínio 4: Condição de Trabalho – apresenta pontuação de 68,7 entre os CC <sup>†</sup> . Na análise global, é o domínio com menor pontuação, indicando maiores fragilidades na construção da cultura de segurança nos CC <sup>†</sup> avaliados. Apenas o CC <sup>†</sup> G <sup>§</sup> apresenta pontuação favorável (83,3), com diferença significativa (p=0,001) em relação aos CC <sup>†</sup> A+B <sup>§</sup> e F <sup>‡</sup> , ambos com 66,6. Os demais CC <sup>†</sup> estão com pontuações limítrofes ou abaixo do ponto de corte 75.	Este domínio relaciona-se com a percepção da qualidade do ambiente de trabalho pelos profissionais. Nos GF* são sinalizadas a sobrecarga de trabalho, vinculada à dinâmica intensa no dia a dia do CC <sup>†</sup> . Também se destaca a importância do auxílio entre os profissionais.	A Condição de Trabalho apresenta percepção negativa entre os CC <sup>†</sup> na etapa quantitativa, dado reforçado nas manifestações dos participantes. A falta de pessoal e a dinâmica intensa de trabalho acarretam sobrecarga ao trabalhador. Existem oportunidades de melhoria através de um redimensionamento de equipes, estímulo da colaboração entre os pares e revisão das escalas de atividades diárias.
Domínio 5: Comunicação no Ambiente Cirúrgico – tem melhores pontuações no geral e em todos os CC <sup>†</sup> , e demonstra percepção positiva quanto à qualidade da comunicação e colaboração na equipe multiprofissional. Na pontuação geral, apresenta mediana de 81,2. Apenas o CC <sup>†</sup> F <sup>‡</sup> apresentou pontuação limítrofe, 75,0, sem diferença significativa entre os grupos (p=0,101).	Os participantes destacam a importância da interação entre as equipes de saúde como fundamental para o trabalho diário, juntamente com a comunicação.	Apesar da pontuação positiva na etapa quantitativa, é destaque na etapa qualitativa a necessidade de um maior número de reuniões e interação entre as equipes de saúde. Mesmo identificando-se que a utilização do <i>WhatsApp</i> colabora para a agilidade da comunicação entre as equipes, espaços de troca e diálogos podem aprimorar a comunicação e fortalecer a cultura de segurança.

\*GF = Grupo focal; †CC = Centro Cirúrgico; ‡Letras de designação de cada um dos centros cirúrgicos pesquisados

Figura 4 - Integração dos resultados quantitativos e qualitativos por meio de *joint display*

Os domínios 3 (Percepção do Estresse) e 6 (Percepção do Desempenho Profissional) na etapa quantitativa apresentam escores positivos. O domínio 3 tem o maior escore na avaliação global (81,2), enquanto o domínio 6 apresenta mediana de 75,0 na análise global. Os CC A+B e G apresentam melhores pontuações (81,2). Os demais têm pontuação limítrofe. Como esses temas não foram discutidos nos GF, esses domínios não foram incluídos na *joint display* para integração dos dados.

## Discussão

Os dados de caracterização da amostra do presente estudo são coerentes com outros achados no contexto brasileiro, indicando um predomínio de mulheres (74,7%), profissionais de enfermagem 126 (75,2%), com mediana de idade de 37 anos, atuando nos CC. Uma pesquisa realizada no Brasil em um CC de um hospital universitário, a fim de avaliar o risco de doenças patogênicas nestes



trabalhadores, mostrou que a maior parte deste setor são mulheres (81,9%) com idades entre 36 e 50 anos, corroborando os achados deste estudo<sup>(21)</sup>.

A primeira parte do instrumento SAQ/CC demonstrou que apenas a categoria de enfermagem (enfermeiro, instrumentador e circulante cirúrgico) atingiu o escore mínimo ( $\geq 75$ ), para ser considerada uma percepção positiva de cultura de segurança. Em outro estudo<sup>(22)</sup>, os enfermeiros também obtiveram pontuações médias mais elevadas em itens relacionados com a qualidade da comunicação e colaboração, de modo semelhante aos resultados deste estudo. Um estudo realizado no CC de um hospital público universitário no estado do Paraná, que encontrou uma pontuação mais baixa entre instrumentadores/circulantes, sugere que há uma baixa qualidade de comunicação e colaboração nas outras categorias que trabalham no CC<sup>(21)</sup>.

A comunicação e a colaboração adequadas entre os membros da equipe do CC são fundamentais para garantir a segurança do paciente durante a cirurgia, de modo que todos têm um papel importante a desempenhar, e é essencial que cada um compreenda cada função e trabalhe em conjunto<sup>(22)</sup>.

A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares é um fator crucial para a prestação de cuidados com qualidade e segurança. É a base para a tomada de decisão compartilhada, a identificação precoce de problemas e a resolução de conflitos, todos elementos fundamentais para o cuidado centrado no paciente. Nesta perspectiva, o enfermeiro assume um papel de destaque na integração das informações entre as equipes, diminuindo as chances de ocorrência de eventos adversos e promovendo uma comunicação aberta e honesta entre os membros das equipes<sup>(23-24)</sup>.

Quando a cultura de segurança é estabelecida em uma instituição, a comunicação entre os profissionais se torna mais fácil e eficaz. Isso ocorre porque há uma maior confiança entre os membros da equipe, que se sentem mais à vontade para se comunicar abertamente e compartilhar informações relevantes. Além disso, quando todos os membros da equipe estão cientes das medidas de segurança adotadas e compreendem a importância de segui-las, o trabalho em equipe e a colaboração são aprimorados, o que contribui para a prestação de um cuidado de qualidade ao paciente<sup>(25)</sup>.

A análise descritiva geral do escore por agrupamento de CC, a partir dos domínios do SAQ/CC, revelou uma percepção favorável do clima de segurança nos locais considerados. Isso indica uma percepção positiva com relação à segurança do paciente nesses ambientes. Entre os domínios do SAQ/CC, Percepção da Gerência e Condição de Trabalho se destacaram como os mais frágeis

nos CC avaliados. Isso sugere que os colaboradores desses centros podem ter uma percepção menos positiva sobre gestão e as condições de trabalho existentes. É possível que haja uma necessidade de melhorias nesses aspectos para promover uma cultura de segurança mais sólida.

Por outro lado, os domínios Comunicação no Ambiente Cirúrgico, Clima de Segurança, Percepção do Desempenho Profissional e Percepção do Estresse apresentaram pontuações favoráveis. Isso indica que os colaboradores dos CC têm uma percepção positiva nesses quesitos, o que sugere a existência de uma cultura de segurança mais robusta e uma boa comunicação entre os profissionais envolvidos.

A análise integrada dos resultados reforça a fragilidade dos domínios Percepção da Gerência e Condição de Trabalho nos CC avaliados, tanto pelas pontuações negativas quanto pelas manifestações dos profissionais nos grupos focais. É interessante observar que em outros estudos também foram encontrados resultados semelhantes com relação às percepções gerenciais e condições de trabalho nos CC. Essa consistência nos resultados sugere que a baixa percepção sobre a gerência, juntamente com as condições de trabalho desfavoráveis, pode levar os profissionais de saúde a desconhecem o compromisso da gestão das instituições com os fatores ocultos da cultura de segurança. Consequentemente, essa falta de conhecimento pode se refletir em escores negativos e indicar um distanciamento entre a equipe e seus superiores<sup>(26-27)</sup>.

Para proporcionar o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, é necessário investir e desenvolver treinamentos e engajar os profissionais de saúde com esta temática. Além disso, é fundamental que os hospitais forneçam os recursos de apoio necessários para os profissionais de saúde<sup>(28)</sup>.

A pontuação positiva no domínio Clima de Segurança foi reforçada pelas falas dos participantes na etapa qualitativa, destacando a importância de uma cultura de segurança fortalecida para criar um clima de trabalho favorável.

É interessante notar que um estudo realizado em três hospitais públicos e privados no estado do Rio Grande do Sul comparou o clima de segurança dessas instituições, e identificou pontuações positivas no serviço privado, enquanto as instituições filantrópicas apresentaram escores abaixo da média, evidenciando uma fragilidade na cultura de segurança nessas instituições<sup>(29)</sup>.

Essas descobertas destacam a importância de uma cultura de segurança sólida para promover um clima de trabalho positivo e seguro nos CC. Uma cultura de segurança estabelecida é essencial para encorajar a comunicação aberta, a aprendizagem contínua e o

engajamento de todos os profissionais de saúde na identificação e prevenção de eventos adversos.

O domínio Percepção do Estresse também apresentou uma pontuação acima da média em outro estudo, indicando que os participantes percebem fatores estressores no ambiente de trabalho<sup>(30)</sup>. Essa percepção pode ser especialmente relevante para os profissionais que atuam em CC, uma vez que estão expostos a uma série de estresses devido ao ambiente de trabalho desafiador.

Os profissionais que trabalham em CC enfrentam níveis elevados de estresse devido a vários fatores, como ambiente fechado, riscos envolvidos, diversas rotinas, necessidade de habilidades técnicas e alta produtividade exigida<sup>(31)</sup>. Esses elementos podem contribuir para a pressão emocional e psicológica enfrentada pelos profissionais da área cirúrgica.

Diante desse cenário, sugere-se a reorganização das atividades e o redimensionamento das equipes como medidas para melhorar a qualidade de vida no trabalho e reforçar a segurança do paciente no ambiente cirúrgico<sup>(26)</sup>. Ao reavaliar a distribuição de tarefas e a carga de trabalho, é possível promover um equilíbrio mais saudável para os profissionais, reduzindo o estresse e aumentando o bem-estar no trabalho.

A pontuação limítrofe no domínio Percepção do Desempenho Profissional indica uma avaliação neutra por parte da equipe cirúrgica nesse aspecto, de acordo com os resultados do SAQ/CC. Esse domínio está relacionado com a forma como o cansaço e a sobrecarga de trabalho afetam o desempenho profissional dos indivíduos.

O desempenho profissional está intrinsecamente ligado à satisfação no trabalho, refletindo a experiência individual de cada profissional. A satisfação no trabalho é definida como um sentimento positivo com relação ao trabalho, que engloba aspectos como o conteúdo do trabalho, as oportunidades de desenvolvimento, o reconhecimento, as condições de trabalho e os relacionamentos com colegas e superiores<sup>(30)</sup>.

É importante considerar que a satisfação no trabalho e o desempenho profissional são afetados por uma variedade de fatores, incluindo as condições de trabalho, o suporte organizacional, o reconhecimento e as oportunidades de crescimento. Portanto, é fundamental que as instituições de saúde estejam atentas a esses aspectos e adotem medidas para promover um ambiente de trabalho saudável e equilibrado, que valorize o bem-estar dos profissionais.

A satisfação no trabalho não apenas afeta o bem-estar e a saúde dos profissionais, mas também está relacionada com a prevenção de doenças ocupacionais e o alcance de melhores resultados no processo de trabalho, que inclui as atividades desempenhadas pelos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde<sup>(31)</sup>.

Quando os profissionais estão satisfeitos no trabalho, eles tendem a ser mais engajados, motivados e dedicados às suas responsabilidades. Isso pode levar a uma maior eficiência, produtividade e qualidade na assistência ao paciente. Por outro lado, a insatisfação no trabalho pode levar a um ambiente negativo, desmotivação, aumento do estresse e possíveis erros ou falhas na prestação de cuidados.

Como limitações do estudo, ressalta-se o número reduzido de respondentes em algumas categorias profissionais, devido ao período crítico de saúde ocasionado pela pandemia de COVID-19 e a redução expressiva das agendas cirúrgicas. A ausência de representantes nos GF de todas as categorias investigadas na primeira etapa, entre eles médicos, perfusionistas e auxiliares de farmácia ou higienização, é uma limitação. No entanto, o estudo oferece reflexões relevantes sobre o clima e as atitudes de segurança no CC, e pode ser considerado para dar direcionamentos assertivos ao cuidado seguro.

Os resultados do estudo indicam uma melhor percepção do clima de segurança pela equipe de enfermagem, o que sinaliza um potencial maior de seu engajamento na construção de uma cultura de segurança. Neste sentido, destaca-se a necessidade de uma avaliação mais aprofundada de estratégias para o engajamento das equipes médicas, com o objetivo de promover um trabalho interprofissional e colaborativo.

As contribuições deste estudo para a prática assistencial incluem o destaque à importância de desenvolver os profissionais que ocupam cargos de gestão, buscando uma maior aproximação e compreensão das necessidades da equipe assistencial. Isso implica em um olhar mais assertivo e sensível para promover um ambiente de trabalho saudável e seguro.

Além disso, o estudo destaca a necessidade de investir nas condições de trabalho oferecidas aos colaboradores. Isso envolve a adequação da sobrecarga laboral, considerando uma distribuição equitativa das tarefas, e a revisão do dimensionamento de pessoal. Ao fornecer uma carga de trabalho adequada, os centros cirúrgicos podem promover um clima de segurança mais positivo, reduzindo o risco de erros e melhorando a qualidade do cuidado prestado. Essas sugestões têm como objetivo melhorar a qualidade da assistência oferecida, promovendo um ambiente de trabalho mais colaborativo, seguro e eficaz para toda a equipe assistencial.

## Conclusão

Os CC estudados apresentaram resultados que indicam uma percepção positiva do clima de segurança entre os profissionais de saúde e de apoio.

Os domínios Percepção do Estresse, Comunicação no Ambiente Cirúrgico, Clima de Segurança e Percepção do Desempenho Profissional obtiveram pontuações mais elevadas em relação à cultura de segurança, dado que foi reforçado na análise qualitativa.

A análise feita nesta pesquisa sobre as atitudes de segurança nos CC proporcionou uma compreensão aprofundada dos desafios enfrentados nesse ambiente complexo. A combinação de dados quantitativos e qualitativos, que é uma abordagem ainda pouco explorada na enfermagem perioperatória, mostrou-se desafiadora, porém profícua.

Ainda que a análise global do domínio Comunicação e Colaboração entre as Equipes tenha se mostrado positiva, tanto nos dados quantitativos quanto nos qualitativos foram identificadas oportunidades de melhorias nesse processo. A equipe de enfermagem parece aderir mais facilmente aos processos e rotinas institucionais voltados à segurança do paciente, o que reflete maior fortalecimento cultural desta categoria no que diz respeito ao cuidado seguro.

## Referências

- World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2022 Aug 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240032705>
- Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180198. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
- Yari S, Naseri MH, Akbari H, Shahsavari S, Akbari H. Interaction of Safety Climate and Safety Culture: A Model for Cancer Treatment Centers. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;26;20(3):961-9. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.3.961>
- Carvalho REFL, Bates DW, Syrowatka A, Almeida I, Sousa L, Gonçalves J, et al. Factors determining safety culture in hospitals: a scoping review. *BMJ Open Qual.* 2023;12:e002310. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002310>
- Reis CT, Laguardia J, Andreoli PBA, Nogueira C Júnior, Martins M. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. *BMC Health Serv Res.* 2023;23;32. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7>
- Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(2):939. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
- Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM, Dal Pai D, Urbanetto JS, Moura GMSS. Evaluation of patient safety culture in a private general hospital: a case study in Brazil. *Int J Health Care Qual Assur.* 2021;34(2):110-21. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-11-2020-0235>
- Moosavi S, Amerzadeh M, Azmal M, Kalhor R. The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: a survey among 360 nurses. *Patient Saf Surg.* 2023;17:20. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00369-6>
- Faria LR, Moreira TR, Carbogim FC, Bastos RR. Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. *Rev Col Bras Cir.* 2022;49:e20223286. [https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223286\\_en](https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223286_en)
- Röhsig V, Lorenzini E, Mutlaq MFP, Maestri RN, Souza AB, Alves BM, et al. Near-miss analysis in a large hospital in southern Brazil: A 5-year retrospective study. *Int J Risk Saf Med.* 2020;31(4):247-58. <http://doi.org/10.3233/JRS-194050>
- Bowman CL, De Gorter R, Zaslow J, Fortier JH, Garber G. Identifying a list of healthcare 'never events' to effect system change: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Open Qual.* 2023;12:e002264. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002264>
- Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e2939. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>
- Harrison RL, Reilly TM, Creswell JW. Methodological rigor in mixed methods: an application in management studies. *J Mix Methods Res.* 2020;14,473-95. <https://doi.org/10.1177/155868981990>
- Lourenção DCA, Tronchin DMR. Confirmatory factor analysis of the safety attitudes questionnaire/ operating room. *Enferm Glob.* 2019;18(3):230-45. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.334781>
- Oliveira GS, Cunha AMO, Cordeiro EM, Saad NS. Grupo focal: uma técnica de coleta de dados numa investigação qualitativa? *Cad FUCAMP [Internet].* 2020 [cited 2023 Jun 24];19(41):1-13. Available from: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/208>
- Backman C, Stacey D, Crick M, Cho-Young D, Marck PB. Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):482. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3292-6>
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensus e controvérsias. *Rev Pesq Qual [Internet].* 2017 [cited 2023 Jul 16];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>

18. Araujo RL, Glanzner CH. Work at the surgical center: risks of the pathogenic suffering of the nursing team. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20190803. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0803>
19. Tamborini MMF, Colet CF, Centenaro APFC, Souto ENS, Andres ATG, Stumm EMF. Occupational stress in primary care workers during the COVID-19 pandemic: mixed methods study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e4041. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6797.4041>
20. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Mastuda LM, Santos JLG, Souto RQ, Riboldi CO, et al. Mixed Methods Appraisal Tool: strengthening the methodological rigor of mixed methods research studies in nursing. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20200603. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0603>
21. Mucelini FC, Matos FGOA, Silva EB, Alves DCI, Nishiyama JAP, Oliveira JCO. Patient safety climate surgical: team evaluation multidisciplinary. *Rev SOBECC.* 2021;26(2):91-8. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100020005>
22. Melo JDS, Silva JO, Nascimento GTB, Santos KRN, Pereira EBF, Martins PDC, et al. Comunicação da equipe de enfermagem com foco na segurança do paciente: revisão integrativa. *RECISATEC.* 2022;2(1):e2171. <https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i1.71>
23. Fassarella CS, Guirra LA, Silva MJR, Silva CPR, Figueiredo MCB. Qualitative approach to safety culture: a view from nurse managers. *Rev Mill.* 2021;2(17):21-9. <https://doi.org/10.29352/mill0217.2811>
24. Alves DFB, Lorenzini E, Cavalho KA, Schmidt CR, Dal Pai S, Kolankiewicz A, et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional: uma revisão integrativa. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online.* 2021;13:836-42. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9235>
25. 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. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.65577>
26. Silva JF Júnior, Jesus PJ Júnior, Carvalho TA, Aguiar MPC, Mendonça SCB, Lordelo DS. Patient safety culture: perceptions and attitudes of surgical centers workers. *Rev SOBECC.* 2020;25(3):136-42. <https://doi.org/10.5327/Z1414-442520200003000>
27. 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;21:335. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01123-6>
28. Lee W, Choi M, Park E, Park E, Kang S, Lee J, 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.* 2022;11;37(14):e114. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e114>
29. Chiavone FBT, Gomes ATL, Rodrigues CCFM, Ferreira L, Salvador PTCO, Pereira VE, et al. Stress levels of the surgical center nursing team: a cross-sectional study. *Online Braz J Nurs.* 2019;17(1):87-96. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20185902>
30. Hora GPR, Ribas R Júnior, Souza MA. State of the Art of Job Satisfaction Measures: A Systematic Review. *Temas Psicol.* 2018;26(2):971-86. <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-16En>
31. Gouveia LHA, Ribeiro VF, Carvalho R. Professional satisfaction of nurses at a surgicenter in an excellence hospital. *Rev SOBECC.* 2020;25(1):33-41. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000010006>

## Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Nery José de Oliveira Junior, Caren de Oliveira Riboldi, Ana Maria Müller de Magalhães. **Obtenção de dados:** Nery José de Oliveira Junior, Ana Maria Müller de Magalhães. **Análise e interpretação dos dados:** Nery José de Oliveira Junior, Caren de Oliveira Riboldi, Daniela Campos de Andrade Lourenção, Vanessa de Brito Poveda, João Lucas Campos de Oliveira, Ana Maria Müller de Magalhães. **Análise estatística:** Daniela Campos de Andrade Lourenção, Vanessa de Brito Poveda, João Lucas Campos de Oliveira, Ana Maria Müller de Magalhães. **Redação do manuscrito:** Nery José de Oliveira Junior, Caren de Oliveira Riboldi, Daniela Campos de Andrade Lourenção, Vanessa de Brito Poveda, João Lucas Campos de Oliveira, Ana Maria Müller de Magalhães. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Caren de Oliveira Riboldi, Daniela Campos de Andrade Lourenção, Vanessa de Brito Poveda, João Lucas Campos de Oliveira, Ana Maria Müller de Magalhães.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 23.08.2023


Aceito: 18.02.2024

Editora Associada:  
Andrea Bernardes

Autor correspondente:

Nery José de Oliveira Junior

E-mail: nery.oliveirajr@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5222-6958>

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.