



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Ana Regina Ramos Azevedo Fernandes

**O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em
tempos de pandemia da COVID-19**

Rio de Janeiro

2022

Ana Regina Ramos Azevedo Fernandes

**O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de
pandemia da COVID-19**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Área de concentração: Enfermagem, Saúde e
Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cintia Silva Fassarella

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

F363 Fernandes, Ana Regina Ramos Azevedo.
O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em
tempos de pandemia da COVID-19 / Ana Regina Ramos Azevedo
Fernandes. – 2022.
122 f.

Orientadora: Cintia Silva Fassarella.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Centros cirúrgicos. 2. Segurança. 3. Cultura organizacional. 4.
Enfermagem. 5. Hospital de ensino. 6. COVID-19. I. Fassarella, Cintia
Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária Diana Amado Baptista dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Regina Ramos Azevedo Fernandes

**O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de
pandemia da COVID-19**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 5 de abril de 2022.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Cintia Silva Fassarella (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Daniela Campos de Andrade Lourenção

Universidade de São Paulo

Prof.^a Dra. Flavia Giron Camerini

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus. Sem Ele eu não passaria nem da entrevista de admissão e não daria conta de tudo que precisei superar para chegar até aqui.

A minha família que é minha base para tudo. E mesmo aos que não entendiam as ausências, agradeço. Sei que agora vocês compreenderão todo esforço.

Ao meu parceiro de caminhada, meu namorado. Que sempre que eu desanimava, ele segurava minha mão e me jogava lá em cima. Nós somos um casal que se inspira mutuamente e sou muito grata por tê-lo como um grande apoiador. Te amo, Will!

Aos amigos que não desistiram de mim e que por muitas vezes ouviram: “Tenho muitas tarefas do mestrado, hoje não dá” (risos). Viram? Acabei.

As minhas parceiras de plantão, foi ao lado de vocês que soube da minha aprovação e como vibramos né? Obrigada por tudo amigas! Irmã Roberta, obrigada por tanto. Você acreditou quando nem eu acreditava mais. Amo vocês, meninas.

Ah, minha orientadora querida. O que dizer de você? Em meio a uma pandemia, crise de ansiedade, tantas atividades e prazos, você me ouviu, você acreditou e olha aonde chegamos. Sou muitíssimo grata por ter sido você. Obrigada por tanto conhecimento, por tanta troca. Foi um prazer Prof^a Dr^a Cintia Silva Fassarella.

Aos grupos de pesquisa TESPAAH e Concepções teóricas para cuidar em saúde e enfermagem, vocês contribuíram grandiosamente para a pesquisadora que me tornei. Nunca desanimem professoras, vocês são fundamentais para nossa trajetória.

Agradeço também à instituição em que trabalho. Pela abertura para desenvolver a pesquisa. As chefias pelos aceites para realização do estudo. Aos colegas da unidade pela participação e parceria. Vocês foram fundamentais nesse processo.

E não poderia deixar de mencionar meus pacientes. É por eles que nos motivamos a aprender e nos atualizar ainda mais. Este estudo também é por vocês. Por um melhor cuidado de enfermagem para vocês.

Para chegar até aqui eu tive o incentivo e a força da minha estrela maior. Minha tia, parceira e amiga, Lucinete Ramos. De onde estiver, sei que está muito orgulhosa por essa conquista. Dói-me não tê-la aqui fisicamente, mas foi uma promessa feita em vida e veja, cumpri! Te amo pra sempre.

E vou quebrar os protocolos para agradecer a mim. Você conseguiu, Preta. Ansiedade nenhuma, cansaço nenhum, desânimo nenhum te venceu. Você foi capaz. Parabéns!!!

RESUMO

FERNANDES, A. R. R. A. **O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de pandemia da COVID-19.** 2022. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O objetivo do estudo foi analisar o clima de segurança no centro cirúrgico de um hospital universitário pelo olhar da equipe multiprofissional, em tempos de pandemia da COVID-19. Estudo de metodologia misto com estratégia de triangulação concomitante. O cenário foi o centro cirúrgico de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro. A etapa quantitativa foi de natureza transversal com utilização do Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico (SAQ/CC). Na fase qualitativa, com caráter descritivo, foi utilizado um roteiro semiestruturado para entrevista. Participaram da pesquisa 144 profissionais da saúde na abordagem quantitativa, e 24 na qualitativa. Os dados quantitativos passaram por análises estatísticas inferenciais e os cálculos foram realizados no programa R, versão 4.1.0. Os dados qualitativos passaram por análise de conteúdo temática. O *alpha de Cronbach* geral foi de 0,717, conferindo confiabilidade ao questionário empregado. A média do escore global do SAQ/CC foi 61,94. Foi obtida pontuação satisfatória no domínio 'Comunicação no ambiente cirúrgico' (77,91). Houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre as equipes de enfermagem e médica nos domínios 'Percepção do estresse', 'Comunicação no ambiente cirúrgico' e 'Percepção do desempenho profissional'. Nas entrevistas emergiram as categorias: Protocolo da COVID-19, Segurança do paciente, Sentimentos, Carga de trabalho, Atitude da gerência e Comunicação. Conclui-se que o clima de segurança se apresenta frágil, traduzidos pela maioria dos escores abaixo do satisfatório. Sugere-se que novos estudos sejam realizados em âmbito nacional, a fim de aprofundar a temática entre diversos cenários cirúrgicos com estudo misto, permitir futuras comparações e fortalecer o clima de segurança do paciente, principalmente diante de cenários como a pandemia da COVID-19.

Palavras-chave: Centro cirúrgico. Clima de segurança. Cultura organizacional. Enfermagem. Hospital de Ensino. COVID-19.

ABSTRACT

FERNANDES, A. R. R. A. **The safety climate in the operating room of a university hospital in times of COVID-19 pandemic.** 2022. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The objective of the study was to study the safety climate in the surgical center of a university hospital through the eyes of the multiprofessional team, in times of the COVID-19 pandemic. Mixed methodology study with concomitant triangulation strategy. The setting was the surgical center of a university hospital in the city of Rio de Janeiro. The measurement was transversal in nature, using the Safety Attitudes Questionnaire/Surgical Center (SAQ/CC). In the qualitative phase, with a descriptive character, a semi-structured interview script was used. A total of 144 health professionals participated in the research, in the weighted approach, and 24 in the qualitative one. The selected data were prepared by program 1.0. Qualitative data judged by thematic content. Overall Cronbach's alpha was 0.717, with employee confidence. The mean global SAQ/CC score was 61.94. Communication was made (there is no 'Communication, 91' domain). Significant difference ($p < 0.001$) between the nursing teams and in the domains 'Perception of stress', 'Communication in the surgical environment' and 'Perception of professional performance'. In the interviews, the following categories emerged: COVID-19 Protocol, Patient Protocol, Feelings, Workload, Management Attitude and Communication. It is concluded that the security climate has weaknesses, translated by the majority of scores below compliance. It is suggested that new studies be carried out in the scope, between in order to deepen a theme, several safety scenarios studied with a mixed study, an end of national power in the future, and intensifying the patient's pandemic climate, especially in scenarios such as the comparison pandemic. COVID-19.

Keywords: Surgical center. Safety climate. Organizational Culture. Nursing. Teaching Hospital. COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-------------|---|----|
| Figura 1 – | Diagrama da estratégia de triangulação concomitante..... | 34 |
| Figura 2 – | Notação da estratégia de triangulação concomitante | 37 |
| Quadro 1 – | Atendimento aos critérios avaliativos da MMAT. Rio de Janeiro, 2022..... | 38 |
| Gráfico 1 – | Qualidade da comunicação entre as categorias profissionais do centro cirúrgico universitário. Rio de Janeiro, 2021..... | 52 |
| Gráfico 2 – | Distribuição dos domínios de clima de segurança entre as equipes médica e de enfermagem. Rio de Janeiro, 2021..... | 54 |
| Figura 3 – | Associação de variáveis numéricas com os domínios do SAQ/CC. Rio de Janeiro, 2021 | 56 |
| Figura 4 – | Representação das categorias da análise de conteúdo mais prevalentes. Rio de Janeiro, 2021..... | 57 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|---|----|
| Tabela 1 – | Itens por domínio do SAQ /CC | 24 |
| Tabela 2 – | Domínios do SAQ/CC | 42 |
| Tabela 3 – | Características dos profissionais do centro cirúrgico universitário. Rio de Janeiro, 2021..... | 50 |
| Tabela 4 – | Domínios de Clima de Segurança do SAQ/CC do centro cirúrgico de hospital universitário (n=144). Rio de Janeiro, 2021..... | 53 |
| Tabela 5 – | Análise dos domínios do SAQ/CC a partir da avaliação das equipes médica e de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital universitário. Rio de Janeiro, 2021..... | 53 |
| Tabela 6 – | Análise das diferenças entre os domínios de clima de segurança com a idade e o tempo de experiência na especialidade. Rio de Janeiro, 2021..... | 55 |
| Tabela 7 – | Integração dos dados quantitativos com os qualitativos. Rio de Janeiro, 2021..... | 69 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------|---|
| AHRQ | <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CC | Centro Cirúrgico |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COVID-19 | <i>Coronavirus Disease 2019</i> |
| CS | Clima de Segurança |
| CTI | Centro de Tratamento Intensivo |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FMAQ | <i>Flight Management Attitudes Questionnaire</i> |
| IOM | <i>Institute of Medicine</i> |
| MMAT | <i>Mixed Methods Appraisal Tool</i> |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| POP | Procedimento Operacional Padrão |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| RJU | Regime Jurídico Único |
| RPA | Recuperação Pós-Anestésica |
| SAQ | <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> |
| SAQ/CC | Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico |
| SAQ/OR | <i>Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version</i> |
| SAQ/VCC | Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico) |
| SARS-CoV-2 | <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i> |
| SRAG | Síndrome Respiratória Aguda Grave |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

| | |
|--------|---|
| TESPAH | Tecnologias em Saúde e Enfermagem no contexto da Segurança do Paciente em Ambiente Hospitalar |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| UR | Unidades de Registros |
| US | Unidades de Significação |
| UTI | Unidade de Tratamentos Intensivos |

SUMÁRIO

| | | |
|---------|---|----|
| | INTRODUÇÃO | 13 |
| 1 | REFERENCIAL TEMÁTICO | 19 |
| 1.1 | Clima x Cultura de segurança | 19 |
| 1.2 | Segurança do paciente x Clima de segurança | 20 |
| 1.3 | Centro cirúrgico x Clima de segurança | 21 |
| 1.4 | Instrumentos para avaliação de cultura de segurança: SAQ geral e SAQ/CC | 23 |
| 1.5 | Centro cirúrgico e COVID-19 | 26 |
| 2 | CULTURA DE SEGURANÇA NO CENTRO CIRÚRGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA | 33 |
| 3 | METODOLOGIA | 34 |
| 3.1 | Delineamento do estudo | 34 |
| 3.1.1 | <u>Desenho de pesquisa quantitativo e qualitativo</u> | 35 |
| 3.1.2 | <u>Desenho de pesquisa de método misto</u> | 36 |
| 3.2 | Cenário do estudo | 39 |
| 3.3 | População e amostragem | 40 |
| 3.3.1 | <u>Fase quantitativa</u> | 41 |
| 3.3.2 | <u>Fase qualitativa</u> | 41 |
| 3.4 | Instrumentos de coleta de dados | 41 |
| 3.4.1 | <u>Fase quantitativa</u> | 41 |
| 3.4.2 | <u>Fase qualitativa</u> | 43 |
| 3.5 | Coleta de dados | 43 |
| 3.5.1 | <u>Fase quantitativa</u> | 44 |
| 3.5.2 | <u>Fase qualitativa</u> | 44 |
| 3.6 | Análise dos dados | 45 |
| 3.6.1 | <u>Fase quantitativa</u> | 45 |
| 3.6.1.1 | Cálculo para análise dos dados sobre a qualidade da comunicação e colaboração entre os profissionais do centro cirúrgico..... | 45 |
| 3.6.1.2 | Análise dos dados referentes ao clima de segurança | 45 |
| 3.6.2 | <u>Fase qualitativa</u> | 46 |

| | | |
|---------|--|----|
| 3.7 | Aspectos éticos | 47 |
| 4 | RESULTADOS | 49 |
| 4.1 | Dados quantitativos | 49 |
| 4.1.1 | <u>Caracterização da amostra</u> | 49 |
| 4.1.2 | <u>Qualidade da comunicação dos profissionais</u> | 51 |
| 4.1.3 | <u>Domínios de clima de segurança do SAQ/CC global e diferença entre as equipes de saúde</u> | 52 |
| 4.1.4 | <u>Correlação dos domínios de clima de segurança com idade e tempo de experiência na especialidade</u> | 54 |
| 4.2 | Dados qualitativos | 56 |
| 4.2.1 | <u>Condição de trabalho</u> | 57 |
| 4.2.1.1 | Protocolo Covid..... | 58 |
| 4.2.2 | <u>Clima de segurança</u> | 60 |
| 4.2.2.1 | Segurança do paciente | 60 |
| 4.2.3 | <u>Percepção do estresse</u> | 61 |
| 4.2.3.1 | Sentimentos | 62 |
| 4.2.4 | <u>Percepção do desempenho profissional</u> | 64 |
| 4.2.4.1 | Carga de trabalho | 64 |
| 4.2.5 | <u>Percepção da gerência</u> | 65 |
| 4.2.5.1 | Atitude da gerência | 65 |
| 4.2.6 | <u>Comunicação no ambiente cirúrgico</u> | 67 |
| 4.2.6.1 | Comunicação | 67 |
| 4.3 | Interseção dos dados | 69 |
| 5 | DISCUSSÃO | 71 |
| 5.1 | Dados quantitativos | 71 |
| 5.1.1 | <u>Caracterização da amostra</u> | 71 |
| 5.1.2 | <u>Qualidade da comunicação dos profissionais</u> | 73 |
| 5.1.3 | <u>Domínios de clima de segurança do SAQ/CC global e diferença entre as equipes de saúde</u> | 74 |
| 5.1.4 | <u>Correlação dos domínios de clima de segurança com idade e tempo de experiência na especialidade</u> | 78 |
| 5.2 | Dados qualitativos | 79 |
| 5.2.1 | <u>Condição de trabalho</u> | 79 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 5.2.2 | <u>Clima de segurança</u> | 82 |
| 5.2.3 | <u>Percepção do estresse</u> | 83 |
| 5.2.4 | <u>Percepção do desempenho profissional</u> | 84 |
| 5.2.5 | <u>Percepção da gerência</u> | 84 |
| 5.2.6 | <u>Comunicação no ambiente cirúrgico</u> | 86 |
| 5.3 | Interseção dos dados | 88 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 90 |
| | REFERÊNCIAS | 91 |
| | APÊNDICE A - Cultura de segurança no centro cirúrgico: uma revisão integrativa (artigo científico) | 105 |
| | APÊNDICE B – Cálculo amostral | 106 |
| | APÊNDICE C – Roteiro de entrevista | 107 |
| | APÊNDICE D – Cronograma de atividades | 109 |
| | APÊNDICE E – Orçamento da pesquisa | 110 |
| | APÊNDICE F - Distribuição das categorias a partir das unidades de significação. Rio de Janeiro, 2021..... | 111 |
| | ANEXO A – Instrumento de coleta – Frente | 112 |
| | ANEXO B – Instrumento de coleta – Verso | 113 |
| | ANEXO C – Carta de anuência | 114 |
| | ANEXO D – Termo de anuência do chefe de serviço | 115 |
| | ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 116 |
| | ANEXO F – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 118 |
| | ANEXO G – Termo de compromisso com a Instituição | 122 |

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto de pesquisa o clima de segurança do ambiente cirúrgico em um hospital universitário, em tempos de pandemia da *Corona Virus Disease* (COVID-19) causada pelo vírus *SARS-CoV-2* (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). A segurança do paciente tornou-se, nas últimas décadas, um assunto de destaque na área da saúde, passando a ser debatida com prioridade em âmbito mundial. Devido à relação intrínseca (GOMES *et al.*, 2017) com a qualidade nos serviços de saúde, vem sendo amplamente discutida por gestores, prestadores de serviços de saúde, entidades de classes e órgãos governamentais.

Diante dessa crescente preocupação, entidades, como a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), propuseram às instituições de saúde que adotassem modelos de cultura de segurança (RIGOBELLO *et al.*, 2012). Para tanto, é necessária a adoção de uma cultura não punitiva que incentive a comunicação dos erros e aprendizado a partir deles, pois esse reconhecimento pode levar a medidas que reduzam os riscos associados à assistência à saúde (TOSO *et al.*, 2016).

A cultura de segurança foi definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, incentivando o aprendizado com as falhas no lugar da culpa e da punição (BRASIL, 2013). Mensurar a cultura de segurança auxilia a gestão nas decisões em todos os níveis hierárquicos, pois revela as dimensões que necessitam de melhorias e orienta quanto às possibilidades de ação (BARATTO *et al.*, 2016). Diante disso, infere-se que tal avaliação permite reconhecer além da situação organizacional, mas também analisar o impacto das intervenções adotadas (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

A atitude positiva em relação à cultura é caracterizada por intercâmbios baseados na confiança mútua, uma visão comum sobre a importância de fornecer cuidados seguros e confiança na eficácia das medidas preventivas (NIEVA; SORRA, 2003). A conduta organizacional da gestão das unidades de saúde, assim como as condições de trabalho e as características pessoais do profissional de saúde e do próprio paciente, impactam diretamente na segurança da assistência e na qualidade do cuidado (SANTIAGO; TURRINI, 2015). O clima de segurança exerce importante papel na redução dos incidentes de segurança (JANG; LEE, 2017).

Sendo assim, medir o clima de segurança através da percepção dos profissionais de saúde vem sendo considerado um ponto de partida para as instituições de saúde, por ser um componente mensurável da cultura de segurança (SEXTON *et al.*, 2006). Para tal avaliação, é necessário considerar aspectos relativos à cultura organizacional, ao clima de segurança do paciente e às peculiaridades inerentes ao processo de trabalho (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018). Diversas pesquisas (FASSARELLA *et al.*, 2019; FERNANDES *et al.*, 2020; TAVARES *et al.*, 2018) vêm sendo produzidas com intuito de mensurar o clima de segurança sob a ótica dos profissionais, visando avaliar a cultura de segurança nos serviços de saúde.

Apesar dos termos clima e cultura de segurança serem usados como sinônimos na literatura, Sexton destaca que, ao usar um questionário para estudar a percepção do grupo, o termo mais adequado a ser empregado é clima (2006). Existe uma relação íntima entre o clima de segurança do paciente e a cultura de segurança, visto que reflete a percepção das pessoas e práticas organizacionais que expressam os pressupostos básicos e as crenças baseadas na cultura (MASCHEREK; SCHWAPPACH, 2017). Um clima de segurança positivo impacta para além da produtividade e relações interpessoais, como na qualidade dos cuidados de enfermagem (JANG; LEE, 2017).

Estudos que avaliam a cultura de segurança em instituições de saúde utilizam questionários como instrumento de coleta de dados, por serem considerados uma estratégia eficiente, anônima e com baixo custo (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Sendo assim, a cultura de segurança pode ser compreendida, a partir do clima de segurança, através de questionários específicos que são utilizados para mensurar a visão dos profissionais sobre esses aspectos de seu ambiente de trabalho (SEXTON *et al.*, 2006). Visando esclarecer, informar o leitor e diante do objeto de estudo anteriormente mencionado, nesse estudo o termo adotado será clima de segurança do paciente.

Embora haja uma variedade de instrumentos, é valiosa a padronização na coleta dos dados nos mesmos ambientes, pois evita a produção de dados divergentes, permite comparação entre as profissões e auxilia na busca por questões interprofissionais (SEXTON *et al.*, 2006). Dentre os questionários disponíveis para mensurar o clima de segurança, encontra-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (THE HEALTH FOUNDATION, 2011), desenvolvido por pesquisadores do *Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice*, da Universidade do Texas, Estados Unidos da América (EUA), sob a coordenação de Eric Thomas, John B. Sexton e Robert L. Heimreich (SEXTON JB, 2003). Diferentes versões foram criadas para aplicação em diversos cenários de cuidado, assim como várias

traduções e adaptações culturais (KRISTENSEN *et al.*, 2015; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; ZIMMERMANN *et al.*, 2013).

Diante da inexistência de um instrumento que possibilitasse auferir, na ótica dos profissionais de saúde, o clima de segurança em centros cirúrgicos, estudiosos desenvolveram o *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* (SAQ/OR) (MAKARY *et al.*, 2006), uma modificação do SAQ, mantendo as propriedades da versão genérica. O instrumento foi traduzido, adaptado (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2016) e validado (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018) para a cultura brasileira.

Após esse processo, produziu-se um instrumento denominado Questionário de Atitudes de Segurança (Versão Centro Cirúrgico), com a abreviatura SAQ/VCC, que passou por validação das propriedades psicométricas, chegando a sua versão final e resumida, denominada pelas pesquisadoras como Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico, com a abreviatura SAQ/CC.

Salienta-se a importância da utilização do SAQ/CC pela existência de domínios específicos para avaliação do clima de segurança no ambiente perioperatório, como por exemplo, o domínio Comunicação no ambiente cirúrgico. Esse domínio permite avaliar a comunicação e a cooperação interprofissional no ambiente cirúrgico, extremamente importante para o referido cenário. Há países que adaptaram o SAQ/OR, porém não explicitaram os domínios específicos da versão para Centro Cirúrgico (CC), utilizando os domínios da versão genérica (GÖRAS *et al.*, 2013; KAWANO *et al.*, 2014; PINHEIRO; DE SOUSA UVA, 2016). Há publicações com intuito de avaliar a cultura de segurança do centro cirúrgico que utilizou o instrumento com aplicabilidade geral (BAHAR; ÖNLER, 2020; CARVALHO *et al.*, 2015).

Acredita-se ser de grande valia conhecer a percepção de clima de segurança do paciente em um período sem precedentes no mundo todo. Desde 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia do *SARS-CoV-2*, vírus causador da COVID-19 que se disseminou rapidamente, interferindo em diversos aspectos do dia a dia, especialmente na área da saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020). Do primeiro caso confirmado em território brasileiro ao dia 6 de fevereiro de 2021 foram registrados 25.214.622 casos confirmados de COVID-19 com 626.524 óbitos pela doença (BRASIL, 2022a).

Para além de números, esses óbitos retratam a rápida progressão da doença no país, sem alcançar patamares que indiquem sinais de controle da transmissão da doença (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021). Na intenção de disponibilizar mais leitos para

pacientes com infecção respiratória causada pelo novo coronavírus, as atividades cirúrgicas foram diretamente afetadas, com suspensão de procedimentos eletivos e priorização das cirurgias de emergência e urgência. Sendo assim, um planejamento foi necessário para retomada dos procedimentos cirúrgicos, com estabelecimento de novos protocolos e práticas para prevenir e controlar a transmissão da COVID-19 nas unidades de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020).

É interessante refletir sobre o impacto da pandemia no clima de segurança e, a literatura cita desafios como: o impacto do adiamento das cirurgias que pode gerar represamento de casos e o aumento das complicações; a necessidade de implementação de novos protocolos de segurança e fluxos; o risco de transmissão da COVID-19 durante os procedimentos; a conscientização quanto ao uso adequado e racional de EPI; o fortalecimento de uma comunicação efetiva dos laboratórios de testagem; e uma nova rotina na avaliação pré-operatória (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2020; COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, 2020).

Perante o cenário pandêmico, a jornada de trabalho dos profissionais de saúde sofreu alterações quanto a horas extras e ritmo de trabalho, são esses trabalhadores, na linha de frente do enfrentamento à COVID-19, os mais expostos a contrair a doença, sendo de maior risco de desenvolver formas graves, os profissionais mais idosos, também aqueles com doenças preexistentes e as gestantes (HELIOTERIO *et al.*, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

O aumento dos números de casos e vítimas da COVID-19 contribuíram também para a instalação do medo nos profissionais de saúde. Houve medo de falhar e se contaminar, de transmitir o vírus aos entes queridos, pacientes e amigos, da possibilidade de ter que cuidar de colegas de trabalho que poderiam agravar e até morrer, do isolamento e distanciamento da família (GUARDA *et al.*, 2021; PARREIRA *et al.*, 2020). Essas situações podem comprometer a condição de saúde e bem estar do profissional de saúde, podendo influenciar em má qualidade de vida e até no surgimento de *Burnout* (MIRANDA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2021).

Diante desses desafios, é imperioso a adoção de medidas coordenadas e abrangentes de prevenção e controle da pandemia da COVID-19, visando saúde e segurança, gestão da força de trabalho e apoio psicossocial a fim de reduzir os riscos e proteger a saúde, segurança e bem-estar de profissionais de saúde. Tal postura é necessária, visto que, medidas de saúde e segurança ocupacional deficientes podem influenciar no aumento de taxas de doenças

relacionadas ao trabalho, elevadas taxas de absenteísmo, redução na produtividade e queda na qualidade do cuidado em saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

Esse projeto insere-se na linha de pesquisa: Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem. Faz parte do grupo de pesquisa Tecnologias em Saúde e Enfermagem no contexto da Segurança do Paciente em Ambiente Hospitalar (TESPAH) – CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico)/UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e do grupo de pesquisa Concepções teóricas do cuidar em saúde e enfermagem – CNPq/UERJ. Espera-se que a presente pesquisa contribua para:

- a) A assistência, pois pretende identificar as fragilidades no cuidado e contribuir para ações de melhoria que levarão a um cuidado mais seguro e de qualidade;
- b) O ensino, pois a temática da cultura de segurança deve ser construída durante a formação acadêmica e estimulada constantemente através de uma educação permanente e com estímulo da gestão dos serviços hospitalares;
- c) A pesquisa, pois incentivará futuros estudos envolvendo a temática, permitindo pesquisas de cunho comparativo e a construção de evidências para aprimorar ações de cuidado com mais ciência e qualidade.

Conhecer e avaliar o clima de segurança do ambiente perioperatório possibilita elencar dados para um diagnóstico situacional, ações de educação continuada, implementação de protocolos assistenciais e monitoramento de eventos cirúrgicos (LOURENÇÃO, 2015). Desenvolver estudos e pesquisas, aliando a estratégias para o aprimoramento dos processos de trabalho, pode contribuir para a qualificação dos serviços de saúde (DEZORDI *et al.*, 2020).

Diante do explanado, **justifica-se** a presente pesquisa por investigar as dimensões do SAQ/CC em uma instituição de ensino, avaliar as fragilidades inerentes ao clima de segurança do ambiente cirúrgico, ajudar a planejar medidas de melhoria, formando assim um clima de segurança positiva que pode contribuir inspirando novas pesquisas. Os dados provenientes de estudos de clima e cultura de segurança ajudam a orientar o planejamento e a execução das ações, com vistas à criação de um ambiente de trabalho propício, satisfatório, com pessoal motivado e, principalmente, com garantia da qualidade e segurança aos pacientes e equipe (DEZORDI *et al.*, 2020).

Nota-se também pouca evidência científica de estudos sobre clima de segurança no centro cirúrgico com aplicação do SAQ/CC, impossibilitando comparações das propriedades psicométricas dos seus domínios (FERNANDES *et al.*, 2020; LOURENÇÃO, 2015).

Acredita-se que o estudo dos domínios do citado instrumento, contribua para a redução dos erros cirúrgicos, como também para identificação de ações prioritárias que possam instrumentalizar os líderes nas tomadas de decisão, no avanço da maturidade da cultura de segurança e na reflexão sobre o ambiente de trabalho e condições laborais em tempos de pandemia da COVID-19.

Sendo assim, selecionou-se o seguinte **problema de pesquisa** a ser investigado: “Qual é o clima de segurança no centro cirúrgico de um hospital universitário, em tempos de pandemia da COVID-19, pela percepção da equipe multiprofissional?”

Adotou-se como objetivo geral do estudo:

- a) Analisar o clima de segurança no centro cirúrgico de um hospital universitário pela percepção da equipe multiprofissional, em tempos de pandemia da COVID-19.

Como objetivos específicos:

- a) Identificar as diferenças dos domínios de clima de segurança entre as equipes de enfermagem e médica, idade e tempo de experiência profissional;
- b) Compreender os domínios de clima de segurança da equipe multiprofissional do centro cirúrgico em um hospital universitário, em tempos de pandemia da COVID-19;
- c) Avaliar de forma comparativa os domínios do clima de segurança da equipe multiprofissional do centro cirúrgico, apontando as interseções das análises quantitativas e qualitativas.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

O referencial temático foi apresentado em subcapítulos visando uma melhor organização textual e de ideias. Baseando-se no problema de pesquisa que será apresentado nesta investigação, os subcapítulos possuem a intenção de situar e contextualizar o leitor acerca de clima e cultura de segurança, segurança do paciente e o clima de segurança, a relação do centro cirúrgico com o clima de segurança, os instrumentos para avaliação de clima de segurança: SAQ geral e SAQ/CC e centro cirúrgico e COVID-19.

1.1 Clima x cultura de segurança

Apesar de frequentemente, os termos clima e cultura organizacional serem utilizados como sinônimos (SANTIAGO; TURRINI, 2015; SEXTON *et al.*, 2006), por fornecerem perspectivas sobrepostas para compreender as experiências vividas em ambientes organizacionais, eles possuem conceitos distintos. Enquanto o clima organizacional abrange as percepções que os indivíduos compartilham acerca do ambiente organizacional onde estão inseridos, a cultura organizacional trata das premissas básicas e valores que norteiam a vida nesse ambiente. Sendo assim, o clima de segurança do paciente é o componente mensurável da cultura organizacional por meio de percepções e atitudes do indivíduo, em dado tempo (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

A cultura de segurança é um termo abrangente que consiste na maneira de planejar, estruturar e implementar a segurança do paciente em uma organização; representa os valores institucionais e as ações pertinentes à segurança (THE HEALTH FOUNDATION, 2011). O clima tem relação com as percepções que os indivíduos têm diante da forma que a organização lida com a questão da segurança. Sendo assim, com a mensuração do clima de segurança, pretende-se identificar percepções e atitudes dos profissionais frente às questões de segurança do paciente. Com a avaliação da cultura de segurança é possível compreender os valores e ações de segurança de uma organização, precisando para isso, de instrumentos confiáveis.

Quando questionários são utilizados para estudar percepções em grupo de pessoas em uma organização, o termo mais apropriado é clima, por ser mais facilmente mensurável. Em

grande parte das pesquisas não se alcança o objetivo de medir todos os aspectos da cultura, como comportamentos, valores e competências. Sendo assim, os leitores precisam ficar cientes que algumas publicações adotaram os dois termos alternadamente (SEXTON *et al.*, 2006).

Diante do exposto, a definição de clima de segurança a ser adotada nesta pesquisa é a de Sexton *et al.* (2006), em que este é componente mensurável da cultura de segurança, podendo ser avaliado através de instrumentos que mensuram as atitudes e percepções dos profissionais visando a segurança do paciente.

Existem fatores que influenciam no clima de segurança do paciente, por exemplo: a percepção dos profissionais em relação à gerência reflete o grau de aprovação das equipes acerca das decisões gerenciais; o trabalho em equipe expressa a qualidade da colaboração entre os profissionais; as condições de trabalho, a qualidade do ambiente de trabalho e apoio logístico e a satisfação no trabalho demonstram como as pessoas sentem-se positivas em sua experiência de trabalho (WENG; KIM; WU, 2017).

1.2 Segurança do paciente x Clima de segurança

A segurança do paciente é um componente crítico da qualidade do cuidado de saúde, sendo assim, mostra-se importante fortalecer a cultura de segurança nas organizações de saúde (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018). A definição de qualidade do cuidado, mais comumente utilizada, é do *Institute of Medicine* (IOM) do *Committee on Quality of Health Care in America*, que traz o grau em que os serviços de saúde aumentam a chance de atingir resultados desejados, de indivíduos e populações, e são consistentes com o conhecimento profissional vigente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Acredita-se que conceitos e métodos para analisar e monitorar riscos, erros e eventos adversos forneçam elementos fundamentais que possibilitam incorporar na cultura organizacional, ações e medidas preventivas e corretivas para a melhoria dos processos de trabalho, contribuindo para uma assistência segura nas instituições de saúde (LOURENÇÃO, 2015).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS/GM nº 529/2013, tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. De acordo com ele, a

investigação em segurança do paciente se concentra em cinco componentes: medir o dano; compreender as causas; identificar as soluções; avaliar o impacto e transpor a evidência em cuidados mais seguros (BRASIL, 2014).

Dentre seus objetivos específicos tem-se a intenção de produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente. Contempla-se também, entre as estratégias de implementação do PNSP, promover a cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, evitando os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013).

A Portaria MS/GM nº 529/2013 define cultura de segurança como uma cultura em que todos os trabalhadores, incluindo profissionais do cuidado e gestores, são responsáveis por sua própria segurança, pela segurança de colegas, pacientes e familiares; uma cultura que coloca a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que incentiva e recompensa a identificação, informação e solução de questões relacionadas à segurança; uma cultura de promoção do aprendizado organizacional por meio da ocorrência de eventos; e que fornece recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção eficaz da segurança (BRASIL, 2013a).

Uma pesquisa (THE HEALTH FOUNDATION, 2013) demonstrou que as taxas de incidentes e os índices de segurança estão interligados a cultura de segurança. Porém, poucos foram os estudos que buscaram prever incidentes futuros por meio de medidas de cultura (LOURENÇÃO, 2015).

1.3 Centro cirúrgico x clima de segurança

Os centros cirúrgicos são considerados ambientes de alto risco, com grande susceptibilidade a incidentes, com práticas complexas, interdisciplinares, de forte dependência da atuação individual e da equipe em condições dominadas por pressão e estresse (CARVALHO *et al.*, 2015). A cultura das equipes cirúrgicas é considerada rígida e resistente às mudanças (WEISER *et al.*, 2010), sendo a interação entre as equipes cirúrgicas, anestésica, de enfermagem e os serviços de apoio, um componente crítico do cenário cirúrgico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A capacidade de comunicação e negociação do enfermeiro de CC, com as diferentes categorias profissionais, são destacadas pela literatura, pelo poder de ajudar a dirimir os

conflitos e desenvolver estratégias de enfrentamento nas situações que ocorrem no cuidado perioperatório, assim como garantir um ambiente seguro para pacientes e profissionais (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018; OLIVEIRA; ROSA, 2015). Uma boa comunicação interprofissional é fundamental para redução do tempo total de exposição na sala de operação e otimização do serviço (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020).

As equipes de enfermagem e médica possuem formas distintas de se comunicar, sendo a enfermagem treinada para uma comunicação mais detalhada e holística, enquanto a médica é ensinada para comunicar-se de forma mais sucinta (FERNANDES *et al.*, 2020). A qualidade das informações trocadas entre as equipes cirúrgicas pode diminuir a ocorrência de incidentes e facilitar o esclarecimento de dúvidas dos profissionais, influenciando na segurança do paciente. Assim como também, uma boa relação da gerência com as equipes transmite confiança ao profissional e cria formas eficientes de solucionar possíveis problemas. Distanciando-se sempre de uma cultura punitiva e apropriando-se de uma postura de crescimento através do erro. É importante a detecção dos fatores estressores dos profissionais do CC, visto que, esse reconhecimento contribui para adoção de meios alternativos com intuito de não afetar a segurança do paciente no decorrer dos procedimentos anestésico-cirúrgico (FERNANDES *et al.*, 2020).

Sabendo que a abordagem cirúrgica pode ser, em alguns casos, a única solução para tratar ou atenuar agravos e até mesmo diminuir o risco de morte, acredita-se que os profissionais que nela atuam devam interagir e serem capacitados tanto científico, como tecnicamente, na intenção de proporcionar ao paciente um cuidado cirúrgico com qualidade e segurança. A OMS, visando melhorar a segurança cirúrgica, criou em 2007, uma lista de verificação como parte da iniciativa Cirurgia Segura Salva Vidas, que integra o segundo Desafio Global para Segurança do Paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Os riscos do ambiente cirúrgico associam-se para além do bom funcionamento dos equipamentos e materiais, como a organização do serviço, aos processos de trabalho dos profissionais do setor, que podem gerar consequências como realização de procedimentos em locais errados, injúrias traumáticas, retenção de instrumentos e compressas inadvertidamente nas feridas cirúrgicas e outros (FERNANDES *et al.*, 2020; LOURENÇÃO, 2015).

1.4 Instrumentos para avaliação de cultura de segurança: SAQ geral e SAQ/CC

O SAQ deriva do *Flight Management Attitudes Questionnaire* (FMAQ), instrumento utilizado na aviação há mais de 20 anos, para mensurar as atitudes dos tripulantes de voos, após pesquisadores perceberem que os acidentes aéreos envolviam aspectos interpessoais da tripulação, como trabalho em equipe, manifestação, liderança, comunicação e tomada de decisão colaborativa (CARVALHO *et al.*, 2015; SEXTON *et al.*, 2006).

Visto que certa parte do FMAQ demonstrava utilidade nos ambientes médicos, alguns aspectos foram mantidos para construção do SAQ. Foi através de discussões entre especialistas, que os novos itens foram acrescentados ao instrumento. O SAQ foi adaptado para ser aplicado em variados ambientes de cuidado, e expõe as atitudes do cuidador através de escalas climáticas de seis fatores, derivadas analiticamente: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção da gestão, condições de trabalho e reconhecimento do estresse.

O instrumento é composto por 60 itens e informações demográficas, como idade, sexo e experiência profissional. Possui uma única página e leva aproximadamente de 10 a 15 minutos para ser respondido. As respostas são na forma de escala tipo *likert*, com cinco graduações que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Os itens com palavras negativas são pontuados reversamente para que haja correspondência aos com palavras positivas. Sendo assim, quando o respondente assinala a opção “discordo totalmente” é atribuído valor da alternativa “concordo totalmente” e “discordo parcialmente” como “concordo parcialmente”.

Assim como o SAQ, o SAQ/CC também é dividido em três partes. A primeira parte abrange questões sobre a qualidade da comunicação e trabalho em equipe, em que o respondente pontua sobre a sua relação com cada membro da equipe elencada; já na segunda são assertivas referentes à segurança do paciente e questionando se a pesquisa foi respondida anteriormente; na terceira há informações demográficas como gênero, raça/etnia, categoria profissional, tempo de atuação, turno de trabalho e outros. No final do instrumento há um espaço aberto para que os participantes contribuam com três recomendações para melhoria da segurança do paciente no centro cirúrgico (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

O SAQ/CC é composto por 40 itens, divididos em seis domínios, em que as nomenclaturas foram escolhidas e adaptadas pelas pesquisadoras, com base na revisão de literatura e em estudos de adaptação cultural do SAQ para SAQ/OR internacionalmente, são

eles: clima de segurança, percepção da gerência, percepção do estresse, condição do trabalho, comunicação no ambiente cirúrgico e percepção do desempenho profissional (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

Os quatro primeiros domínios foram mantidos conforme no SAQ – versão genérica. Diante disso, o primeiro domínio, **clima de segurança** reflete a percepção dos profissionais perante as atitudes para segurança do paciente. O domínio a seguir, trata da **percepção da gerência**, logo, abarca a aprovação das ações dela frente às questões de segurança. O domínio **percepção do estresse** é o seguinte e representa como os fatores estressores afetam as tarefas de trabalho. O quarto e o quinto foram renomeados pelas pesquisadoras por serem compostos por itens que se referem ao ambiente cirúrgico.

Com isso, o quarto investiga sobre a **condição de trabalho** e relaciona-se com a percepção da qualidade do ambiente de trabalho. O quinto item é específico para o cenário cirúrgico, identificado como **comunicação no ambiente cirúrgico** e trata-se da qualidade da informação compartilhada entre os profissionais de saúde que interferem na segurança do paciente e funcionamento dos seus equipamentos.

A avaliação dos dados da primeira parte do questionário juntamente com os dados do quinto domínio permite a avaliação da comunicação e colaboração interprofissional desse ambiente. Importante lembrar da importância de uma comunicação efetiva para o processo de trabalho dos profissionais que atuam em dado cenário. Enfim, o sexto domínio é a percepção do **desempenho profissional**, também renomeado pelas pesquisadoras, seus itens tratam da repercussão do cansaço e da sobrecarga de trabalho no desempenho profissional (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018). Na tabela 1 explicitaram-se os itens de cada domínio.

Tabela 1 – Itens por domínio do SAQ/CC (continua)

Clima de Segurança

30. Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente

35. Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente

38. As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico

34. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno

Tabela 1 – Itens por domínio do SAQ/CC (continuação)

32. A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico

28. O moral neste Centro Cirúrgico é alto

29. A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho

Percepção da Gerência

6. A administração deste hospital apoia meus esforços diários

5. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho

7. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho

11. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar

14. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes

Percepção do Estresse

31. Sinto-me cansado quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho*

33. Eu me sinto exausto com o meu trabalho*

37. Sinto que estou trabalhando demais*

36. Sinto me frustrado com o meu trabalho*

Condição do Trabalho

17. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros

23. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico

22. Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho

18. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos

26. É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem

16. Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente

Comunicação no ambiente cirúrgico

19. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados

15. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais

Tabela 1 – Itens por domínio do SAQ/CC (conclusão)

envolvidos

9. A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente

10. A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico

Percepção do desempenho profissional

24. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado*

21. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado*

12. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência*

25. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis*

Legenda: *Itens reversos.

Fonte: LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018.

Um estudo turco (BAHAR; ÖNLER, 2020) aplicou o SAQ/OR para avaliar a atitude de segurança, apresentando os valores de alfa de *Cronbach* variando de 0,71 a 0,89 para a escala total e seus domínios, inferindo que a versão sueca é razoavelmente confiável e aceitável para medir o clima de segurança de pacientes na equipe cirúrgica. O estudo sugere que os dados do SAQ são o ponto de partida para orientar a necessidade e oportunidade de melhorar a qualidade e segurança do paciente (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

1.5 Centro cirúrgico e COVID-19

A OMS recebeu em 31 de dezembro de 2019, um alerta sobre diversos casos de pneumonia em Wuhan, na China. Referia-se a uma nova cepa de coronavírus ainda não detectado em humanos, tornando-se então a segunda principal causa de resfriado comum que até então não causavam doenças graves.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto do *SARS-CoV-2*, o coronavírus causador da doença COVID-19 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020) transformando-a em emergência de saúde pública de importância internacional, o mais alto alerta da OMS. Inicialmente, o novo coronavírus foi nomeado por 2019-nCoV, e em 11 de fevereiro de 2020 renomeado para *SARS-CoV-2*. Sendo em 11 de março de 2020, caracterizada como uma pandemia.

São sintomas comuns da COVID-19: febre, cansaço, tosse seca, dores musculares, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou pés. Geralmente são sintomas leves e de início gradual, que não necessitam de tratamento hospitalar, porém um em cada seis pessoas infectadas desenvolvem a forma grave da doença, apresentando dificuldade respiratória associada à febre e/ou tosse, necessitando assim de suporte hospitalar. Estas últimas manifestações são comumente encontradas nos chamados grupos de risco, formados por pessoas idosas e que possuem comorbidades como pressão alta, alterações cardiopulmonares, diabetes ou câncer (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

A literatura ainda diverge quanto ao período de incubação; estudos abordam sobre o surgimento dos primeiros sintomas entre 1 a 14 dias após o contato com o novo coronavírus (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020) ou 4 a 7 dias (LI *et al.*, 2020). Até o presente momento, sabe-se que a contaminação acontece através do contato direto e indireto (por fômites ou superfícies contaminadas) com secreções respiratórias e gotículas infectadas, expelidas quando a pessoa tosse ou espirra e até quando fala e entra em contato com as mucosas, porém pessoas assintomáticas também podem transmitir a doença.

São consideradas medidas protetivas para enfrentamento da COVID-19: adotar o distanciamento de no mínimo 1 metro, a lavagem constante das mãos com água e sabão, a desinfecção das mãos com solução alcoólica a 70% quando a anterior não for possível, a etiqueta social ao tossir e espirrar e o uso de máscaras de tecido ao sair de casa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Até 27 de fevereiro de 2021 foram confirmados 10.517.232 casos de COVID-19 no Brasil, no qual 54.221 evoluíram a óbito. Relevante trazer que até 1º de março de 2021, 39.510 casos da COVID-19 foram confirmados em profissionais de saúde por meio de dados do e-SUS Notifica. As profissões com maiores registros foram técnicos/auxiliares de enfermagem (11.779; 29,8%), seguidos de enfermeiros (6.747; 17,1%) e médicos (4.690; 11,9%). Até meados de fevereiro de 2021 existiam três principais variantes do SARS-CoV-2 sob vigilância em âmbito mundial (BRASIL, 2021a).

Dados mais atuais, da semana epidemiológica de 4 de fevereiro de 2022, informaram existência de cinco principais variantes que exigiam atenção mundial, atingindo 372.553.400 casos de COVID-19 no mundo, no qual o Brasil alcançou 25.214.622 casos confirmados de COVID-19 com 626.524 óbitos pela doença (BRASIL, 2022a).

A Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19 se iniciou em janeiro de 2021. Naquele momento, não havia disponibilidade de imunizante no mercado mundial para que toda a população nacional fosse vacinada. Sendo assim, grupos prioritários foram elencados com o objetivo de reduzir a morbimortalidade causada pela COVID-19 e proteger a força de trabalho para que os serviços de saúde e essenciais fossem mantidos (BRASIL, 2021b). Até fevereiro de 2022, no Brasil, as vacinas em uso foram AstraZeneca/Fiocruz, Sinovac/Butantan, Janssen e Pfizer/Comirnaty (BRASIL, 2022b).

Sabendo da circulação do vírus e do constante surgimento de variantes do *SARS-CoV-2*, em setembro de 2021, o MS incluiu a ampliação da dose de reforço com intuito de aumentar a resposta imunológica e ampliar a imunidade contra as variantes que geram grande preocupação. A dose de reforço significa a aplicação de uma dose a mais além do esquema de vacinação primário que pode ser de uma ou duas doses, a depender da vacina que foi aplicada inicialmente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021; BRASIL, 2021b, 2021c).

Embora, o avanço da vacinação em todo país tenha permitido grandes benefícios para a saúde pública, como redução significativa da ocorrência de casos graves e óbitos pela COVID-19 (BRASIL, 2021a), medidas não farmacológicas seguem essenciais para o enfrentamento da pandemia, como uso de máscaras, higienização das mãos e distanciamento social (BRASIL, 2021d).

Até meados da segunda semana de fevereiro de 2022, 28.701.641 pessoas foram vacinadas no estado do Rio de Janeiro, o que significa dizer que 78% da população maior de 12 anos foi imunizada (RIO DE JANEIRO, 2022). Em âmbito nacional, 151.535.535 pessoas estavam totalmente imunizadas, representando 70,54% da população total do país (VACINAÇÃO..., 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022)

Ao mesmo tempo em que a vacinação segue avançando em todo o país, a reinfecção por COVID-19 é também uma realidade em território nacional, por isso a necessidade da sistematização das informações, no intuito de obter dados que contribuam para a compreensão do cenário e adequação das atitudes de vigilância, medidas preventivas, controle e cuidado dos infectados (BRASIL, 2022a).

A testagem de todos os pacientes para COVID-19 inicialmente foi considerada inatingível a curto prazo, e insustentável a longo prazo, por perspectivas econômicas e logísticas (DEXTER *et al.*, 2020). Porém, o diagnóstico laboratorial foi se destacando como ferramenta essencial para confirmação de casos e principalmente para nortear estratégias de atenção à saúde, medidas de isolamento e biossegurança para os profissionais de saúde, em

face do exposto, os órgãos competentes se esforçam para garantir continuidade das testagens em todo o estado (BRASIL, 2022a).

Quando os cuidados de saúde são realizados em pacientes infectados pela COVID-19, eles podem dispersar núcleos de gotículas contendo o vírus causador da doença, os chamados aerossóis, que podem ficar suspensos no ar por longos períodos e distâncias, e serem inalados por pessoas que não estiverem utilizando equipamento de proteção individual (EPI) adequado. Externamente aos ambientes hospitalares, há investigação de relatos de surtos que ocorreram em locais fechados e com superlotação, sugerindo contaminação por aerossóis, porém a transmissão por gotículas e fômites também foi confirmada, associada ao espaço físico com contato próximo, a não higienização das mãos e não uso de máscaras nesses espaços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Após a determinação da pandemia, muitos hospitais necessitaram restringir severamente suas atividades cirúrgicas não urgentes. Tal conduta permitiu as unidades de saúde a realocarem os recursos que poderiam se tornar escassos, como EPI, recursos humanos, testes para diagnóstico da COVID-19, ventiladores e leitos de UTI; bem como proporcionar maior proteção e preservação da força de trabalho de saúde (PRACHAND *et al.*, 2020).

Porém casos eletivos essenciais, como cirurgias oncológicas ou relacionados a doenças benignas com alta capacidade de complicações ou sequelas se não realizadas, passavam por uma avaliação quanto ao risco e benefício para a possibilidade de realização do procedimento. Diante do novo cenário, as equipes cirúrgicas e os serviços de saúde devem revisar cuidadosamente cada caso até que garantam uma infraestrutura segura dos serviços de saúde, com capacidade de suportar as necessidades críticas para atendimento dos pacientes. Deve-se levar sempre em consideração, a situação epidemiológica local, a avaliação dos gestores quanto à capacidade de atender pacientes eletivos e a avaliação da equipe assistencial acerca da condição clínica do paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020; PRACHAND *et al.*, 2020).

Estudos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020; DEXTER *et al.*, 2020; TI *et al.*, 2020) indicam relevantes e necessárias adequações para o atendimento cirúrgico de casos suspeitos e confirmados da COVID-19. A virulência desse novo patógeno gerou preocupações de como proteger a equipe cirúrgica no caso de um paciente infectado necessitar de cuidados cirúrgicos urgentes (ARORA *et al.*, 2020). Adotar protocolos com medidas rigorosas de controle de infecção, que forneçam segurança para o transporte e para o cuidado seguro é essencial para uma resposta cirúrgica de sucesso nesse contexto atual

(ARORA *et al.*, 2020). Variadas recomendações foram publicadas para tal atendimento e serão pontuadas a seguir.

Uma característica estrutural ideal seria a existência de uma antessala com pressão negativa e espaço suficiente para colocação e retirada dos EPI (WAX; CHRISTIAN, 2020), e uma sala de cirurgia com ambiente de pressão neutra ou negativa de uso exclusivo. Tal exclusividade se aplica também aos equipamentos contidos nela (TI *et al.*, 2020). Quando a sala não possuir pressão negativa, recomenda-se desligar o ar-condicionado da sala cirúrgica durante os procedimentos produtores de aerossóis (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2020).

É interessante ter um profissional escalado externamente à sala de cirurgia, paramentado (TREVILATO, 2020), com o intuito de fornecer suprimentos e equipamentos necessários no decorrer do período perioperatório, assim como para encaminhar aos setores de suporte amostras de sangues e peças cirúrgicas, por exemplo. Conforme os profissionais deixam a sala de cirurgia, as luvas e aventais devem ser descartados e a higienização das mãos realizada, antes da saída. Os demais EPI devem ser removidos fora da sala cirúrgica. A recuperação pós-anestésica deve ocorrer dentro da sala de operação (DEXTER *et al.*, 2020) e novamente o caminho deve ser isolado para o retorno do paciente ao seu local de internação.

Antes da realização de qualquer procedimento em pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 é imperativo que haja EPI para toda equipe cirúrgica, ou seja, gorro descartável, óculos de proteção ou protetor facial, respirador ou máscara N95/PPF2 ou equivalente, capote ou avental impermeável com gramatura mínima de 30g/m², luvas que cubram o punho do avental, sapatos fechados e impermeáveis e que permitam desinfecção (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020; TREVILATO, 2020; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2020).

Para ter uma segurança garantida, o ideal é que o trajeto do paciente de sua unidade de origem ao CC esteja totalmente liberado, incluindo os elevadores. Durante a transferência, todos os profissionais envolvidos devem estar devidamente paramentados para tal com EPI adequados (TREVILATO, 2020). Deve-se sempre realizar a higienização das mãos antes da colocação e após a retirada dos EPI.

O carrinho de anestesia deve ser protegido para reduzir a contaminação do equipamento. O filtro trocador de calor e umidade e a cal sodada devem ser trocados a cada uso (TI *et al.*, 2020). Todos os medicamentos e equipamentos devem ser provisionados e

dispostos dentro da sala de cirurgia antes do início do procedimento. No momento da intubação, deve-se dar preferência ao método com maior chance de sucesso, dando prioridade sempre para anestésias regionais, as gerais, quando possível. Para manipulações dos equipamentos de ventilação, em pacientes intubados, é necessário o clampeamento do tubo endotraqueal com uma pinça para evitar aerossolização. Todo e qualquer equipamento necessário e de suprimento limitado, precisa ser rigorosamente limpo após o uso.

São considerados procedimentos com potencial risco de aerossolização a intubação orotraqueal; cirurgias de cavidade oral, faringe, laringe e tórax; cirurgias abdominais com acesso ao trato gastrointestinal, laparoscópicas ou abertas, entre outras. Logo, nesses casos é imprescindível que a equipe disponha de respiradores ou máscaras N95 ou equivalente.

Deve haver um espaçamento mínimo de algumas horas entre cada procedimento cirúrgico, variando de uma (TI *et al.*, 2020) a duas horas (DEXTER *et al.*, 2020), de acordo com a literatura. Essa pausa é necessária para que o mobiliário, equipamentos e tudo envolvido no cuidado cirúrgico passe pelo processo de descontaminação. É indicada a limpeza terminal dos equipamentos e superfícies com desinfetantes que contenham um composto de amônio quaternário e álcool (DEXTER *et al.*, 2020).

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)/ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção por agente biológicos de risco 3, com transmissão de alto risco individual e moderado para a comunidade devem ser acondicionados em saco branco leitoso, em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com abertura sem contato manual e identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. O novo coronavírus pode ser enquadrado como tal e segue o referido descarte.

O patógeno viral sobrevive por vários dias em superfícies ambientais. Em materiais comumente encontrados nas salas de cirurgia, como aço inoxidável e plástico, por exemplo, o da COVID-19 pode durar pelo menos três dias (VAN DOREMALEN *et al.*, 2020). Os itens descartáveis não utilizados devem ser considerados contaminados, logo precisam ser desprezados. É aconselhável que os profissionais tomem banho antes de retomar suas atividades laborais (TI *et al.*, 2020).

Embora a lavagem das mãos seja considerada uma importante medida preventiva, não é suficiente para o controle da disseminação da COVID-19. Uma abordagem multimodal é indicada para reduzir a transmissão intraoperatória dos patógenos de alto risco, sendo assim, deve envolver além de uma melhor higiene das mãos, uma melhor frequência e qualidade da

limpeza ambiental, um melhor cuidado vascular, melhor descolonização do paciente e uma otimização na vigilância (DEXTER *et al.*, 2020).

Um estudo da universidade de Iowa (DEXTER *et al.*, 2020), sugere que pacientes conhecidos e/ou com risco de exposição (os suspeitos) passem por descontaminação com clorexidina no pré-operatório, duas doses de iodopovidona nasal 1 hora após a incisão e enxágue bucal com clorexidina. Tal abordagem pode acontecer após a incisão ou em casos de emergência, ao estabilizar o paciente. Essa conduta visa proteger os pacientes e possíveis transmissores, pois os agentes das soluções têm vasta atividade contra bactérias e vírus.

Visando uma boa gestão em meio ao cenário pandêmico, é aconselhável adotar um número mínimo possível de profissionais trabalhando diariamente na sala cirúrgica (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020; PRACHAND *et al.*, 2020). Tal atitude contribui para a redução do uso de máscaras cirúrgicas, e para poupá-los pensando em momentos mais críticos quando muitos deles poderão estar infectados, além da menor exposição potencial desses profissionais ao patógeno viral, reduzindo risco de transmissão do paciente para equipe cirúrgica, bem como entre os membros da equipe, visto a incapacidade de manter o distanciamento no cenário intraoperatório (PRACHAND *et al.*, 2020).

Importante também, adotar medidas de cuidados relativos à saúde mental das equipes de saúde inseridas no cenário atual, e atentar-se a transtornos mentais como “Síndrome de *Burnout*”, transtorno de ansiedade e depressão. Os profissionais com fatores de risco para tal devem ser acolhidos pela equipe e ter assistência oferecida (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020).

2 CULTURA DE SEGURANÇA NO CENTRO CIRÚRGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

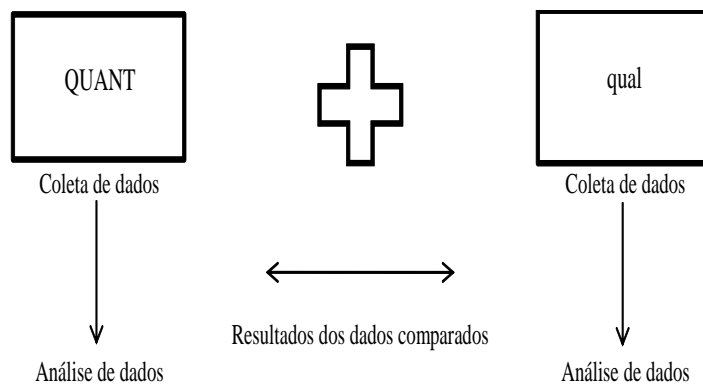
Consta no Apêndice A, artigo científico produzido pela autora da presente pesquisa como revisão de literatura para construção do estudo em questão. Esta produção é pré-requisito para defesa de dissertação de mestrado do programa de pós-graduação.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

O estudo é uma pesquisa de métodos mistos, com estratégia de triangulação concomitante (Figura 1). A pesquisa quantitativa é de natureza transversal, exploratória-descritiva e o estudo qualitativo de caráter descritivo, com coleta de dados simultânea.

Figura 1 – Diagrama da estratégia de triangulação concomitante.



Legenda: QUAN- Abordagem quantitativa / qual- Abordagem qualitativa.

Fonte: A autora, 2021 adaptado de CRESWELL, 2010.

A pesquisa de métodos mistos surge como um novo paradigma científico que permite aprofundar a compreensão sobre questões de saúde complexas para a melhoria do cuidado humano (DE OLIVEIRA, 2020; DE OLIVEIRA; DE MAGALHÃES; MATSUDA, 2018). Diante do que foi contextualizado no decorrer do estudo, a opção pelo método misto se dá pela complexidade da investigação do clima de segurança e possibilidade de realizar um estudo robusto associando instrumento validado e a percepção da equipe multiprofissional.

3.1.1 Desenho de pesquisa quantitativo e qualitativo

Sabe-se que o enfoque da pesquisa quantitativa é medir variáveis, realizar inferências e produzir análises estatísticas. No entanto, no estudo qualitativo intenciona-se obter dados que podem ser conceitos, percepções, imagens mentais, crenças, emoções, experiências, vivências, dentre outros, manifestadas pelas linguagens dos participantes, podendo acontecer de forma individual ou grupal e com isso, pode-se analisar e compreender os dados gerados e enfim, produzir conhecimento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Diante de um estudo transversal, utilizou-se como suporte a ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE®) (VON ELM E, ALTMAN DG, EGGER M, POCOCK SJ, GOTZSCHE PC, [s.d.]). O caráter descritivo-exploratório, exposto por meio de uma abordagem qualitativa, possibilitou compreensão dos dados subjetivos. Em função da abordagem qualitativa, utilizando a entrevista, adotou-se os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ): *a 32-item checklist for interviews and focus groups* (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). O item 23 do *checklist* trata sobre a devolução das transcrições aos participantes para comentários e/ou correções, nessa pesquisa após transcritas, as entrevistas foram ouvidas novamente com intuito de que nenhuma informação fosse suprimida.

Em um estudo transversal coletam-se em um único momento os dados, como se fosse uma fotografia de algo que acontece. A intenção desse desenho de estudo é descrever, analisar e inter-relacionar as variáveis em determinado momento podendo abranger vários grupos ou subgrupos de pessoas, distintas comunidades, e até objetos, indicadores, situações e eventos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A proposta do desenho transversal exploratório é iniciar a exploração de um momento específico, sendo assim são utilizados para conhecer problemas de pesquisa novos ou pouco conhecidos. Normalmente, antecedem as pesquisas com alcance descritivo. No desenho transversal descritivo tem-se a intenção de verificar a incidência de modalidades, categorias ou níveis de uma ou mais variáveis em uma população e com isso, proporcionar sua descrição.

A literatura diz que, se a partir de uma revisão bibliográfica determina-se que não existem antecedentes sobre o tema ou que estes não são aplicáveis ao contexto no qual irá se desenvolver o estudo, logo a pesquisa deverá ser iniciada com caráter descritivo. Justifica-se com isso, ser também o caráter inicial dessa pesquisa, por existir pouca evidência de estudos

de clima de segurança do cenário de estudo. Seguindo essa lógica, por não existir antecedentes sobre o fenômeno, justifica-se adotar também um caráter exploratório (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

3.1.2 Desenho de pesquisa de método misto

A abordagem de pesquisa por método misto investiga através de combinação ou associação das formas qualitativas e quantitativas, integrando as duas abordagens no mesmo estudo, permitindo melhor entendimento do problema de pesquisa (CRESWELL, 2010). Esses métodos se complementam, na medida em que representam palavras e números, consideradas as duas linguagens básicas para a comunicação humana (LORENZINI, 2017). O potencial de um método pode compensar as deficiências do outro, bem como, os pontos fortes de um podem intensificar os do outro. O uso de várias fontes de dados fornece mais evidências para estudar o problema do que adotar uma única estratégia de coleta de dados (CRESWELL, 2010).

Existem três estratégias gerais de investigação de métodos mistos, com múltiplas variações. De acordo com Creswell, as principais são: (CRESWELL, 2010)

- a) procedimento de métodos mistos sequenciais, em que o pesquisador procura com o auxílio de um dos métodos, elaborar ou expandir os achados do outro. Podendo então, unir os achados qualitativos e quantitativos em um grande banco de dados ou usar os resultados lado a lado para reforçá-los;
- b) procedimento de métodos misto transformativos, em que o pesquisador adota uma teoria como perspectiva ampla com os dois tipos de dados;
- c) procedimentos de métodos mistos concomitantes, em que o pesquisador converge ou mistura os dois tipos de achados e faz uma análise abrangente do problema de pesquisa.

É importante considerar quatro aspectos que influenciam no planejamento dos procedimentos para um estudo de métodos mistos, são eles (CRESWELL, 2010):

- a) a distribuição do tempo na coleta dos dados: que se realizada em fases, diz-se, sequencial, e quando se dá ao mesmo tempo, concomitante;
- b) a atribuição ou a prioridade a ser atribuída à pesquisa qualitativa ou quantitativa: em alguns estudos o peso pode ser igual, em outros pode ser

priorizado um ou outro. Essa priorização varia de acordo com o interesse do pesquisador, do público do estudo e do foco do estudo;

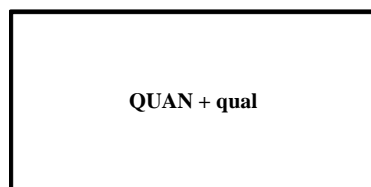
c) a combinação dos dados: pode ocorrer na coleta, na análise, na interpretação dos dados ou até mesmo nas três fases. Na combinação por conexão, os dados estão interligados de uma extremidade (análise de dados) à outra (coleta de dados); na integração, os dados qualitativos podem ser transformados em contagens, comparando-os aos quantitativos através de análises estatísticas; e por fim, na incorporação, uma forma de dados é dita principal e a outra é utilizada como apoio para o estudo;

d) perspectivas de teorização ou transformação: refere-se a uma perspectiva teórica maior que guia todo o projeto de pesquisa. É comum os pesquisadores levarem para suas investigações, teorias, estruturas e palpites que podem estar explícitas ou implícitas e não mencionadas em um estudo de métodos mistos.

Com intuito de melhor esclarecer o fluxo de atividades, o pesquisador pode apresentar um modelo visual da estratégia (Figura 1) e uma notação (Figura 2), que utiliza símbolos abreviados para comunicar aspectos da pesquisa e os procedimentos adotados pelo pesquisador. Na notação de métodos mistos, a simbologia “Quan” e “Qual” representam quantitativo e qualitativo, respectivamente; o peso é representado pelo emprego das letras maiúsculas e o símbolo “+” indica que a coleta de dados acontecerá de forma simultânea (CRESWELL, 2010).

Frequentemente, na estratégia de triangulação concomitante prioriza-se um método, quantitativo ou qualitativo. Sendo assim, ilustra-se a seguir a notação da estratégia que será adotada nesse estudo (Figura 2).

Figura 2 – Notação da estratégia de triangulação concomitante



Legenda: QUAN- Abordagem quantitativa / qual- Abordagem qualitativa
 Fonte: A autora, 2021 adaptado de CRESWELL, 2010.

A estratégia escolhida é considerada a mais popular e tem a vantagem de poder gerar resultados bem validados e substanciados. Por adotar uma coleta de dados concomitante,

consome menos tempo do pesquisador do que as abordagens sequenciais. Apesar disso, exige esforço e perícia do pesquisador devido à utilização de duas abordagens de pesquisa separadas. Exige também habilidade para comparar diferentes resultados advindos de coletas de métodos distintos. No processo de análise é possível comparar os dois bancos de dados para determinar se há convergência, diferenças ou combinações.

Ainda que recente, deve-se destacar que, a utilização de métodos mistos em inquéritos em serviços de saúde é crescente. Sua empregabilidade incorre na busca por inferências aprofundadas sobre determinados fenômenos de pesquisa, as metainferências; permite responder, no mesmo estudo, às questões "quantos" e "por que", podendo diante disso, serem profícuos aos problemas de pesquisa científica da enfermagem, uma vez que possibilita investigar com maior profundidade os objetos de estudo da disciplina, carregados por vasta densidade de informações a serem exploradas (COOPER; PORTER; ENDACOTT, 2011; DE OLIVEIRA; DE MAGALHÃES; MATSUDA, 2018).

Dessa forma, espera-se que a triangulação de forma concomitante dos dados nessa pesquisa possibilite o entendimento ampliado dos resultados dos domínios do SAQ/CC e do clima de segurança do cenário de estudo, em tempos de pandemia da COVID-19.

No intuito de fortalecer o rigor metodológico da pesquisa, adotou-se o uso da ferramenta *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), criada para avaliação de estudos de métodos mistos na área de saúde, inclusive a enfermagem (DE OLIVEIRA *et al.*, 2021). O quadro 1 sumariza os cinco critérios da MMTA (HONG *et al.*, 2018) para avaliar o presente estudo misto.

Quadro 1 - Atendimento aos critérios avaliativos da MMAT. Rio de Janeiro, 2022 (continua)

| | |
|------------------|---|
| 1) Justificativa | O estudo usa dois métodos combinados para compreender melhor o clima de segurança do paciente do ambiente cirúrgico de um hospital universitário em tempos de pandemia da COVID-19 pela percepção da equipe multiprofissional. |
| 2) Integração | Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados separadamente, em seguida, os resultados de ambos foram comparados para que diferenças e semelhanças fossem apresentadas na seção de interseção dos dados, em forma de tabela. |

Quadro 1 - Atendimento aos critérios avaliativos da MMAT. Rio de Janeiro, 2022 (conclusão)

| | |
|------------------|--|
| 3) Interpretação | Os resultados quantitativos identificaram clima de segurança frágil no ambiente estudado. Os qualitativos compreenderam a percepção do desempenho profissional que esteve presente em diversas categorias da análise qualitativa. A avaliação comparativa dos dados quantitativos e qualitativos enriqueceram os resultados da pesquisa. |
| 4) Divergências | Os dados quantitativos revelaram que o domínio com melhor avaliação foi ‘Comunicação do ambiente cirúrgico’ e pior foi ‘Percepção do desempenho profissional’. Dos qualitativos, a maior prevalência das falas deu-se no domínio ‘Condição de trabalho’ e a menor, ‘Comunicação do ambiente cirúrgico’. O que foi percebido por meio das análises estatísticas dos dados quantitativos não corroboram os dados qualitativos. |
| 5) Aderência | A pesquisa cumpre os critérios para estudo quantitativo descritivo e os critérios para o componente qualitativo. |

Fonte: A autora, 2022.

3.2 Cenário do estudo

A coleta de dados aconteceu em um hospital universitário do município do Rio de Janeiro, de médio porte, que oferece atendimentos de nível básico, médio e de alta complexidade, com total de 236 leitos. Seus atendimentos são via Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter cirúrgico e clínico, nas especialidades de ginecologia e obstetrícia, neurocirurgia, cirurgia torácica, oftalmologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, endocrinologia, gastroenterologia, nefrourologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, dermatologia, neonatologia, neurologia, pneumologia, geriatria, hematologia, cardiologia, ambulatório de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e oncologia.

Em cuidados avançados, o serviço conta com um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) adulto, uma Unidade de Tratamentos Intensivos (UTI) II para cuidados com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)-COVID-19, uma UTI neonatal e três Centros Cirúrgicos

(CC), um geral, um obstétrico e um ortopédico, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2020).

No centro cirúrgico do cenário de estudo são realizadas cirurgias de neurocirurgia, urologia, ginecologia, cabeça e pescoço, otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgia geral convencional e videolaparoscópica, proctologia, ortopedia, vascular e plástica. Devido a obras no centro cirúrgico ortopédico, tal clínica desenvolve, atualmente, suas atividades no centro cirúrgico geral. Este possui seis salas de cirurgia, sendo uma exclusiva para procedimentos com anestesia local, uma com os equipamentos específicos de uso da oftalmologia, mas que por eventualidade também pode ser utilizada por outras especialidades e uma comumente utilizada pela neurocirurgia, pois comporta o equipamento para as microcirurgias dessa especialidade. Em média são realizadas 324 cirurgias/mês.

3.3 População e amostragem

A população da pesquisa constitui-se por todos os profissionais que compõem o cenário de estudo. A amostra foi aleatória, composta pela equipe multiprofissional atuante do CC em tempos de pandemia da COVID-19, a qual é formada por 41 cirurgiões *staffs*, 62 residentes de cirurgia, 38 médicos *staffs* de anestesia, 13 residentes de anestesia, 5 enfermeiros, 43 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, 1 instrumentador cirúrgico, 2 técnicos de farmácia, 1 auxiliar administrativo, 2 maqueiros e 4 auxiliares de apoio e limpeza, totalizando 214 profissionais.

Os critérios de inclusão foram: profissionais lotados e atuantes no CC durante a pandemia da COVID-19, de interação direta ou indireta com pacientes e, conforme orientação do próprio instrumento, com carga horária mínima de 20 horas/semanais no setor durante a coleta de dados e com vivência maior de 1 mês no CC do estudo. Os critérios de exclusão foram profissionais afastados das atividades laborais, por licença ou férias. Os questionários com mesmo padrão de resposta do início ao fim foram excluídos da análise.

3.3.1 Fase quantitativa

Com base na população total do cenário de estudo (n=214) fez-se o cálculo amostral, adotando um nível de confiança de 95% e perda amostral de 5%. Sendo assim, o número da amostra foi de 137 trabalhadores, após cálculo realizado pelo aplicativo Epi Info (APÊNDICE B). No entanto, obteve-se participação de 144 profissionais.

3.3.2 Fase qualitativa

Os critérios de inclusão dessa etapa foram: os profissionais que participaram da fase quantitativa. Adotou-se a amostragem não probabilística por conveniência, na qual foi possível selecionar os participantes que melhor contribuiriam com o pesquisador para entender o problema e a questão de pesquisa (CRESWELL, 2010). Foi garantida a participação de todas as categorias profissionais atuantes no CC. O total de entrevistados foi definido pela saturação dos dados, que se aplica quando a adição de novas informações e/ou elementos não modificam a compreensão do fenômeno estudado (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Por fim, participaram 24 profissionais na etapa das entrevistas.

3.4 **Instrumentos de coleta de dados**

3.4.1 Fase quantitativa

Utilizou-se um questionário autoadministrado que é considerado de fácil aplicação, baixo custo e exige pouco tempo do participante (LISTYOWARDOJO *et al.*, 2017). A escolha pelo instrumento deu-se após pesquisa bibliográfica que evidenciou a existência de um instrumento específico para avaliar a cultura de segurança do CC. O SAQ/CC (ANEXO A e B) é dividido em três partes, respondido por uma escala tipo *likert* na parte um e dois. Na primeira, os graus da escala estão dispostos assim: “Muito Ruim”, “Ruim”, “Adequada”,

“Boa”, “Muito Boa”, “Não se Aplica”, e as questões tratam da qualidade da comunicação e colaboração entre os profissionais que atuam no CC. Essa parte reflete a relação dos participantes com cada categoria profissional.

A segunda parte é composta por 40 questões sobre a segurança do paciente, dentre elas, há assertivas redigidas negativamente de forma intencional. Os graus da escala são definidos como: “Discordo Totalmente”, “Discordo Parcialmente”, “Neutro”, “Concordo Parcialmente”, “Concordo Totalmente” e “Não se Aplica”; e uma assertiva questionando se a pesquisa já havia sido respondida em outro momento.

Para análise dessa parte do questionário, primeiramente, os itens negativos foram revertidos, com isso, as respostas preenchidas com “Discordo totalmente” passam a ser “Concordo totalmente”, seguindo assim em todos os itens. Posteriormente, os itens foram agrupados em domínios, conforme tabela 2, e a pontuação de cada um deles dar-se-á por cálculo da média da soma, ou seja, foi feita a soma dos itens de cada domínio e o resultado, dividido pelo número de itens do domínio.

As pontuações são: “Discordo totalmente” – 0 ponto, “Discordo parcialmente” – 25 pontos, “Neutro” – 50 pontos, “Concordo parcialmente” – 75 pontos e “Concordo totalmente” – 100 pontos. Novamente a alternativa “Não se aplica” não gera pontuação.

Tabela 2 – Domínios do SAQ/CC

| Domínios do SAQ/CC* | Quantidade de itens |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Clima de segurança | 7 |
| Percepção da Gerência | 5 |
| Percepção do Estresse | 4 |
| Condição de trabalho | 6 |
| Comunicação no ambiente cirúrgico | 4 |
| Percepção do desempenho profissional | 4 |

Legenda: SAQ/CC - Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico.
Fonte: LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018.

O escore da escala varia de 0 a 100 pontos, em que valores maiores ou iguais a 75 são considerados uma percepção positiva da segurança do paciente. Logo, 0 representa a pior percepção e 100 a melhor percepção.

Importante ressaltar que das 40 assertivas do instrumento, 30 estão inseridas nos seis domínios do questionário. Os itens excluídos pela idealizadora do instrumento foram

agrupados em fatores numerados como 7, 8, 9, 10, 11 e 12 e merecem ser considerados em novos estudos para determinar se devem ser incorporados a algum domínio (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

Compõe a terceira parte, informações demográficas como cargo, regime de trabalho, turno de atuação, tempo de experiência profissional no setor, tempo de atuação na unidade, idade, gênero, raça/etnia e país de nascimento. Finalizando o instrumento, um espaço com respostas abertas é disponibilizado aos participantes para que redijam três recomendações possíveis para melhorar a segurança do paciente no centro cirúrgico.

3.4.2 Fase qualitativa

Nessa etapa utilizou-se um roteiro semiestruturado para entrevista (APÊNDICE C), com seis perguntas abertas idealizadas pela pesquisadora, a partir dos domínios do instrumento do SAQ/CC. Intenciona-se com essa etapa compreender os domínios de clima de segurança da equipe multiprofissional diante da pandemia da COVID-19.

3.5 **Coleta de dados**

Inicialmente, solicitou-se autorização à coordenação da unidade de saúde e do chefe de serviço para realização do presente estudo (ANEXO C e D). Os dados foram coletados de fevereiro a maio de 2021, em todos os turnos de trabalho dos participantes, presencialmente pela pesquisadora, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Previamente, contactou-se a coordenação do cenário de estudo a fim de explicitar os objetivos da pesquisa e definir os melhores horários para realização das etapas quantitativas e qualitativas.

A pesquisadora principal é formada em enfermagem e atuava no cenário de estudo, durante a pesquisa, como técnica de enfermagem e instrumentadora cirúrgica. Em vista disso, já possuía uma relação com os participantes, facilitando a abordagem, explicitação dos objetivos e motivação da pesquisa.

3.5.1 Fase quantitativa

Consequente à aprovação e à abordagem da pesquisadora principal, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa. Após explicação dos objetivos do estudo, prosseguiu-se com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO E) e, somente depois, oferecido o instrumento de coleta de dados impresso. Os mesmos foram recolhidos e armazenados, posteriormente, em envelopes codificados pela sequência numérica das devolutivas.

3.5.2 Fase qualitativa

A literatura pontua que as entrevistas são estratégias úteis, visto que os participantes podem fornecer informações históricas e possibilita ao pesquisador controle quanto ao direcionamento do que se deseja coletar. Porém há limitações, uma vez que proporciona informações filtradas pelo ponto de vista do entrevistado. A presença do pesquisador pode influenciar nas respostas e nem todos os participantes possuem articulação e percepção que facilite o desenvolvimento da estratégia (CRESWELL, 2010).

A avaliação do clima de segurança por métodos mistos fornece resultados mais significativos e direcionados, permitindo que os líderes determinem as prioridades e ajustem as melhorias para aumentar o impacto das intervenções (LISTYOWARDOJO *et al.*, 2017).

As entrevistas aconteceram presencial e individualmente, no cenário do estudo, em sequência a devolutiva do questionário da fase quantitativa, após aceite para gravação de voz no TCLE (ANEXO E). As entrevistas foram gravadas em dispositivo digital, com duração em torno de 15 a 20 minutos. Considerando o momento pandêmico, foi respeitado o distanciamento de 1,5 metros entre pesquisadora e participante, assim como ambos utilizaram máscara facial durante toda coleta.

3.6 Análise dos dados

3.6.1 Fase quantitativa

Os dados quantitativos foram inseridos manualmente em uma planilha eletrônica (*Microsoft Excel*®) e depois, inseridos no programa R, versão 4.1.0. Para confiabilidade do instrumento foi realizado o alfa de *Cronbach*.

Foi utilizada a estatística descritiva para análise das variáveis numéricas e categóricas. Para descrição do perfil dos profissionais, as variáveis numéricas (tempo de experiência no setor, tempo de trabalho na unidade, idade e os domínios do instrumento) foram apresentadas em seus valores absolutos, média, mediana, desvio padrão, limite inferior e superior. As variáveis categóricas (cargo, equipe, regime de trabalho, etnia, turno e sexo) foram apresentadas em suas frequências absolutas e relativas. Os resultados foram apresentados em tabelas.

3.6.1.1 Cálculo para análise dos dados sobre a qualidade da comunicação e colaboração entre os profissionais do centro cirúrgico

Essa etapa foi analisada por estatística simples, segundo recomendações do próprio instrumento SAQ/CC (LOURENÇÃO, 2015). Com o cálculo desses resultados é possível indicar a qualidade da comunicação de cada categoria profissional em relação aos outros profissionais. As pontuações se dão da seguinte forma: “Muito ruim” – 0 ponto, “Ruim” – 25 pontos, “Adequada” – 50 pontos, “Boa” – 75 pontos e “Muito boa” – 100 pontos, a alternativa “Não se aplica” não gera pontuação.

3.6.1.2 Análise dos dados referentes ao clima de segurança

Os escores de pontuação total e de cada domínio do questionário SAQ/CC, assim como os valores de cada domínio apresentados pelas equipes médica e de enfermagem, foram

avaliados em seus valores absolutos, e as medidas de tendência em central, média e desvio padrão. Os itens em branco e “não se aplica” foram desconsiderados da análise. O preenchimento do checklist foi definido como incompleto e logo desconsiderado, quando todos os itens estavam com a mesma resposta para todas as questões. Os valores-p do teste de *Shapiro-Wilk* foram calculados para demonstrar os resíduos de cada variável na relação com a equipe.

A comparação dos domínios entre as equipes foi feita com os testes *Student's t-test*, *Wilcoxon-Mann-Whitney* ou *Brunner-Munzel*. A normalidade residual foi avaliada com o teste de *Shapiro-Wilk* e a homocedasticidade (variância igual/comum) com o teste de *Levene*. Foi considerada associação significativa se $p < 0,05$.

O coeficiente de correlação de *Pearson* foi calculado para quantificar a força de associação entre as variáveis idade e tempo de experiência, com os domínios de clima. Assumindo que correlação é um número entre -1 e 1, quanto mais perto dos extremos, mais forte é a correlação e zero é a ausência de relação entre elas. Valores positivos indicam que quanto maior uma variável, maior a outra, enquanto para coeficientes negativos, quanto maior uma variável, menor a outra.

3.6.2 Fase qualitativa

Nas pesquisas qualitativas, a análise de conteúdo é amplamente eficaz, visto que esse método pode explicar dados subjetivos intimamente relacionados a essa pesquisa. Essa técnica utiliza a sistematização para organizar as informações levantadas na coleta de dados, com a finalidade de entender se a mensagem se refere à comunicação oral ou não verbal (SILVA *et al.*, 2013). Dada estratégia não deixa de ser uma análise de significados, em que se faz uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações e de suas interpretações (SANTOS, 2012).

Para organização dos dados qualitativos, todas as entrevistas foram transcritas integralmente, pela autora principal, e posteriormente revisadas para que nenhuma fala fosse suprimida. Para tal, utilizou-se um software de edição de texto (*Microsoft Office Word*®) no qual cada entrevista foi identificada por números, de acordo com a ordem de execução e no propósito de garantir o anonimato dos participantes, que foram identificados por códigos de acordo com as equipes profissionais, a saber: ENF refere-se à equipe de Enfermagem; CIR, de

Cirurgia; ANEST, de Anestesiologia; e AP, ao profissional de Apoio. Na sequência, os dados sofreram uma análise de conteúdo e foram interpretados de acordo com as categorias temáticas.

A análise de conteúdo seguiu as ideias de *Laurence Bardin*, que utiliza um procedimento sistemático e objetivo para descrever o conteúdo das mensagens obtidas através de diferentes formas de comunicação. As três etapas são: 1) Pré-análise; 2) Exploração do Material e 3) Interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

Na etapa de pré-análise, as entrevistas foram transcritas a fim de gerar uma apresentação e identificar fatores como exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Na etapa seguinte, desenvolveu-se um estudo mais rigoroso do material para uma codificação elaborada, ou seja, foram formadas unidades de registros (UR) através do recorte de trechos das transcrições. Essas UR possibilitaram uma contagem do material, com identificação de ausência, presença e frequência que um assunto emerge entre os participantes do estudo (BARDIN, 2011; SANTOS, 2012).

Seguindo as etapas, as UR foram nomeadas conforme as temáticas as quais se referiram, originando as unidades de significação (US). Diante delas, agruparam-se em pré-categorias a partir de suas semelhanças, constituindo as categorias finais. Para o processo de escolha de categorias pode-se adotar critérios semânticos (temas), sintáticos (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras) e expressivo (variações na linguagem e escrita).

A referida etapa se deu por meio de planilhas do *Microsoft Office Excel®*, possibilitando realizar a interpretação dos dados. Sendo assim, a partir da fundamentação teórica e achados da literatura, os dados foram analisados e interpretados com uma perspectiva mais ampla, no intuito de identificar semelhanças e diferenças tendo como base outros estudos (BARDIN, 2011; SANTOS, 2012).

3.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição Proponente com CAAE: 40571920.1.0000.5258 e parecer de aprovação número 4510572 (ANEXO F), e também pelas instâncias administrativas e de Enfermagem da Instituição (ANEXO C e D). A coleta de dados iniciou-se somente após todas as partes envolvidas

manifestarem deferimento para a execução da pesquisa, conforme cronograma (APÊNDICE D). O termo de compromisso com a Instituição consta no Anexo G.

A coleta ocorreu mediante aceite do profissional e assinatura do TCLE. As dúvidas foram sanadas pelo pesquisador, assim como os objetivos da pesquisa explicitados. Contudo, foram seguidas as determinações da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013) e da Resolução 510/2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todos os dados foram preservados e analisados de forma sigilosa e científica. Os instrumentos de pesquisa serão armazenados em envelope lacrado, em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos e, posteriormente, inutilizados; as transcrições das entrevistas também serão armazenadas. Destaca-se que o material gravado em áudio nas entrevistas foi inutilizado.

O financiamento dessa pesquisa foi da própria pesquisadora e não representou ônus para a instituição pesquisada (APÊNDICE E). Após a conclusão, será enviado um exemplar da pesquisa ao hospital pesquisado e ao CEP.

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados conforme os objetivos da pesquisa. Para melhor elucidação dos resultados a exposição dos dados será realizada separadamente, sendo apresentados os resultados quantitativos e qualitativos, sequencialmente.

4.1 Dados quantitativos

Neste tópico apresentam-se os resultados da fase quantitativa, obtidos por meio do SAQ/CC. Os dados foram organizados em subitens: Caracterização da amostra; Qualidade da comunicação dos profissionais; Domínios de clima de segurança do SAQ/CC global e entre as equipes de saúde; Correlação dos domínios de clima de segurança com idade e tempo de experiência na especialidade.

Os achados da presente pesquisa demonstraram a confiabilidade do instrumento, que apresentou o valor geral de *alpha de Cronbach* de 0,717 e para cada um dos seis domínios, respectivamente, “Clima de segurança” de 0,784, “Percepção da gerência” de 0,669, “Percepção do estresse” de 0,757, “Condição de trabalho” de 0,708, “Comunicação” de 0,616 e “Percepção do desempenho profissional” de 0,770.

4.1.1 Caracterização da amostra

Participaram do estudo 144 profissionais do centro cirúrgico universitário. No que diz respeito às características sociais e demográficas, 73 (50,69%) profissionais eram do sexo masculino, ou seja, a maioria da equipe; quanto à idade, 75 (52,08%) tinham menos de 39 anos, 63 (43,75%) ≥ 39 anos. O limite inferior de idade foi de 24 anos e superior de 70 anos, média de 39,75 (dp \pm 10,22) e mediana de 38. Em relação à raça, 93 (64,58%) declaram-se brancos, 30 (20,83%) pardos, 19 (13,20%) pretos, 1 (0,69%) amarelo e 1 (0,69%) indígena.

A equipe profissional que prevaleceu no estudo foi à médica (cirurgiões, residentes de cirurgia, anesthesiologistas e residentes de anestesia) com 92 profissionais (63,89%), seguidos da equipe de enfermagem (enfermeiro, enfermeiro chefe, instrumentador e circulante de sala e equipe técnica de enfermagem da RPA) com 48 (33,33%) e equipe de apoio (equipe de higiene, auxiliar administrativo e técnico de farmácia) com 4 (2,78%). Destaca-se que o cargo com maior representatividade foi de instrumentadores e circulantes de sala, com 38 profissionais (26,39%).

Em relação ao turno de trabalho houve predomínio do integral com 69,44% (n=100). Quanto ao tempo de experiência na especialidade, 55,56% (n=80) trabalham em centro cirúrgico há menos de 10 anos. A cerca do tempo de atuação no hospital, 73, 61% atuavam na instituição havia menos de sete anos (n=106). O regime de trabalho predominante é o Regime Jurídico Único (RJU) com 38,19% (n=55). A caracterização dos profissionais foi apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Características dos profissionais do centro cirúrgico universitário. Rio de Janeiro, 2021 (continua)

| Variáveis | Categorias | N | % |
|------------------|-----------------------------------|----------|----------|
| Sexo | Masculino | 73 | 50,69 |
| | Feminino | 71 | 49,31 |
| Faixa etária | <39 anos | 75 | 52,08 |
| | ≥39 anos | 63 | 43,75 |
| | Não informado | 6 | 4,17 |
| Etnia | Branco | 93 | 64,58 |
| | Pardo | 30 | 20,83 |
| | Preto | 19 | 13,20 |
| | Amarelo | 1 | 0,69 |
| | Indígena | 1 | 0,69 |
| Cargo | Instrumentador/Circulante de sala | 38 | 26,39 |
| | Cirurgião | 32 | 22,22 |
| | Residente cirurgia | 28 | 19,44 |
| | Anesthesiologista | 20 | 13,89 |
| | Residente de anestesia | 12 | 8,33 |
| | Enfermeiro | 5 | 3,47 |
| | Equipe de apoio | 4 | 2,78 |
| | Técnicos de enfermagem - RPA | 4 | 2,78 |
| | Enfermeiro - Chefe | 1 | 0,69 |
| Equipe | Médica | 92 | 63,89 |
| | Enfermagem | 48 | 33,33 |
| | Apoio | 4 | 2,78 |

Tabela 3 - Características dos profissionais do centro cirúrgico universitário. Rio de Janeiro, 2021 (conclusão)

| | | | |
|---------------------------------------|------------------|-----|-------|
| Turno | Período integral | 100 | 69,44 |
| | Período parcial | 22 | 15,28 |
| | Turnos variáveis | 19 | 13,19 |
| | Noturno | 3 | 2,08 |
| Tempo de experiência na especialidade | < 10 anos | 80 | 55,56 |
| | ≥ 10 anos | 60 | 41,67 |
| Tempo de atuação no hospital | <7 anos | 106 | 73,61 |
| | ≥ 7 anos | 38 | 26,39 |
| Regime de trabalho | RJU | 55 | 38,19 |
| | Outros | 41 | 28,47 |
| | EBSERH | 34 | 23,61 |
| | Contratado | 14 | 9,72 |

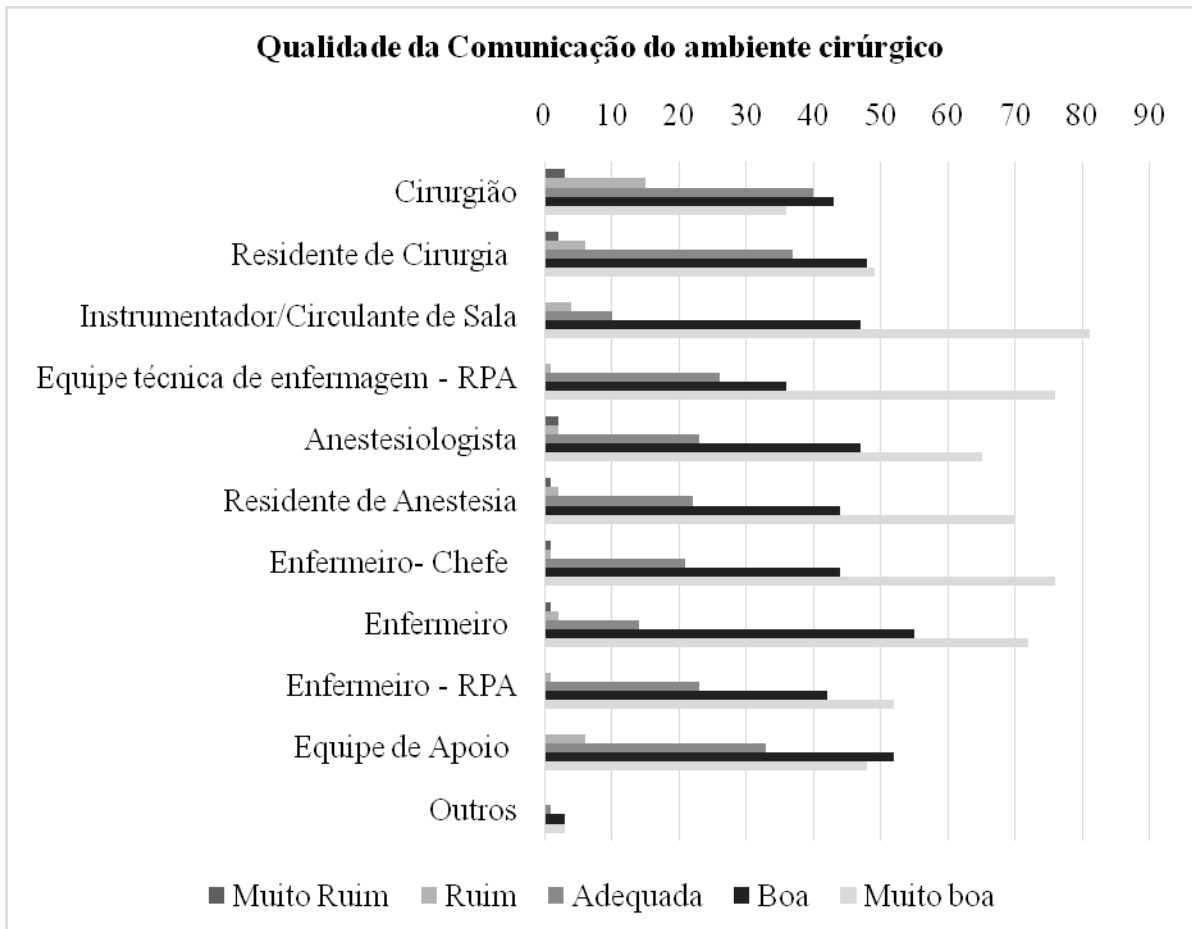
Legenda: RPA: Recuperação Pós-Anestésica; RJU: Regime Jurídico Único; EBSEH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Fonte: A autora, 2021.

4.1.2 Qualidade da comunicação dos profissionais

Na avaliação da qualidade da comunicação e colaboração entre os profissionais (Gráfico 1), observou-se a maior prevalência da classificação “muito boa”. Apenas duas categorias profissionais obtiveram a classificação “boa”, os cirurgiões e a equipe de apoio. Sendo assim, considera-se que no ambiente estudado há uma boa comunicação e colaboração entre os profissionais.

Gráfico 1 - Qualidade da comunicação entre as categorias profissionais do centro cirúrgico universitário. Rio de Janeiro, 2021



Legenda: RPA: Recuperação Pós-Anestésica.

Nota: Dados desta pesquisa (2021).

Fonte: A autora, 2021.

4.1.3 Domínios de clima de segurança do SAQ/CC global e diferença entre as equipes de saúde

A média do escore global do SAQ/CC foi 61,94 ($dp \pm 12,41$). O domínio de CS com maior escore foi o de 'Comunicação no ambiente cirúrgico' (77,91) e o que obteve o menor foi o de 'Percepção do desempenho profissional' (23,60). Evidencia-se as pontuações dos domínios de CS no cenário estudado na Tabela 4.

Tabela 4 - Domínios de Clima de Segurança do SAQ/CC do centro cirúrgico de hospital universitário (n=144). Rio de Janeiro, 2021

| Domínios | Média | Desvio Padrão |
|--------------------------------------|--------------|----------------------|
| Comunicação no ambiente cirúrgico | 77,91 | 17,17 |
| Clima de segurança | 70,00 | 18,53 |
| Percepção do estresse | 66,62 | 25,30 |
| Percepção da gerência | 64,07 | 19,08 |
| Condição de trabalho | 63,62 | 18,59 |
| Percepção do desempenho profissional | 23,60 | 23,01 |
| Total | 61,94 | 12,41 |

Nota: Dados desta pesquisa (2021).

Fonte: A autora, 2021.

A pontuação média dos escores das duas categorias profissionais esteve abaixo do valor de 75, que seria considerado uma percepção positiva em clima de segurança. A percepção geral de clima de segurança foi maior pela equipe de enfermagem (63,13). As médias mais elevadas foram relacionadas ao domínio ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’ pela equipe médica no (79,17) e na equipe de enfermagem, ao domínio ‘Clima de segurança’ (72,42) e ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’ (75,09) que apresentaram escore satisfatório (Tabela 5).

Houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre as equipes nos domínios ‘Percepção do estresse’, ‘Comunicação’ e ‘Percepção do desempenho profissional’.

Tabela 5 – Análise dos domínios do SAQ/CC a partir da avaliação das equipes médica e de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital universitário. Rio de Janeiro, 2021

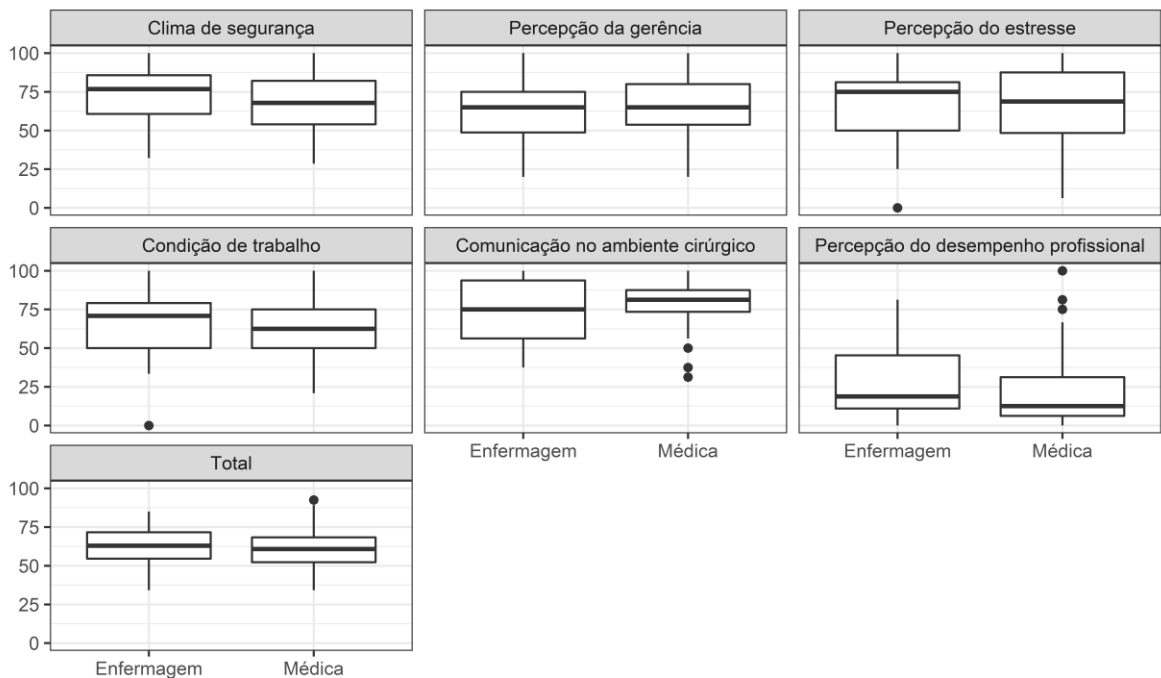
| Domínios | Equipe | n | Média | Desvio Padrão | Teste de Shapiro-Wilk p-valor |
|--------------------------------------|---------------|----------|--------------|----------------------|--------------------------------------|
| Clima de segurança | Enfermagem | 48 | 72,42 | 18,27 | 0.017 |
| | Médica | 92 | 67,98 | 18,05 | |
| Percepção da gerência | Enfermagem | 48 | 61,56 | 19,60 | 0.137 |
| | Médica | 92 | 64,82 | 18,60 | |
| Percepção do estresse | Enfermagem | 48 | 68,10 | 24,37 | < 0.001 |
| | Médica | 92 | 66,03 | 25,93 | |
| Condição de trabalho | Enfermagem | 48 | 64,79 | 19,01 | 0.098 |
| | Médica | 92 | 61,69 | 17,61 | |
| Comunicação no ambiente cirúrgico | Enfermagem | 48 | 75,09 | 18,80 | < 0.001 |
| | Médica | 92 | 79,17 | 16,03 | |
| Percepção do desempenho profissional | Enfermagem | 48 | 29,56 | 25,09 | < 0.001 |
| | Médica | 92 | 20,36 | 20,99 | |
| Total | Enfermagem | 48 | 63,13 | 11,65 | 0.869 |
| | Médica | 92 | 61,00 | 12,60 | |

Nota: Dados desta pesquisa (2021).

Fonte: A autora, 2021.

O gráfico 2 demonstra a distribuição de cada domínio do SAQ/CC entre as equipes médica e de enfermagem. Sendo assim, apenas a ‘Percepção do desempenho profissional’ demonstrou evidente diferença entre as equipes. É possível inferir também que a equipe de enfermagem tem uma pontuação média de clima de segurança consideravelmente maior do que a equipe médica, ou seja, 4 de 6 domínios.

Gráfico 2 - Distribuição dos domínios de clima de segurança entre as equipes médica e de enfermagem. Rio de Janeiro, 2021



Nota: Dados desta pesquisa (2021).
Fonte: A autora, 2021.

4.1.4 Correlação dos domínios de clima de segurança com idade e tempo de experiência na especialidade

Quanto à correlação, evidencia-se nesse estudo, que há associação da idade e tempo de experiência na especialidade com os domínios de clima de segurança: ‘Percepção do estresse’ e ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’. O domínio ‘Percepção do desempenho profissional’ apresentou correlação apenas com a idade (Tabela 7).

Tabela 6 - Análise das diferenças entre os domínios de clima de segurança com a idade e o tempo de experiência na especialidade. Rio de Janeiro, 2021

| Variáveis | Domínios | N | Correlação | p-valor |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------|-------------------|----------------|
| Idade | Clima de segurança | 138 | -0,063 | 0,463 |
| | Percepção da gerência | 138 | 0,094 | 0,272 |
| | Percepção do estresse | 138 | 0,238 | 0,005 |
| | Condição de trabalho | 138 | -0,008 | 0,926 |
| | Comunicação no ambiente cirúrgico | 138 | -0,206 | 0,015 |
| | Percepção do desempenho profissional | 138 | 0,163 | 0,056 |
| | Total | 138 | 0,052 | 0,544 |
| Tempo de experiência na especialidade | Clima de segurança | 144 | -0,051 | 0,541 |
| | Percepção da gerência | 144 | 0,060 | 0,475 |
| | Percepção do estresse | 144 | 0,255 | 0,002 |
| | Condição de trabalho | 144 | -0,086 | 0,306 |
| | Comunicação no ambiente cirúrgico | 144 | -0,187 | 0,025 |
| | Percepção do desempenho profissional | 144 | 0,086 | 0,305 |
| | Total | 144 | 0,028 | 0,741 |

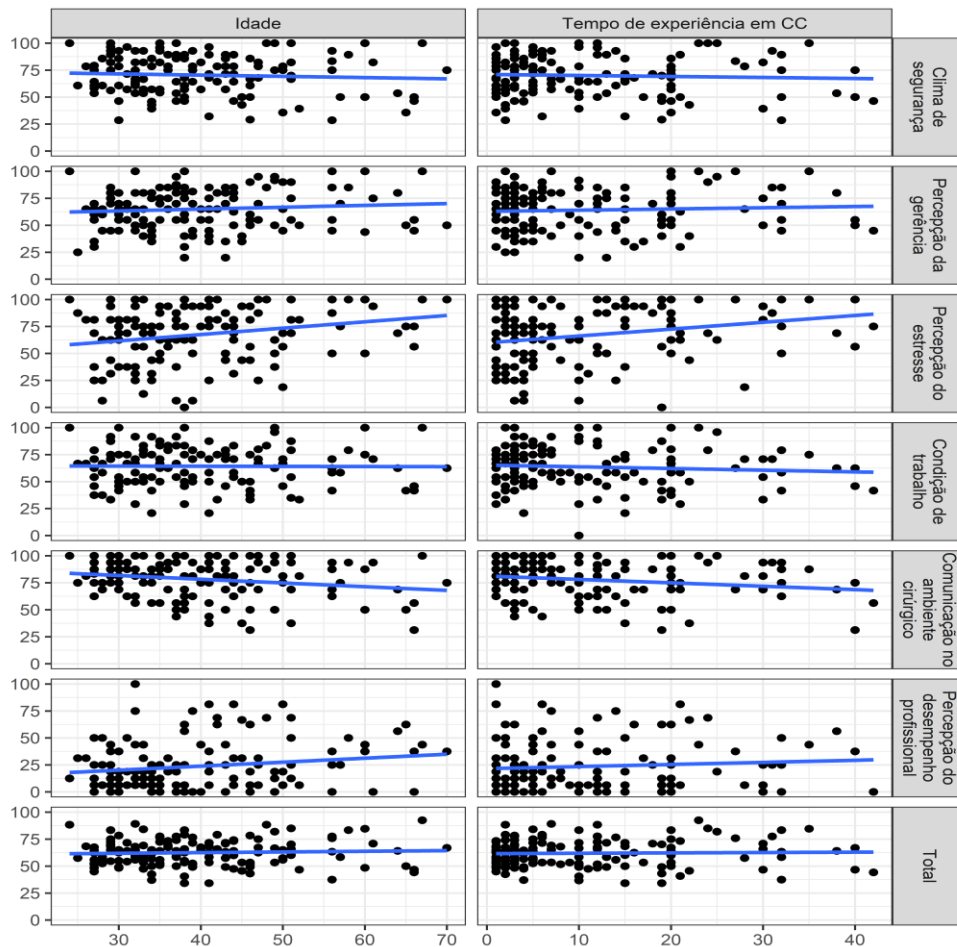
Correlação significativa com $p < 0,05$.

Nota: Dados desta pesquisa (2021).

Fonte: A autora, 2021.

Na Figura 3, salienta-se à relação de idade e tempo de experiência na especialidade com o domínio 'Percepção do estresse', no qual se infere que quanto maior a idade dos profissionais de saúde, maior a percepção do estresse. Demonstra-se uma tendência de que os profissionais de saúde do CC analisado com maior idade reconheçam o quanto fatores estressantes influenciam na atuação profissional.

Figura 3 - Associação de variáveis numéricas com os domínios do SAQ/CC. Rio de Janeiro, 2021



Nota: Dados desta pesquisa (2021).
Fonte: A autora, 2021.

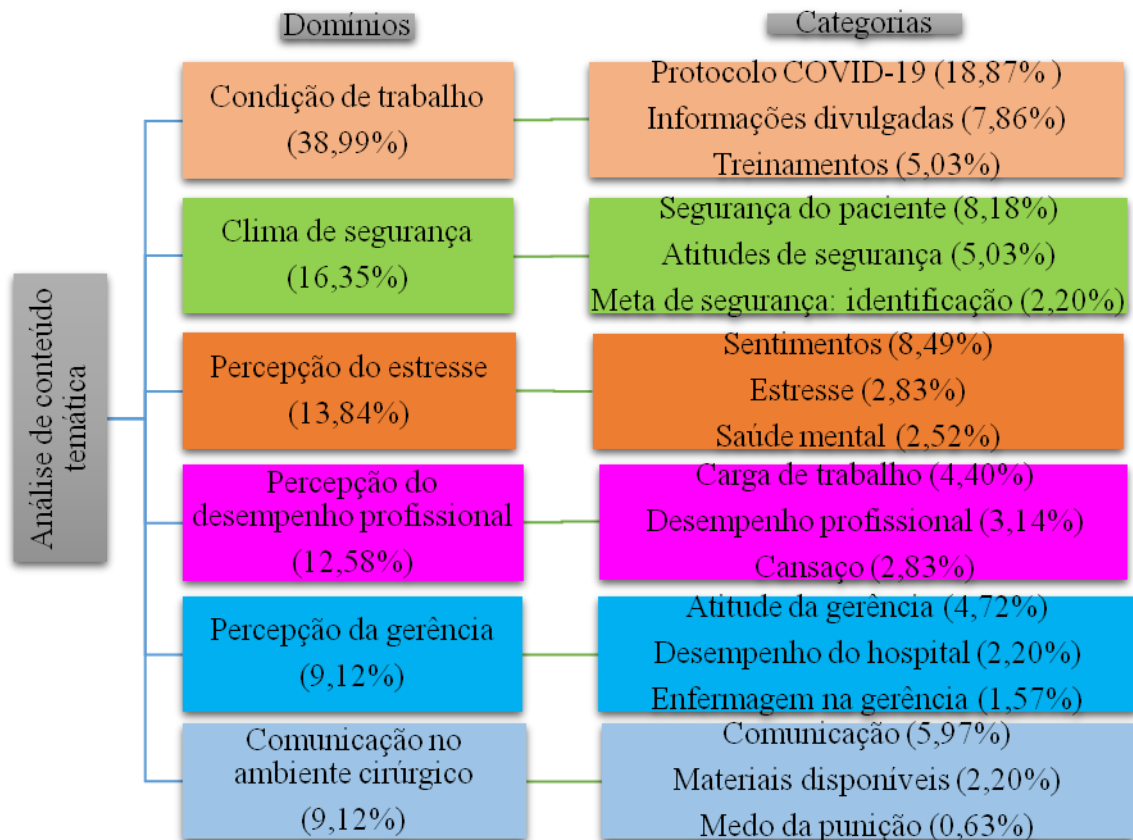
4.2 Dados qualitativos

Neste tópico, apresentam-se os resultados obtidos a partir das entrevistas. As unidades de significação provenientes das falas dos participantes foram demonstradas no Apêndice F. Os participantes dessa etapa da pesquisa foram caracterizados segundo à equipe profissional, apresentando a seguinte distribuição: 10 profissionais da equipe de enfermagem, 7 da anestesiologia, 6 da cirurgia e 01 do serviço do apoio.

Após a leitura e análise do material resultante das entrevistas, os dados foram organizados a partir dos domínios do instrumento SAQ/CC. Optou-se por considerar os

termos utilizados para nomear as unidades de significação como sendo as categorias do estudo e discutir a mais prevalente (Figura 4).

Figura 4 - Representação das categorias da análise de conteúdo mais prevalentes. Rio de Janeiro, 2021



Nota: Dados desta pesquisa (2021).

Fonte: A autora, 2021.

4.2.1 Condição de trabalho

Trata-se de um domínio que reflete a percepção da qualidade do ambiente de trabalho. Diante disso, emergiu a seguinte categoria:

4.2.1.1 Protocolo Covid

A partir da análise dos depoimentos, foi possível conhecer como os participantes enxergavam as questões relacionadas ao protocolo criado para o enfrentamento da COVID-19. Ficou evidente a utilização de pesquisas para embasar a criação de protocolos, como o Procedimento Operacional Padrão (POP), manual que orienta os profissionais através da descrição de técnicas e procedimentos relacionados ao cuidado do paciente.

[...] nós nos baseamos pela SOBECC, pelo que a sociedade colocou, pelo que o que saía, as diversas recomendações que saíam pelo Ministério da Saúde né, com a vigilância sanitária, mas assim quem mais orientou mesmo o CC foi a nossa sociedade. Então baseado nisso a gente fez um protocolo, [...]. (ENF-12)

Feito de início o POP, que se juntaram as equipes e criaram... Foi o que era pra ser seguido. (ENF-03)

Através das falas dos profissionais foi possível perceber que a adesão a esse protocolo enfrentou barreiras pela equipe multiprofissional.

A gente observou foi que apesar da tentativa né... Ao meu ver né, principalmente da equipe de enfermagem em colocar em prática o POP... A gente notava que muitas pessoas não tinham essa consciência então nem todos os profissionais... Que eles estavam dedicados realmente a seguir algo que foi definido para a segurança de todos, né, não só do paciente. (ENF-03)

Acho que sim, acho que as equipes no geral assumem, mas acho que a gente ainda, embora já tenha um ano, ainda é muito novo, [...]. (ANEST-15)

E aí você meio que desanima né?! Você se frustra porque você tem todo aquele trabalho... Como se fossem três horas, a gente conseguiu completar o protocolo por três horas e na última hora alguém vai lá e sai da sala sem se desparamentar ou faz algo que foge do protocolo... Dá uma sensação de que foi tudo em vão e aí a gente vê que nem todo mundo teve de treinamento. (ENF-03)

Questão de não adesão de toda a equipe multidisciplinar, [...] já no final essa adesão piorou um pouco, posso dizer assim, porque teve um relaxamento mediante à vacina, eu acredito que pode ter a ver essa questão. (ENF-24)

O sucesso da qualidade do cuidado depende do comprometimento de todos os profissionais envolvidos nele. Na maior parte dos depoimentos, os profissionais de enfermagem foram citados como uma equipe comprometida com as normativas do protocolo durante a pandemia da COVID-19.

Cara, eu acho que a enfermagem assume mais. Eu acho. (AP-16)

Eu acho que as equipes de enfermagem, elas são muito mais homogêneas e são muito mais... Respeitam mais os protocolos do que as equipes cirúrgicas. (CIR-23)

Eu acho que a enfermagem é muito mais disciplinada do que os médicos nisso. Eles valorizam mais do que isso... Do que a gente... Do que nós médicos né? Eles dão

maior importância a isso e... É o correto né? Infelizmente é um erro e... Por vezes até eu mesma pratiquei. De não fazer o passo a passo certo, de forma correta. (ANEST-22)

No cenário cirúrgico é comum a atuação do enfermeiro gerenciando as atividades a serem desenvolvidas no setor. Por muitas vezes, é necessário que ele adote uma posição de fiscalizador para que as atividades aconteçam de forma segura e respeitando os protocolos da instituição. Nesse contexto pandêmico, não foi diferente e há falas demonstrando tal situação.

Eles terminam fazendo porque a equipe, os enfermeiros ficam em cima. (ENF-05)

Se a enfermeira em si não se impor, eles não seguem o protocolo. (ENF-06)

Tivemos diversas discussões com alguns médicos cirurgiões porque a gente sabe que o paciente precisa, mas a gente não pode botar o risco de vida não só pro profissional quanto pros outros pacientes e isso eles não entendiam. Então é uma dificuldade muito grande que a gente passou e está passando ainda. Esses embates com a equipe médica porque eles acham que tem que colocar o paciente independente de ter COVID ou não. (ENF-12)

É inegável que a enfermagem possui o aspecto educativo contido em suas atribuições. Houve fala (ANEST-22) trazendo esse caráter educacional da categoria, contribuindo para orientação de profissionais de outras equipes, na prática.

É... Me ajudou bastante essa aula que eu fui e tal, mas o que me ajudou mais foram os técnicos e as enfermeiras que fizeram cursos preparatórios pra isso né. Durante a pandemia eles nos orientavam durante a paramentação e desparamentação. Então foi ali que eu realmente aprendi como deveria ocorrer é... O passo a passo que deveria ser feito. Assim, na prática... Acho que na prática a gente consegue é... Assimilar melhor as informações. Então foi mais assim que as informações chegaram até mim, na prática. (ANEST-22)

Os profissionais identificaram que os treinamentos em saúde ministrados pela instituição diante do momento pandêmico foram mais focados no uso correto de EPI e nos cuidados necessários para paramentação e desparamentação do profissional.

Tentaram fazer um treinamento aqui de EPI pra gente, aquilo ali não atendeu em nada, aquilo ali era um EPI pra enfermagem e não me venha dizer que aquilo ali era um treinamento de COVID porque não era. Porque na minha cabeça esse tipo de coisa, de treinamento, de parada, de calçar luva, calçar capote, vestir capote, colocar máscara... Isso são coisas diárias. São coisas que já deveriam os profissionais saberem, isso é lamentável num momento de pandemia você ter que explicar uma pessoa a botar uma máscara N95. Isso não existe. (ENF-12)

Nisso o hospital orientou. Teve até orientação de paramentação, pôsteres, essas coisas, oferecendo material de segurança também. Isso acho que não faltou. (CIR-17)

É... A gente não teve muito treinamento não, para ser sincera. (ANEST-18)

Eu me lembro assim...de ter sido promovido um único curso pela escola de enfermagem e pela enfermagem daqui do hospital, de paramentação aqui no hospital e assim... Acho que eu posso contar nos dedos as pessoas, os residentes médicos que

estavam presentes. Então assim... É... Eu não posso dizer que: 'ah o hospital não forneceu'. (CIR-22)

4.2.2 Clima de segurança

Nesse domínio é possível conhecer a percepção dos profissionais quanto à segurança do paciente. A partir dos resultados destacou-se a seguinte categoria:

4.2.2.1 Segurança do paciente

Com essa categoria percebeu-se que os profissionais identificam que a equipe multiprofissional assume compromisso com a segurança do paciente.

Acredito que sim. Desde a enfermagem, pessoal da equipe médica, anestesia... Todo mundo assume a segurança. Sempre checa os exames, sempre checa a história do doente, tenta localizar o lado correto da cirurgia pra não ficar dúvidas. Então eu acredito que sim. (CIR-19)

Eu não tive essa percepção de que a segurança foi reforçada e aumentou durante a pandemia. Embora eu tenha percebido que a intenção era essa, mas aqui no nosso setor eu não tive essa percepção de que aumentou a segurança. (ANEST-09)

Nessa questão de segurança, acho que a gente estava de acordo, sim. Todo mundo tava envolvido no propósito. (ENF-02)

Todos buscamos né, a ter essa segurança não só do paciente como nossa própria segurança, pelos familiares, amigos. (ENF-06)

Através das falas foi possível conhecer as ações identificadas como atitudes de segurança durante a pandemia da COVID-19, sob a ótica dos profissionais. Surgiram nas temáticas o uso de EPI, a identificação correta dos pacientes, assim como atitudes específicas do cuidado cirúrgico como o *checklist* de segurança do paciente e a conferência dos instrumentais necessários para o procedimento cirúrgico.

É... Os doentes agora estão todos de máscara né. Antes não havia essa rotina, existia um respeito maior ao uso de máscara inclusive dentro das salas cirúrgicas que antes se usava durante o momento da cirurgia, mas às vezes tinha uma quebrazinha. (CIR-23)

Assim, tem que confirmar a identificação do paciente, é... Por mais de uma pessoa, é... Confirmar os exames, confirmar o prontuário, confirmar... Antes de entrar na sala, se os materiais estão certos, se tem tudo pra cirurgia transcorrer de uma forma é... Adequada. Essas são as partes que eu consigo me lembrar. (CIR-20)

[...], as técnicas de segurança pra mim continuaram as mesmas né, o checklist inicial, conferência, vê se todos os materiais estão ali para o paciente, né... Essas coisas assim que eu vejo vocês sempre fazendo, vejo muito assim, ah contaminou a caixa, vamos voltar. (AP-16)

Bom, primeiro é... Podemos falar sobre o acolhimento do paciente mediante a admissão dele, que a gente vai verificar em duas etapas se o paciente é ele mesmo, a gente tá... Faz aqui no centro cirúrgico em duas verificações. E consta aqui no protocolo que foi feito. (ENF-24)

Atitudes de segurança foram adotadas durante a pandemia da COVID-19 a fim de adequar a realidade do cenário estudado ao que a ciência pesquisava e publicava. Os testes moleculares (ou RT-PCR), chamados pelos participantes de PCR, constituem-se de uma coleta por *swab* na mucosa do nariz e garganta, que permite detectar o vírus causador da COVID-19 já nos primeiros dias da doença. Segundo normativa da unidade foi instituído como exame obrigatório para todo paciente em pré-operatório. Seu resultado tem validade de sete dias, sendo assim, sete dias antes do procedimento cirúrgico o paciente comparece à unidade, realiza a testagem e diante de um resultado negativo torna-se apto a realização do procedimento. Os profissionais falam sobre os desdobramentos dessa atitude de segurança e alguns identificam a testagem dos pacientes como uma mudança no cuidado dos pacientes cirúrgicos durante a pandemia.

Em relação à pandemia foi o teste, a única diferença foi o teste, se não tiver testado não entra e quando não entram é um tumulto danado [...], pra ver se vai, ou não vai, tem dia em que não entra e é uma emergência que cancela todas as cirurgias ou então faz lá na maternidade. (AP-16)

Sim, principalmente no controle de... Do PCR né, só entrar paciente que já está testado e quem não está testado ou entra no final do mapa com o centro cirúrgico todo limpo ou entra no da obstetrícia... Porque lá não tem esse controle porque é cirurgia de emergência. (CIR-21)

4.2.3 Percepção do estresse

Esse domínio aborda como o profissional reconhece que os fatores estressores influenciam na rotina de trabalho.

4.2.3.1 Sentimentos

A pandemia da COVID-19 foi um momento de grande estresse para toda população. Os profissionais se depararam com um vírus, até então sem tratamento, e isso gerava múltiplos sentimentos acerca dessa nova realidade mundial. Muitos profissionais identificaram uma preocupação mais pessoal do que coletiva, e essa atitude não contribuía para sensação de segurança e minimização dos sentimentos estressores.

Antes eu acho que ficou todo mundo muito perdido, mas como eu já disse, acho que isso foi uma sensação geral e até as coisas se estabelecerem ficou todo mundo meio perdido, mas depois foram aprendendo com os erros. (ENF-03)

Trabalhei com mais medo. (ANEST-23)

Eu senti que existia uma preocupação de [...] cada um com cada um em não passar, [...] de não ter, de não pegar e tal. Mas aí volta aquela pergunta inicial né? Cara, é igual equipe de futebol, uma equipe é um todo... Se você não tem um treinamento, se você não tem algo, se você não tem números, você acaba assim, considerando vago né? (ENF-04)

Acho que a pessoas estavam mais preocupadas com si mesmo, com suas famílias, mas até entendo. (ENF-12)

Não, eu fiquei com medo de morrer e de acabar contribuindo para um desfecho ruim dos pacientes se eu não conseguisse, por exemplo, entubar [...] Então, você fica com medo de se contaminar, você quer atender o paciente, mas você também não quer adoecer, muito menos contaminar os colegas, todos que estão ao seu redor. Você deve sempre se atentar em fazer a técnica menos contaminante possível, mas isso sai um pouco do nosso dia a dia, não é, a gente entuba do mesmo jeito, mas não é exatamente do mesmo jeito, então isso me estressava mais no início. (ANEST-15)

Acho que no começo colocaram muito medo e depois viram que não era assim. Deveriam reunir e falar: “olha, não é bem assim, pode se fazer mais tranquilo e tal”. (CIR-23)

Medo... Embora mais velha, tenho um filho jovem, é difícil você segurar em casa, você fica preocupada... É uma coisa que afeta. Pessoalmente acho que todo mundo, né. (ENF-01)

O estresse de estar na linha de frente do cuidado durante a pandemia foi exposto nas falas dos profissionais. A preocupação com a família é demonstrada na fala da profissional TEC-08. Porém, como é possível observar nas falas dos profissionais ENF-12 e CIR -21, o início do período pandêmico foi estressante, não pela carga de trabalho e sim pelo estresse psicológico.

Olha no início eu me senti bem estressada, eu senti uma saúde mental assim bem complicadinha. Primeiro por conta da preocupação dentro de casa, de eu não levar pro meu irmão, de eu não levar pros meus pais que são... Que tem comorbidades. Fora que ainda tinha o estresse de ter que vir pra cá, né que eu tava passando. (ENF-08)

Então assim, eu me senti bem estressada claro, né... E com uma responsabilidade muito grande, mas não... Eu acredito que não tenha afetado meu trabalho não porque o trabalho diminuiu aqui dentro do CC. (ENF-12)

Sim... Basicamente foi o estresse psicológico mesmo que... Que afetou. O cansaço físico não foi tão grande, não. É como seria esperado da residência. Mas a parte psicológica foi o que realmente prejudicou. (CIR-21)

A saúde mental dos profissionais foi extremamente abalada pela pandemia da COVID-19. Muitas são as falas explanando tal condição e afirmando que o cansaço não era físico e sim, mental. A preocupação em torno de não ser um veículo transmissor da doença, em diversos locais, é percebida na fala do profissional ENF-03.

Então, assim, fisicamente acho que não, mas o corpo sentia por causa desse estresse... Mental. (ENF-01)

Não tenho dúvida de que minha saúde mental foi pro ralo durante a pandemia e acho que isso não foi só comigo, acho que isso foi de uma maneira generalizada. (ANEST-10)

Se houve algum cansaço, foi realmente o psicológico... Eu acho que a gente vinha numa tensão muito grande... Desde quando saía de casa. Porque a gente não deixou de se... De usar o transporte público né... E aí você ficava né, naquela neura assim: 'poxa eu sou profissional de saúde, eu posso tá também sendo um agente transmissor aqui pra essas pessoas' ou vice-versa, ou então eu posso tá aqui numa situação que tem muito mais gente aglomerada e eu posso tá também pegando, levando lá pro hospital. Eu ficava, fiquei nessa. (ENF-03)

Sim, sim. Várias vezes, até... Pensamento de desistir, de parar, trancar a residência... Isso aconteceu. Vir pra cá mega desestimulada, de não querer, de querer voltar pra casa... Então isso... Aconteceu algumas vezes. (CIR-21)

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)

Foi necessário que esses profissionais buscassem válvulas de escape que os auxiliassem na manutenção da sanidade, para que pudessem seguir ofertando um cuidado qualificado. Tais estratégias podem ser percebidas nas falas dos profissionais ENF-08 e ANEST-10.

Mas aí depois eu achei que eu consegui contornar essa situação né. Fui encontrando válvulas de escape pra isso, aí depois que eu encontrei essas válvulas de escape aí eu acho que consegui ter um desempenho melhor, porque eu chegava em casa exausta, né. Aí no dia seguinte eu não conseguia fazer nada. Mas aí depois que, por exemplo eu deixei de assistir os noticiários, comecei a fazer meditação e aí eu fui criando essas válvulas de escape, aí meu desempenho melhorou aqui. (ENF-08)

Então tentei assim, basicamente só terapia e me afastar um pouco mais mesmo. (ANEST-10)

4.2.4 Percepção do desempenho profissional

Esse domínio trata da repercussão da carga de trabalho e o cansaço no desempenho profissional. Para demonstrar os resultados, escolheu-se a categoria:

4.2.4.1 Carga de trabalho

Quando questionados sobre a carga de trabalho, as falas apontaram por muitas vezes, a redução de recursos humanos como o motivo pelo cansaço físico. No cenário do estudo, os profissionais considerados do grupo de risco puderam apresentar autodeclarações de comorbidade e sendo assim, afastar-se das atividades laborais. A questão é claramente explicada pelo profissional ENF-24.

Me senti muito cansada devido à diminuição do profissional na área, quem ficou teve que se desdobrar. (ENF-06)

É ter esse desgaste no plantão, porque você, nesse período, acho que você, a gente fez muito retrabalho de ficar refazendo as coisas, em relação ao protocolo, em relação a você pegar da equipe é... Multidisciplinar e cobrar, ficar cobrando, ficar indo atrás pra cumprir o que tava escrito é... Então assim esse retrabalho, esse desgaste. (ENF-24)

Eu até me sentia mais cansado quando saia daqui porque os turnos eram mais pesados, mais difíceis. (ANEST-09)

A gente não parou em nenhum momento, o centro cirúrgico ficou nesse período todo funcionando. A gente teve de início uma baixa de número de cirurgias, mas que logo em seguida a gente retomou né? Com essa questão, a gente diminuiu equipe né, que afastado com o pessoal que tava autodeclarado, o pessoal com comorbidade, as grávidas e as colegas que estavam amamentando, então a gente reduziu equipe, mas o trabalho continuou o mesmo e... Mais essa carga emocional, mais a carga relacionada a toda demanda do setor, é que centro cirúrgico não parou em nenhum momento. (ENF-24)

Não trabalhei mais, mas me deixou mais exausta do que a quantidade de trabalho que a gente tinha antes da pandemia. Então, assim o volume reduziu, mas em compensação, a preocupação e toda aquela questão da paramentação... De ser aquilo, aquele processo todo ser muito exaustivo. É... Aquilo me deixava, me deixou muito mais cansada do que o ano anterior em que a gente tinha um volume de cirurgia muito maior. (ANEST-22)

4.2.5 Percepção da gerência

Esse domínio sugere a aprovação dos profissionais quanto às atitudes da gerência frente ao clima de segurança do paciente. A categoria mais prevalente foi a atitude da gerência.

4.2.5.1 Atitude da gerência

De acordo com as falas houve uma boa gerência dos insumos e equipamentos de proteção, garantindo segurança à atuação do profissional. A forma como a unidade tratou dos profissionais contaminados ou com suspeita da COVID-19 também foi apontado como importante para que os mesmos se sentissem amparados. No entanto, a falta de informação e de troca por parte da gestão com os profissionais foi apontada em muitas falas (CIR-21, CIR-23, CIR-11, ENF-12).

[...] nós não ficamos largados em nenhum momento... Não me senti abandonado porque teve os equipamentos. (ENF-04)

Não, esse acesso do *feedback* era mais difícil. Chegar e dá sugestão ou perguntar o porquê das coisas, o porquê que muda, porque acontece, isso é mais... Isso não chega assim. Só vêm as ordens e a gente acata. Não tem meio que o porquê das mudanças. (CIR-21)

Mas tive a impressão de que talvez as chefias deviam ter chegado a mais pessoas, residentes e dado mais informações. (CIR-23)

Ninguém sabe informar. Você não tem um número e isso não foi informado pra gente: tantos pacientes internados, tantos óbitos, tantos recuperados, acho que isso é importante. Quantos funcionários. [...] informação é tudo. (CIR-11)

Mas eu não vejo isso da gestão, não digo da minha gestão do serviço, digo a gestão hospital mesmo em si. Porque a gente nunca é tão ouvida eu acho, a gente não tem muito, não é muito ouvida, as coisas mudam sem a nossa participação. Eu acho que a gente que tá na linha de frente né, no dia a dia, a gente tem mais como ajudar e fazer o melhor, né não? Então eu acho que as coisas são muito assim... Meio que jogadas. (ENF-12)

É, no início eu gostei muito. Tivemos assistência caso acontecesse alguma coisa, eles nos apoiavam, aqui a chefia imediata nos ajudou muito... Nos deram essa assistência de pessoa. Gostei muito da forma que o hospital lhe deu né, está lhe dando com a situação. (ENF-06)

O que eu vi muito foi a nossa chefia correndo atrás, pra saber a atual conjuntura da doença e como a gente se prevenia aqui dentro. Então eu não vi a administração muito atuante em relação a isso não. (ENF-08)

Alguns profissionais não tiveram muita confiança em opinar sobre o desempenho do hospital, alegando mais uma vez a falta de informações divulgadas pela unidade. Porém, afirmam que diante do cenário, das condições da unidade e seus recursos foi desenvolvido um bom trabalho pela gestão hospitalar.

Acho que chegou ao objetivo, só não temos certeza por causa do... Não sei se teve acompanhamento do paciente após a passagem pelo centro cirúrgico. (ENF-02)

No que me cabe, acho que foi tentado fazer de acordo com o possível e com as capacidades do hospital. Talvez um pouco subutilizado, mas... é... De acordo com a proposta eu acho que foi um hospital de atendimento referencial, uma instituição de referência, de referenciamento, acho que foi. Parcialmente acho que tentou cumprir o que foi anunciado. (CIR-20)

Acho que dentro das possibilidades do hospital e do tamanho do hospital sim, fizemos o que foi possível, acho que dentro das possibilidades e recursos que o hospital tem para isso. (ANEST-18)

Muitos pontuaram escassez de informações vindo da gerência da unidade, sendo assim por muitas vezes, o profissional se via buscando mais do que recebendo informações. Foi pontuada a necessidade de uma comunicação mais efetiva da gerência e como os profissionais se ajudavam com o compartilhamento mútuo de informações.

Eu tive que buscar mais a informação do que a informação chegava em mim espontaneamente. Ou quando chegava em mim espontaneamente era uma imposição do que eu tinha que fazer. E não era discutido, não era... Era imposto realmente. (ANEST-10)

[...] eu acho que poderia ter ou reuniões pra realmente todo mundo fazer a mesma prática, fazer o mesmo protocolo ao invés de ficar aquela coisa assim picada. Porque às vezes eu recebia a informação direto delas, mas às vezes era de colega de trabalho. Aí eu acho que poderia ser de uma forma mais direta... De reunir a equipe inteira pra fazer um só. Porque às vezes o que eu compreendo pode ser diferente da sua compreensão, e aí elas passando já pro grupo inteiro vai ser uma compreensão única e uma única conduta, né... e aí eu acho que seria melhor essa parte da comunicação. (ENF-08)

As informações que a chefia passava, os protocolos foram criados ao longo do... Do COVID, ninguém sabia de nada e as informações foram... Nós mesmos fomos assim administrando, pesquisando para poder saber a melhor forma de lidar entendeu? Protocolos foram criados pela nossa equipe. (ANEST-18)

Recorria aos colegas que tavam de plantão junto comigo na triagem ou os colegas da clínica médica ou do CTI que tavam de plantão também. Mas, em relação à chefia não tive muito... É... Contato e nem auxílio em relação à parte prática, técnico. (CIR-20)

Olha a maioria das informações que eu tive sobre o vírus, sobre transmissão foram por meios próprios, eu busquei é... Em redes sociais em... É... aplicativos, eu procurei em base de dados de instituições como a Fiocruz, como Butantan, como Ministério da Saúde. Voltado mais para essa questão do que tava acontecendo no hospital, eu queria que tivesse mais afinco em relação a essa questão do treinamento e da informação do que realmente tava acontecendo. (ENF-24)

4.2.6 Comunicação no ambiente cirúrgico

Refere-se às informações que influenciam na segurança do paciente compartilhadas entre os profissionais de saúde. Nesse domínio surgiu a categoria: Comunicação.

4.2.6.1 Comunicação

As categorias profissionais de um centro cirúrgico são interdependentes quando se fala de atuação com segurança. Posto isso, as equipes, de anestesia, enfermagem e cirurgia, devem se comunicar de forma eficaz a fim de evitar erros e produzir um ambiente seguro. Foi possível perceber nas falas ENF-08 e CIR-11, a necessidade de reuniões, como uma estratégia para melhoria da comunicação, em que condutas, atualizações e informações seriam transmitidas a toda equipe.

Eu acho que poderia ser melhor, ter... Sei lá em algum momento, “ah toda sexta-feira vai ser um round” e aí a gente discutir sobre isso, discutir sobre como que tá cada um se sentindo, como que tá sendo feito o protocolo, [...] Então acho que poderia ter pelo menos algum round, em algum momento do dia. “Ah vou marcar um dia fixo que aí vai ter uma informação única”. Então tem uma certa deficiência em relação a isso, de receber as comunicações. (ENF-08)

Eu acho que o que tá faltando é reunião assim pra... Uma vez por mês pra dizer “oh, aconteceu isso, precisamos melhorar isso”. Se não parece que cada um vai atirando pra um lado e a gente fica meio sem noção pra onde ir. (CIR-11)

Em muitas falas, a comunicação é dita dificultosa, sendo assim não é vista como facilitadora para a segurança do paciente. Os instrumentos de informação, como por exemplo, os prontuários também não auxiliam nessa troca de dados importantes acerca do paciente.

Eu acho que a nossa comunicação aqui é um pouco atravancada, eu acho que ela poderia e deveria ser mais linear. (ANEST-15)

Às vezes é bem confuso, né, eu acho que a transmissão de informações tem que ter uma sequência, uma sequência assim, um agendamento, o médico agendar, você receber o paciente, paciente tá com o teste ok? Paciente tá com todos os materiais ok? Às vezes essa sequência é ... Alguma pessoa não segue, [...] se todo mundo fizer a sua parte fica né, tranquilo de receber e de colocar o paciente em sala e de fazer o procedimento. (AP-16)

Aqui é... Não é tão... Tão bem passada assim. São poucas pessoas que tem o domínio de... Apurado de tudo, o que está acontecendo, qual o paciente vai entrar, que sala vai usar. [...] (CIR-21)

As informações que podem ser obtidas por via oral, digamos assim, chegar na pessoa, falar: “fulana preciso de uma informação desse paciente”, eu não acho que sejam ruins, eu acho que elas são boas. Eu acho que por via de regra, os cirurgiões, anestesistas, técnicos e enfermeiros passam bem as informações que têm. Acho que às vezes falta, que é um problema crônico de saúde aqui no Brasil, são as informações em prontuários, deveriam ser mais... Melhor preenchidas para que fosse mais fácil o acesso à informação. (ANEST-23)

Não. A gente não tem nem prontuário físico direito. Às vezes, a gente chega aqui o paciente, tá... As folhas tudo jogadas. Nisso aí, a informação vai mesmo pro beleléu. Porque se tu tem um prontuário que as folhas estão tudo jogadas, que não tem um... Físico né, uma capa física, se cai no chão, se perde, tu não sabe o exame, aí fica o exame separado, o paciente vai embora e o exame fica, aí ele fica sem o exame, ou então escreve em um papel e escreve e se perde. Até pro próprio faturamento isso é um problema. (ENF-12)

[...] o sistema integrado em geral foi muito bom, em sentido de não ter tanta folha escrita e ser muito mais legível e poder acessar as coisas, mas aqui a gente tem pouco acesso ao sistema AGHU porque às vezes o pc não funciona direito, pc na sala é ruim, [...] então muitas vezes o paciente chega não tem nenhuma folha médica, tem evolução da enfermagem, mas alguns dados que a gente quer saber não tem lá porque não tá imprimindo mais e tem só no sistema. Isso é uma falha eu acho de... que não chega informação pra gente aqui, muitas vezes informação importante que a gente deixa de receber porque o sistema tá cobrindo bem, mas assim, tá falhando em certos pontos de... Não dá pra confiar só na parte virtual, no momento. (ANEST-13)

Nas falas foi factível vislumbrar o quanto a troca de informações é indispensável a um cuidado cirúrgico seguro.

Mas em relação à comunicação com a enfermagem eu acho muito boa, eu acho que a coordenação da enfermagem aqui dentro, dentro da sala... A gente consegue se comunicar. Pelo menos com a anestesia eu sinto que a gente tem uma comunicação muito boa... De programar, de coordenar o mapa, de o que vai puxar aqui, o que vai puxar ali, [...]. Então, eu acho que a gente consegue se comunicar bem. Acho que talvez só com a cirurgia não fica...tenha uma pouco de falha na comunicação. (ANEST-10)

Sim, sim e também quando a gente é... Percebe alguma coisa, talvez... Acho que o trabalho em equipe é muito importante né? Então, quando a gente percebe alguma coisa que, que deixou passar... Ah, é... Por exemplo, a gente recebeu o paciente antes da enfermagem e aí a gente vê que o paciente tá com prótese dentária, a gente já sinaliza. [...] Então, eu acredito que a comunicação aqui entre a gente é muito boa. Então a gente... É... Isso faz com que seja muito bom pro paciente também. Isso eu posso falar em relação à equipe de anestesia e a enfermagem. (ANEST-22)

Eu identifico como claras e efetivas porque, assim, a gente só consegue fazer, iniciar qualquer procedimento depois que tiver tudo confirmado e passado, então... Eu acho que a comunicação é boa em relação à equipe de enfermagem, de anestesia, equipe de cirurgia. (CIR-20)

O bom funcionamento de equipamentos e materiais compõem quesitos básicos para um procedimento seguro. Os equipamentos também transmitem informações acerca do

paciente e precisam ser testados previamente e quando, ocasionalmente, apresentarem defeitos devem ser isolados e seu reparo solicitado.

Hum, nesse aspecto eu diria que é deficitário. Eu acredito que o nosso problema aqui não é falta de equipamento, é falta de aprender a lidar com eles da forma mais correta, ter cuidado com eles da forma mais correta. Então assim, a gente teve equipamento, mas não teve o equipamento que deveria ter naquela hora. (ANEST-09)

A manutenção dos instrumentos também estressa muito o médico na hora. (ENF-05)

Faz parte da construção de uma cultura de segurança positiva, adotar uma postura de aprendizado com o erro e abandono da conduta punitiva. Desse modo, a identificação dos erros deve ser estimulada e o profissional identificar abertura ao diálogo com as chefias. Com isso, procura-se criar um ambiente cada vez mais seguro para o paciente e os profissionais.

Acho que falta mais comunicação no nosso meio. Eu acho que às vezes, a pessoa tem medo de falar, medo de... Como posso dizer? De represália. (ENF-06)

Não, acho que tem meio que uma barreira. (ENF-07)

4.3 Interseção dos dados

Com esse tópico pretende-se alcançar o terceiro objetivo do estudo. Sendo assim, avaliar de forma comparativa os domínios do clima de segurança da equipe multiprofissional do centro cirúrgico em tempos de pandemia da COVID-19, utilizando para tal os dados quantitativos e qualitativos (Tabela 7).

Tabela 7 – Integração dos dados quantitativos com os qualitativos. Rio de Janeiro, 2021
(continua)

| Domínios do SAQ | Resultados Quantitativos | Resultados Qualitativos |
|--|--------------------------|---|
| Comunicação no ambiente cirúrgico | 77,91 | Comunicação entre os profissionais, prontuários e equipamentos cirúrgicos (9,12%) |
| Clima de segurança | 70,00 | Segurança do paciente, identificação do paciente, teste para a COVID-19 (16,35%) |
| Percepção da gerência | 64,07 | Atuação da gerência, desempenho do hospital, escassez de informações (9,12%) |
| Percepção do estresse | 66,62 | Sentimentos gerados, estresse, saúde mental (13,84%) |

Tabela 7 – Integração dos dados quantitativos com os qualitativos. Rio de Janeiro, 2021
(conclusão)

| | | |
|---|-------|--|
| Condição de trabalho | 63,62 | Criação de protocolo, dificuldade de adesão, enfermagem como liderança no CC (38,99%) |
| Percepção do desempenho profissional | 23,60 | Carga de trabalho, cansaço (12,58%) |

Nota: Dados desta pesquisa (2021).

Fonte: A autora, 2021.

5 DISCUSSÃO

Esse capítulo é destinado à discussão dos dados da pesquisa. Respeitando a metodologia, de forma sequencial, discutem-se os dados quantitativos, qualitativos e a integração dos mesmos.

5.1 Dados quantitativos

Nesse estudo o *alpha de Cronbach* geral foi de 0,717, conferindo alta confiabilidade ao questionário empregado para a realidade da população estudada. O coeficiente reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017), ou seja, indica se todas as partes do instrumento avaliam a mesma característica. O valor a ser encontrado varia de 0 a 1, sendo 1 a melhor confiabilidade do instrumento, porém acima de 0,70 ou, de acordo com as ciências sociais, um valor até 0,60 é aceito e considera-se um instrumento de alta confiabilidade (MEDRONHO *et al.*, 2009).

5.1.1 Caracterização da amostra

Quanto às características sociodemográficas e de trabalho, houve predominância do sexo masculino (50,69%), semelhante ao encontrados em estudo (MOHAMMED; TADDELE; GUALU, 2021) com população de 422 participantes, no qual 56,4% eram do sexo masculino. A maior equipe profissional, nesse estudo, foi a medicina (63,89%), convergindo com a pesquisa de Correggio *et al.* (2014). Contrapondo o achado, a equipe de enfermagem prevaleceu com 78,1% dos participantes (MUNHOZ *et al.*, 2020), assim como em pesquisa na Suíça (66,6%) (MASCHEREK; SCHWAPPACH, 2017).

No ano de 2020, a demografia da medicina era composta de 53,4% homens e 46,6% mulheres, com uma tendência de feminização da medicina ao longo do último século (SCHEFFER *et al.*, 2020). O mesmo estudo traz que, considerando a população de 478.010 médicos em exercício no Brasil, 61,3% destes possuem um ou mais títulos de especialista,

sendo que 8,9% e 5,9% do cenário representam, respectivamente, a especialidade de cirurgia geral e anestesiologia. Esse dado é importante para compreender o perfil demográfico do estudo, pois essas especializações médicas são ofertadas pelo cenário estudado e encontram-se entre as cinco mais numerosas das especialidades.

Quanto à idade, a maioria possuía menos de 39 anos, assim como outros estudos (DEZORDI *et al.*, 2020; FERNANDES *et al.*, 2020; SANCHIS *et al.*, 2020). O perfil demográfico do profissional de saúde do setor público municipal no Brasil em 2018 era de 50% com idade entre 30 e 32 anos (GAMA; CORREA, 2021).

Analisando a categoria profissional, verificou-se a predominância de instrumentadores e circulantes de sala (26,39%), que na unidade são os técnicos e auxiliares de enfermagem. Tal dado corrobora com outras pesquisas (SALGADO *et al.*, 2020; SANCHIS *et al.*, 2020). A enfermagem é a maior força de trabalho das organizações de saúde, essencial para os cuidados centrados e integrados nas pessoas, seu reconhecimento foi elevado e decisivo frente aos desafios enfrentados pela população mundial, num cenário de emergência internacional como a pandemia da COVID-19 (DE OLIVEIRA *et al.*, 2020). Diante disso, a literatura pontua que a enfermagem possui poder para mover a cultura organizacional em direção a um clima de segurança positivo (WENG; KIM; WU, 2017).

Dados de 2018 trazem aumento de 39% no número de profissionais de enfermagem (DE OLIVEIRA *et al.*, 2020), com uma projeção para um crescimento de 51% para 2030 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020). Dados de um cenário mundial apontam a equipe de enfermagem sendo 59% da força de trabalho em saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). No cenário brasileiro, a equipe de enfermagem constitui-se de aproximadamente 70% dos profissionais de saúde, seguidos por médicos com 15,70%, construindo assim uma proporção de 1,07 enfermeiros e 4,47 profissionais de enfermagem para cada médico no Brasil (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

Nesse estudo, mais da metade dos participantes trabalhavam há menos de 10 anos em centro cirúrgico e menos de sete anos na instituição. Acredita-se que tal fato aconteça pela particularidade do cenário estudado compor um hospital público de ensino. Um estudo (AMMOURI *et al.*, 2015) trouxe em seus achados, que enfermeiros com mais anos de experiência possuem maior percepção de clima de segurança do paciente e, também profissionais atuantes em hospitais universitários apresentando pontuação geral de clima de segurança mais alta do que enfermeiros de hospitais não universitários. Pode-se inferir que

enfermeiros de unidades de ensino possuem forte clima organizacional de aprendizagem e conhecimento sobre segurança do paciente.

5.1.2 Qualidade da comunicação dos profissionais

Nessa pesquisa, a comunicação e colaboração entre os profissionais do ambiente cirúrgico foi classificada, em sua maioria, como muito boa. Constatação importante, visto que tais atributos são fundamentais dentro de unidades de saúde visando oferecer um cuidado seguro e eficaz (SANTOS *et al.*, 2019). É válido realçar que essa comunicação deve ser eficaz para além dos profissionais, mas também entre eles e o paciente.

Ammouri (2015) atesta que a falta de comunicação entre profissionais de saúde constitui um dos principais contribuintes para erros. Em seu estudo em Omã, as contribuições giram em derredor de estimular a liderança a apoiar uma comunicação aberta, sem culpabilização, o aprendizado organizacional contínuo e o trabalho em equipe. A parceria entre os profissionais beneficia e impacta não somente a qualidade da assistência, como também o fortalecimento e percepção de clima de segurança do paciente (MUNHOZ *et al.*, 2020).

Um importante obstáculo na comunicação e no trabalho em equipe é o temor e relutância dos profissionais em compartilhar suas opiniões, percepções e entendimentos acerca do seu cotidiano laboral (MADALOZZO *et al.*, 2021). O ambiente cirúrgico possui uma particular complexidade e seus profissionais vivenciam, cotidianamente, situações estressoras que podem gerar conflitos e tornar o ambiente de trabalho tenso, desgastante e com dificuldades de relacionamento entre as equipes. No intuito de gerenciar essas situações, é importante adotar ferramentas administrativas, de comunicação, de negociação e estratégias que incentivem o trabalho em equipe (SANTOS *et al.*, 2019).

A união das equipes de saúde foi necessária ao combate de um inimigo comum, assim como transparência, boa comunicação, colaboração entre as equipes e adoção de práticas de segurança. A COVID-19 proporcionou benefícios que deveriam contribuir para estratégias de melhorias para a segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Sendo assim, a literatura explica a necessidade de união das equipes de saúde para combate da

COVID-19 e que as estratégias adotadas deveriam ser permanentes e não momentâneas, contribuindo para a segurança do paciente.

5.1.3 Domínios de clima de segurança do SAQ/CC: análise global e diferenças entre as equipes de saúde

A média do escore global do SAQ/CC foi 61,94. Esse dado revela que os profissionais percebem um clima de segurança neutro no ambiente laboral, visto que para considerá-lo positivo é necessário um escore superior a 75 pontos. Sugere importante lacuna de iniciativas a fim de melhorar a percepção de clima de segurança desses profissionais, como por exemplo, intervenções educacionais periódicas, consideradas primordiais para melhoria da percepção do clima de segurança (DEZORDI *et al.*, 2020).

Essa descoberta é semelhante ao estudo de clima de segurança na Etiópia que alcançou 44,8 (MOHAMMED; TADDELE; GUALU, 2021) e outros estudos nacionais que não alcançaram a pontuação para clima de segurança positiva (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014; FERNANDES *et al.*, 2020; ROCHA *et al.*, 2021). Contrapondo esses dados, resultados de estudo realizado no Rio Grande do Sul configuram um clima de segurança positiva (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2020). Esse contraste pode decorrer das diferenças no nível educacional, tipo de profissionais e estrutura das instituições.

Relevante destacar que questões de segurança do paciente geram impactos financeiros, sociais e psicológicos, por exemplo, aumento de custos e gastos em saúde, sofrimento emocional, dor, interrupção temporária ou permanente das atividades laborais, que podem atingir tanto o paciente, quanto a instituição (DA COSTA *et al.*, 2018). Um clima de segurança frágil no CC pode contribuir para acontecimento e danos incorrigíveis e prejuízos ao paciente (COSTA *et al.*, 2021).

Comumente, os profissionais de saúde convivem com condições precárias de trabalho, seja por escassez de recursos humanos e materiais, o que leva à elevada carga de trabalho, jornadas prolongadas; e ainda as dificuldades para pausas e repouso (HELIOTERIO *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2018). As condições impostas para o desenvolvimento das atividades laborais podem impactar na resolutividade dos serviços de saúde e na capacidade de atender às demandas existentes. Com a pandemia da COVID-19, foi necessário intensificação dos

esforços e exigências frente às necessidades específicas do momento, podendo esse cenário incrementar a deterioração dessa capacidade (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Um ambiente de trabalho seguro integra melhoria nas condições laborais, redefinição de séries assistenciais e adoção de protocolos de recomendações da COVID-19 (PARENTE *et al.*, 2021). Condições dificultosas podem levar a erros, relacionados a fatores organizacionais, ambientais e de complexidade do cuidado (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Na avaliação dos seis domínios que compõem o SAQ/CC, os achados apontaram que apenas o domínio ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’ (77,91) foi percebido por ambas as equipes profissionais como positivo para a atitude de segurança no ambiente de trabalho. O resultado é congruente com estudo realizado por Dezordi (2020). É um importante achado, tendo em vista que esse domínio é o diferencial do instrumento específico para o cenário estudado (FERNANDES *et al.*, 2021).

A comunicação é de magnitude no cenário cirúrgico, tanto que compõem um dos dez objetivos essenciais para cirurgia segura, a comunicação efetiva entre a equipe cirúrgica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). No ambiente cirúrgico, as relações interprofissionais são intensas e próximas, levando a possibilidade de um ambiente com relações conflituosas (SANTOS *et al.*, 2019). Nesses termos é necessária uma gestão que apoia a comunicação entres os profissionais de todos os níveis hierárquicos, levando em consideração que essa condição é inversamente proporcional à ocorrência de erros associados à segurança do paciente (MADALOZZO *et al.*, 2021).

O domínio que obteve menor escore (23,60) foi ‘Percepção do desempenho profissional’, sendo o domínio que menos contribuiu para o clima de segurança do paciente. Estudos no sul do Brasil (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014) e em hospital universitário brasileiro (FERNANDES *et al.*, 2020) trouxeram em seus resultados todas as seis dimensões com valores inferiores a 75, sugerindo que aspectos do clima de segurança do paciente precisam de investimentos e melhorias.

Nesse estudo, a equipe de enfermagem relatou melhor pontuação geral de clima de segurança do paciente (63,13) quando comparado à equipe médica (61,00), no entanto, não alcançou o valor mínimo para ser considerado um clima positivo. O resultado vai de encontro ao estudo realizado na Etiópia (MEKONNEN *et al.*, 2017) que conclui que os profissionais de enfermagem alcançam melhor escore geral de segurança do paciente quando comparado a outros profissionais de saúde.

Devido à natureza do trabalho dos enfermeiros, estes desempenham papel vital na manutenção e promoção da segurança do paciente (AMMOURI *et al.*, 2015). Evidencia-se

diante disso, que esses profissionais possuem maior consciência e responsabilidade com a segurança do paciente devido às atividades desempenhadas e pela proximidade do cuidado com o paciente.

Smith (2017), sugere que o CS faz parte da formação médica., sendo assim, é esperado que eles também tenham conhecimento dos princípios de segurança do paciente para tratamento de diversas complexidades de pacientes. Um estudo em dois hospitais na Arábia Saudita apresentou uma pontuação de clima de segurança mais baixa entre os médicos em comparação com enfermeiros (ALZHRANI; JONES; ABDEL-LATIF, 2018). Importante pontuar que um clima de segurança positivo se conquista através do comprometimento de todos os envolvidos no cuidado.

Segundo resultados explanados, houve diferença estatística entre as equipes de saúde em três dos seis domínios de CS, ‘Percepção do estresse’, ‘Percepção do desempenho profissional’ e ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’. Nos domínios ‘Percepção do estresse’ e ‘Percepção do desempenho profissional’, as médias na enfermagem mostraram-se significativamente maior. Acredita-se que a percepção do estresse entre as equipes profissionais pode estar interligada às diferentes cobranças das chefias e carga horária distinta das profissões (SALGADO *et al.*, 2020) e tal situação poderia gerar diversos estresses.

Diariamente, os profissionais de enfermagem lidam com situações de constante dinamismo, relacionadas ao quadro clínico do paciente, à gestão de recursos humanos (como faltas e rotatividade) ou mesmo a aspectos técnicos. Muitas vezes estão sob estresse, o que também pode afetar a qualidade dos cuidados de saúde (TONDO; GUIRARDELLO, 2017). Também pelo perfil de liderança e por ser a referência da equipe cirúrgica, os enfermeiros, reconhecem mais os estressores que influenciam na rotina laboral (DEZORDI *et al.*, 2020).

Diante desse perfil de liderança é requerido a esse profissional enfermeiro que atua no CC, para além de conhecimento técnico-científico, agilidade para tomada de decisões, organização, planejamento, habilidade para trabalhar em equipe, flexibilidade e comunicação eficiente com as outras equipes profissionais do setor (MARTINS; DALL’AGNOL, 2016).

Acredita-se também que pela interação com o outro, diversidade e complexidade, a Enfermagem é considerada uma profissão com suscetibilidade ao estresse (OLSSON; FORSBERG; BJERSÅ, 2016). Um ambiente de prática positiva é importante, para que o enfermeiro aumente seu comprometimento, satisfação, gerando impacto positivo no cuidado e melhores resultados para os pacientes (SILLERO-SILLERO; ZABALEGUI, 2019).

Um estudo (RIBEIRO *et al.*, 2018) trouxe a categoria médica como a que mais gera interrupções e distrações nas atividades da equipe de enfermagem, produzindo impactos

importantes na qualidade do ambiente de trabalho e estresse nos profissionais. Nesse estudo, foram apresentados como exemplos desses acontecimentos conversas paralelas, músicas, falta de materiais, ausência de anesthesiologista em sala cirúrgica, falha nos equipamentos, celulares, avisos verbais na porta da sala cirúrgica, preenchimento inadequado do *checklist* de cirurgia segura e aguardo pelo resultado de exames.

Em contrapartida no domínio ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’, a média da equipe médica foi superior. A literatura científica caracteriza as relações interpessoais entre as equipes profissionais do CC, como hierárquicas e verticalizadas, podendo gerar sentimento de desvalorização perante o reconhecimento profissional, adicionado a uma remuneração inadequada e exaustiva jornada de trabalho, refletindo assim nas relações entre as equipes e, posto isso, no bem-estar psíquico dos profissionais, como na qualidade da assistência prestada aos pacientes (TRAJANO *et al.*, 2017).

Dentre os possíveis causadores de problemas na comunicação e relacionamento interpessoal no CC, tem-se também o dimensionamento inadequado de pessoal frente às distintas demandas e funções; rotina do próprio setor; cultura organizacional vertical; sobrecarga de trabalho; tendência à formação de guetos profissionais; diferenças de cada profissional e corporativismo (SANTOS *et al.*, 2019).

Conflitos entre as equipes de saúde podem interferir no desenvolvimento do trabalho e gerar repercussões negativas na qualidade da assistência aos pacientes (SANTOS *et al.*, 2018). Em vista disso, os profissionais enfermeiros, devido sua atuação gerencial, precisam atentar-se às características individuais dos diferentes profissionais, com intuito de dirimir os conflitos (SANTOS *et al.*, 2019).

O modelo hospitalocêntrico, com poder hierarquizado e institucionalizado, afeta negativamente as relações interpessoais, gerando insatisfação, dificuldade na escuta e no diálogo entre a equipe multiprofissional (TRAJANO *et al.*, 2017). A forma como é organizado o trabalho dos profissionais, contribui para conflitos entre médicos e enfermeiros, observando uma maior valorização da equipe médica (SANTOS *et al.*, 2019). Os profissionais de saúde reconhecem a fortaleza do trabalho em equipe, no entanto, podem não vivenciá-lo na prática laboral. Diante desse achado, é necessário refletir sobre os motivos para tais conflitos entre as equipes nas unidades de saúde (MADALOZZO *et al.*, 2021).

Os técnicos de enfermagem relatam tais situações conflitantes no cotidiano laboral, referindo-se à existência de uma hierarquia implícita, gerando uma submissão da equipe para com a equipe médica (TRAJANO *et al.*, 2017). Possivelmente, esses estressores são mais

vivenciados por essa categoria profissional, pela estreita proximidade e interação deles com a equipe médica no decorrer do período transoperatório.

Sugere-se tomadas de decisões coletivamente, a fim de tornar impessoal o gerenciamento do processo de trabalho; uma escuta qualificada priorizando o diálogo; estímulo ao respeito entre os colegas de trabalho, assim como o envolvimento da equipe intencionando-se otimizar as relações interpessoais e promover a união grupal (TRAJANO *et al.*, 2017). Valioso também trabalhar a comunicação com meta de segurança, assim como instituído na Portaria 529/2013 (BRASIL, 2013a) objetivando uma comunicação de qualidade e uma assistência sem danos ao paciente.

5.1.4 Correlação dos domínios de clima de segurança com idade e tempo de experiência em centro cirúrgico

Esse estudo revelou que os profissionais de saúde com maior idade ($p=0,005$) e tempo de experiência ($p=0,002$) possuem maior percepção do estresse. É vultuoso reconhecer os fatores estressores como possíveis influenciadores para ocorrência de erros, em contrapartida negligenciá-los não contribui para a segurança do paciente. Nas unidades de saúde, os profissionais estão expostos a diversas situações estressantes, como elevada sobrecarga, condições de trabalho, por vezes, precárias, jornadas altas e, tais circunstâncias podem influenciar na qualidade de vida e atuação desses profissionais (FERREIRA, 2015; LIMA *et al.*, 2018). Porém, quando é possível encontrar no trabalho fontes de bem-estar e prazer, estas podem de alguma forma contrabalançar as dificuldades do ambiente laboral (MUNHOZ *et al.*, 2020).

Houve correlação também de idade ($p=0,015$) e tempo de experiência ($p=0,025$) com ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’. Via-se por esse caminho que o aumento da idade e experiência profissional, influenciam diretamente na interação social, atitudes, percepções e valores que as equipes compartilham em uma organização de saúde relacionando ao aumento da segurança do paciente (MOHAMMED; TADDELE; GUALU, 2021).

O domínio ‘Percepção do desempenho profissional’ apresentou correlação apenas com a idade. Estudo semelhante teve associação de clima de segurança do paciente com idade, tipo de hospital e unidades de trabalho, nos quais profissionais de saúde entre 25 e 34 anos tinham 75% menos probabilidade de ter boa percepção de clima de segurança do paciente em

comparação com aqueles que tinham 34 anos (MOHAMMED; TADDELE; GUALU, 2021). Sugere-se então que, os profissionais de saúde do CC estudado com maior idade reconheçam o quanto fatores estressantes, bem como os efeitos da sobrecarga e do cansaço, influenciam na atuação profissional.

Considera-se benéfico para segurança do paciente, manter um enfermeiro atuando na mesma área clínica por muito tempo, logo, ele atua com mais experiência (AMMOURI *et al.*, 2015). A utilização de programa de mentorias hospitalares é sugerida pelo autor, assim os enfermeiros mais experientes podem esclarecer, ensinar, orientar e modelar a cultura de segurança do paciente para os profissionais novatos da unidade.

Costa (2018) afirma que o problema de sobrecarga relacionado à enfermagem está intimamente interligado ao quantitativo insuficiente de profissionais. É possível que o déficit de recursos humanos seja reflexo da insatisfação com a carga excessiva de trabalho, condições de trabalho, jornadas desgastantes e sob pressão (ANDRADE *et al.*, 2018).

A literatura científica sugere adotar uma rotatividade, inspeção de atividades, redução do cansaço e sobrecarga de trabalho e apoio aos profissionais, almejando a satisfação deles (FERREIRA, 2015). Compreendendo que informações sobre clima de segurança do paciente constituem importantes indicadores para os gestores (DEZORDI *et al.*, 2020), cabe a eles incentivar a discussão sobre tais aspectos e aos profissionais apropriarem-se do conhecimento e reconhecimento para que se sintam confortáveis em manifestar sua condição física e mental, livre de medo em sofrer punições e discriminações (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2020). Os gestores hospitalares precisam adotar práticas baseadas em evidências e com isso, compreender os achados, traçar metas e atividades para o alcance de um clima de segurança do paciente positivo.

5.2 Dados qualitativos

5.2.1 Condição de trabalho

Diante da pandemia, as instituições de saúde precisaram oferecer atualizações com objetivo de aprimorar os conhecimentos sobre a COVID-19 e com isso, prestar um cuidado apropriado e de qualidade (MATSUBARA *et al.*, 2020). Profissionais de saúde e equipe de

gestão das instituições adotaram medidas restritas de controle, baseados em documentos atualizados, a serem realizadas da entrada até a saída dos pacientes das unidades de saúde (PARENTE *et al.*, 2021). As falas dos participantes do presente estudo corroboram com essas afirmações, pois eles utilizaram da literatura científica disponível para criação de protocolos para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 na instituição.

A literatura científica sugere discutir sobre as adaptações que podem ser feitas na lista de cirurgia segura, visando incorporar atitudes específicas para atendimento de pacientes em isolamento respiratório e proporcionar uma assistência englobando pacientes e profissionais (OLIVEIRA; GONÇALVES; DA COSTA LIMA, 2020).

Adotar atitudes atualizadas e embasadas em evidências científicas é primordial para um atendimento eficaz e com qualidade. A falta de treinamento impacta diretamente na produtividade e qualidade da assistência, sendo assim, é fundamental preparar as equipes de saúde para assistir, baseados em processos, protocolos e diretrizes (MATSUBARA *et al.*, 2020).

Para um ambiente de trabalho seguro, é necessário melhorias nas condições de trabalho, uma reformulação na assistência e instituição de protocolos de rotina com recomendações de controle a COVID-19. Além da implementação de medidas coletivas e institucionais, é essencial ofertar EPI, reorganizar o processo de trabalho a fim de reduzir os riscos de infecção por SARS-CoV-2 (PARENTE *et al.*, 2021).

Emergiu também em algumas falas as dificuldades quanto à adesão ao cumprimento das etapas dos protocolos institucionais. É grandioso ressaltar que na sala de cirurgia, todos os profissionais possuem papel fundamental para segurança do paciente (TOTI *et al.*, 2020). Embora variadas equipes profissionais atuem no CC, com objetivos e formação diferentes, todas necessitam atuar e valorizar o trabalho em equipe (COSTA *et al.*, 2021).

É uma estratégia de empoderamento e conquista em prol do interesse dos pacientes do SUS, o envolvimento total da equipe multiprofissional nas necessidades e demandas, no período perioperatório, para oferecimento de uma assistência com qualidade ao indivíduo e família (TRAJANO *et al.*, 2017). Embora haja estudo afirmando maior resistência da equipe médica na utilização de *checklist*, por exemplo o de cirurgia segura (TOTI *et al.*, 2020).

O engajamento das equipes de saúde foi efetivo e importante durante a pandemia da COVID-19, na qual foi necessário um cuidado de enfermagem em conjunto com toda equipe multiprofissional e a sistematização do cuidado com o apoio da gestão tornando possível o preparo das equipes e do ambiente hospitalar de forma que as adaptações estruturais

contribuíssem para os cuidados de enfermagem diante da exigência de intervenções específicas contra o vírus (PARENTE *et al.*, 2021).

No CC, a recepção do paciente é feita pela equipe de enfermagem, portanto a capacitação desses profissionais deve acontecer desde a definição e provisão das salas de cirurgia, até à escolha dos materiais a serem utilizados (PARENTE *et al.*, 2021). Sendo assim, a atuação em prol da segurança no período transoperatório tem se configurado uma particular atividade gerencial do enfermeiro (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

Nas falas foi possível identificar o enfermeiro também como um facilitador e transmissor das etapas dos protocolos da COVID-19. No que concerne à temática, o enfermeiro tem a atribuição de repassar seu conhecimento científico a sua equipe. Por meio da educação permanente pode-se manter os profissionais atualizados e capacitados (PARENTE *et al.*, 2021). Além disso, atuar com uma equipe despreparada gera sobrecarga e estresse aos demais profissionais envolvidos no cuidado (JÚNIOR *et al.*, 2020).

Sendo assim, foram necessários treinamentos para que os profissionais atuassem com segurança e qualidade, principalmente quanto à paramentação e desparamentação. O uso do EPI que antes da pandemia da COVID-19 era considerado minimizador dos riscos à saúde dos profissionais durante os cuidados a pacientes, se consolida como principal método de barreira afim de preservar a saúde dos profissionais em contato direto com pacientes acometidos pela COVID-19 (ALVES, 2020). As ações para proteção dos profissionais de saúde estão para além de fornecer equipamento de proteção individual, mas também capacitá-los para uso adequado com paramentação e desparamentação adequada (PARENTE *et al.*, 2021).

Os treinamentos auxiliam na redução do medo da transmissão e devem ser utilizados como estratégias de apoio, adicionados à providência de suprimentos básicos e subsídios de segurança do trabalho para a equipe de linha de frente (MIRANDA *et al.*, 2021). É fundamental que as instituições oportunizem o aprendizado dos profissionais para aprimoramento do conhecimento teórico-prático e assim lidem de forma adequada com as situações e adversidades do cotidiano laboral, especialmente durante a pandemia da COVID-19, que exigiu dos profissionais, preparo para manejar novas demandas (JÚNIOR *et al.*, 2020).

5.2.2 Clima de segurança

Os profissionais participantes das entrevistas percebem comprometimento da equipe cirúrgica com a segurança do paciente. A valorização da segurança do paciente e a implementação de medidas para essa finalidade devem ser prioridade de todos os profissionais, principalmente daqueles que ocupam cargos situados no topo do organograma, no intuito de que os resultados positivos sejam evidenciados nos processos de trabalho no âmbito da segurança do paciente (DA COSTA *et al.*, 2018). Os profissionais de CC estão mais propensos a ter contato com o vírus e receber grande carga viral, devido à combinação de instrumentos elétricos, dispersão de gases em procedimentos laparoscópicos, partículas de sangue em alta velocidade e sistemas de ventilação positiva (PARENTE *et al.*, 2021).

Dentre as falas, surgiu um conceito muito importante que constitui o *slogan* da Campanha Mundial da Segurança do Paciente de 2020: “*Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety*”. Campanha lançada globalmente pela OMS e com apoio do Ministério da Saúde que assume a importância da segurança do trabalhador de saúde na vida do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b).

Sendo assim, para garantir os cuidados de saúde à população, é necessário preservar a vida e saúde dos profissionais de saúde. Importante lembrar que no ambiente cirúrgico existe a chance do contágio paciente-profissional, mas também profissional-paciente, levando em conta a manipulação de vias aéreas durante procedimentos anestésicos e a dificuldade de comunicação entre as equipes (PARENTE *et al.*, 2021).

Dentre as medidas de segurança do paciente relatadas por profissionais de enfermagem, ligadas ao ato anestésico-cirúrgico, encontram-se: prover materiais necessários ao procedimento cirúrgico, disponibilizar a monitorização do paciente, apresentação do risco cirúrgico, conferir paciente e lateralidade corretos (TOTI *et al.*, 2020). Essas medidas de segurança também foram relatadas nas falas dos profissionais participantes do presente estudo.

Uma das medidas de segurança específicas do ambiente cirúrgico é o *checklist* de cirurgia segura, sendo que achados na literatura científica retratam que esse item apresenta dificuldades quanto à aceitação por parte da equipe, principalmente a médica que não o reconhece como ferramenta que contribua para prevenção ou redução dos erros em CC (TOTI *et al.*, 2020). De uma forma geral, é fundamental garantir condições seguras para

exercer as atividades laborais, com barreiras físicas proporcionadas pelos EPI, que não podem ser improvisadas, nem flexibilizadas (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

5.2.3 Percepção do estresse

Para além do risco da contaminação, a pandemia da COVID-19 demandou mais atenção à saúde dos profissionais de saúde, no qual foram frequentes sintomas como: ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, medo de se infectar assim como transmitir aos seus familiares e também exaustão pela excessiva carga horária de trabalho (JÚNIOR *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021). A preocupação em contaminar seus familiares é um risco psicossocial de alta relevância (HELIOTERIO *et al.*, 2020). Os profissionais de saúde sofreram impactos negativos na saúde mental, com repercussão no âmbito psicossocial e do seu bem-estar geral durante esse período sem precedentes em âmbito mundial (SANTOS *et al.*, 2021). Os achados na literatura explicam o que foi possível perceber pelas falas dos participantes, na qual apresentaram estresse, medo e alterações na saúde mental diante do enfrentamento da COVID-19.

Conhecer essas condições contribui para que instituições de saúde identifiquem e desenvolvam ações de promoção, tratamento e reabilitação psicossocial dos profissionais de saúde (MIRANDA *et al.*, 2021). O cenário pandêmico aumentou o estresse no ambiente de trabalho, afetando negativamente a qualidade de vida dos profissionais de saúde, isso pode onerar o sistema, através dos adoecimentos, absenteísmo e as licenças para tratamentos de saúde (JÚNIOR *et al.*, 2020). Miranda (2021) traz que, as mídias, noticiários e as *Fake News*, também contribuíram e afetaram a saúde mental dos profissionais.

É importante que cada profissional busque, individualmente, estratégias de enfrentamento para promoção da saúde mental e diminuição do estresse (JÚNIOR *et al.*, 2020). Um estudo chinês identificou meios dos profissionais lidarem com situações estressoras, por exemplo: busca por materiais psicológicos como livros de saúde mental; mensagens de autoajuda e métodos de enfrentamento disponíveis nas mídias sociais como recursos psicológicos; e procura por aconselhamento e psicoterapia (KANG *et al.*, 2020). Além disso, pode-se pensar em medidas como: redução da jornada de trabalho, valorização profissional, melhoria das condições de trabalho e ações de apoio social no trabalho (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

5.2.4 Percepção do desempenho profissional

Os trabalhadores na linha de frente em combate à COVID-19 tiveram suas jornadas de trabalho alteradas quanto a horas extras e ritmo de trabalho (PARENTE *et al.*, 2021). Horas extras que se correlacionam com estresse e tensão relacionados a atividades laborais (STURM *et al.*, 2019). Existe correlação significativa entre a cultura organizacional de segurança do paciente e o ambiente laboral, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, sendo que adicionados à fadiga influenciam a segurança do paciente (AL MA'MARI; SHAROOR; AL OMARI, 2020). Através das falas dos participantes foi possível perceber o quanto a redução de recursos humanos afetou na percepção de cansaço durante as atividades laborais.

É imprescindível que as unidades de saúde não priorizem aos profissionais de saúde alargadas jornadas de trabalho, sobretudo em momentos de pandemias (JÚNIOR *et al.*, 2020). Porém, o cenário de pandemia afetou a jornada de trabalho, causando alterações relacionadas às horas extras e ao ritmo de trabalho, sendo ainda os profissionais da linha de frente no enfrentamento à COVID-19, os mais expostos a contrair a doença por conta do contato direto (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Em surtos e pandemias, comumente, os profissionais de saúde trabalham mais horas, sem pausas e sob elevada pressão, o que os leva à fadiga e exaustão (SCHWARTZ; KING; YEN, 2020). Essas longas jornadas de trabalho podem levar a erros durante a prestação de cuidado, relacionados a fatores organizacionais, ambientais e de complexidade do cuidado, e aumentam a exposição ao agente infeccioso, acarretando maior exposição do trabalhador a doenças e acidentes (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

5.2.5 Percepção da gerência

De acordo com as falas, os profissionais se sentiram amparados pela gestão da unidade de saúde. É importante no processo de atenção à saúde laboral, que os profissionais sintam-se verdadeiramente apoiados e que não se sintam estigmatizados (PETZOLD; PLAG; STRÖHLE, 2020). A atenção às necessidades dos trabalhadores de saúde contribui para redução do estresse, levando ao aumento da compaixão, maior satisfação com a vida, menor

exaustão com as atividades laborais e menos angústia. Consequentemente, gera impactos positivos na saúde mental e na qualidade da assistência prestada por esses profissionais (JÚNIOR *et al.*, 2020).

Porém os profissionais relatam que a falta de informação por parte da gestão, gerava inseguranças e incertezas. A comunicação é elencada, na literatura científica, como estratégia para profissionais de saúde lidarem com estresse no combate a COVID-19; por parte das chefias, com propagação de histórias de sucesso e constantes atualizações sobre a realidade local da pandemia (LIEW *et al.*, 2020; MIRANDA *et al.*, 2021).

Sendo assim, é necessário investir na qualidade da informação a respeito da saúde dos trabalhadores de saúde, a fim de mensurar de forma adequada os indicadores de saúde e nortear ações de vigilância e inspeção dos ambientes laborais, respaldando a tomada de decisão da gestão, favorecendo a segurança no trabalho em saúde e contribuindo para a pesquisa em saúde (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

No estudo de Madalozzo (2021), os profissionais participantes percebem preocupação da gestão com a segurança do paciente, através de suas ações e comportamentos. Assim como no presente estudo, no qual os participantes perceberam boa gestão de insumos e amparo aos profissionais. O envolvimento da gestão é fundamental para disseminar o clima de segurança e, por conseguinte, avaliar, planejar e implementar ações de melhoria (DA COSTA *et al.*, 2018).

É necessário um clima de confiança em que os erros possam ser explicitados e os profissionais tenham a segurança de que não serão punidos, assim poderá haver aprendizado a partir dos eventos adversos (SIMSEKLER *et al.*, 2020). A fim de fortalecer o clima de segurança do paciente, a gestão deve priorizar um modelo de liderança participativa, horizontal, eficaz, seguro e que contemple as necessidades de pacientes e profissionais (DA COSTA *et al.*, 2018).

O bom desempenho dos trabalhadores de saúde adicionado ao da gestão está relacionado ao clima de segurança do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2020; REE; WIIG, 2020). A literatura científica elenca como iniciativas para proteção ao avanço da pandemia, investimentos em treinamentos abordando variadas temáticas da COVID-19; aquisição de EPI, assim como treinamento para uso adequado; diminuição das jornadas de trabalho; novos fluxos de atendimento nos serviços de saúde; testagem dos profissionais de saúde com vigilância e acompanhamento de sintomáticos e assintomáticos; oferta de apoio psicológico e suporte social aos familiares (HELIOTERIO *et al.*, 2020). Sendo assim, essas atitudes podem

ser assumidas pelas gestões de unidades de saúde a fim de propagar um clima de segurança do paciente positivo.

5.2.6 Comunicação no ambiente cirúrgico

Os profissionais participantes das entrevistas declararam a necessidade de uma comunicação única e mais abrangente, por exemplo, utilizando como estratégia, as reuniões. As reuniões grupais no CC podem ser utilizadas como estratégia pela gestão para se aproximar da realidade dos diversos membros da equipe, conhecer suas dificuldades e assim promover ações com foco no fortalecimento das questões relacionadas (TRAJANO *et al.*, 2017). O diálogo efetivo entre chefias e equipes, por meio desses encontros, melhora o ambiente de trabalho, proporciona identificar antecipadamente situações vividas pelas equipes de saúde (MIRANDA *et al.*, 2021).

Estratégias grupais a fim de amenizar os ruídos na comunicação são necessárias, visto que isso implica na qualidade da assistência prestada (TRAJANO *et al.*, 2017). O mesmo autor sugere a necessidade de reuniões frequentes para que pautas referentes às problemáticas do serviço possam ser abordadas e propostas de resolução construídas, por conseguinte, tensões que abordem a relações interpessoais podem ser minimizadas.

No cenário estudado, através das falas, a comunicação foi dita como dificultosa, dessa forma é valioso estreitar os laços de comunicação entre os profissionais, sem imposições, barreiras ou ruídos e assim, evitar conflitos e contradições entre as informações que são compartilhadas sobre o processo saúde-doença, tais atitudes podem melhorar a comunicação e o trabalho em equipe (TRAJANO *et al.*, 2017).

Em contrapartida, a comunicação com a equipe de enfermagem foi identificada com facilitadora pelos participantes. Melhorias na assistência gerenciadas por enfermeiros criam benefícios aos usuários e trabalhadores através de uma comunicação verdadeira, focando no respeito entre os profissionais, na interação e cooperação entre saberes e fazeres das equipes (DA COSTA *et al.*, 2018).

Encontra-se entre os parâmetros de uma boa comunicação, equipamentos com funcionamento adequado. Diante disso, o enfermeiro precisa além de assumir o cuidado direto ao paciente, administrar recursos físicos, humanos e materiais (GUARDA *et al.*, 2021; SANTO *et al.*, 2019) necessários ao cuidado cirúrgico, contribuindo para um trabalho

harmônico e sem danos ao paciente, que poderiam ser causados pela ausência de material ou pela suspensão de cirurgias. Sendo assim, esse profissional precisa compreender que tais intercorrências afetam diretamente a qualidade e segurança da assistência, impactando também a rotina de todos os profissionais envolvidos (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

Os profissionais de enfermagem demonstram necessidade de garantir a segurança do paciente (TOTI *et al.*, 2020). É o profissional que assume pela maior parte do tempo o cuidado direto ao paciente, coordena a equipe de enfermagem, administra recursos físicos, humanos e materiais.

A deficiência de materiais e equipamentos reflete em questões estruturais e financeiras e assolam a saúde pública, constituindo fato corriqueiro que desgasta as relações no ambiente de trabalho (TRAJANO *et al.*, 2017). Em estudo de Correggio (2014), se a manutenção preventiva não é realizada, contribui para a falta de segurança pois a qualquer momento pode haver falhas nos equipamentos, situação que poderia ser evitada.

Assim como nas falas dos participantes desse estudo, na literatura científica foi possível encontrar que os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles e assim, não se sentem à vontade para questionar decisões ou ações de seus superiores. Eles não são comunicados sobre as mudanças implementadas a partir dos eventos relatados e ainda percebem pouca importância de seus gerentes com problemas que envolvam segurança do paciente (DA COSTA *et al.*, 2018).

Um estudo observou a existência de uma cultura que busca o culpado na ocorrência de incidentes, complementa afirmando que essa atitude não contribui para o aprendizado, sendo necessário mudanças com a intenção de impactar de forma positiva na segurança dos pacientes assistidos (RIBEIRO *et al.*, 2018). A resposta punitiva a erros cometidos pode ocasionar limitações no corpo clínico e gerencial e dificultar o registro de incidentes e riscos ao serviço de saúde (ANDRADE *et al.*, 2018).

É imperioso que os profissionais vivenciem relações de confiança com a gestão e seus pares a fim de que haja uma comunicação positiva em todas as direções, sendo assim, pode-se propor esquemas flexíveis que auxiliem na consolidação de efetivos canais de comunicação entre níveis hierárquicos distintos, influenciando o relato de erros sem degradação das relações estabelecidas (LINDBERG WAHLÉN; PELLGAARD, 2020).

5.3 Interseção dos dados

Embora através dos dados quantitativos o domínio com pontuação positiva para clima de segurança do paciente foi ‘Comunicação do ambiente cirúrgico’ e pelos qualitativos, o domínio com melhor avaliação, a partir das falas dos participantes, foi ‘Condição de trabalho’. Sendo assim, o que foi percebido por meio das análises estatísticas não corroboram os dados conseguidos através das falas dos profissionais participantes.

Lembrando que o domínio ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’ (77,91) refere-se à comunicação e colaboração entre os profissionais do CC, com as falas (9,12%) referentes a esse domínio emergiram temáticas como a necessidade de reuniões para uma melhor comunicação entre as equipes, as dificuldades vivenciadas pelos profissionais, assim como também a existência de uma cultura punitiva e a necessidade de equipamentos com bom funcionamento para garantir uma assistência de segurança.

Engenhoso adotar como estratégia de aproximação da realidade dos membros da equipe, as reuniões grupais no centro cirúrgico. Assim, a gestão pode conhecer as dificuldades vivenciadas pelas equipes, propor melhorias e estreitar as relações interprofissionais (MIRANDA *et al.*, 2021; TRAJANO *et al.*, 2017).

Enquanto isso, o domínio ‘Condição de trabalho’ (63,62) retrata a percepção do profissional quanto ao ambiente laboral. Embora não tenha alcançado pontuação para que esse domínio influenciasse de forma positiva o clima de segurança do ambiente estudado, foi o domínio com maior predominância nas falas (38,99%). Acredita-se que esse resultado se deu devido ao momento em que a pesquisa foi realizada, sendo assim, emergiram múltiplas falas refletindo o cenário atual, como a criação do protocolo COVID-19, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais acerca da adesão a esse protocolo, e a enfermagem sendo identificada como liderança durante a instalação dos protocolos.

Importante reflexão pode ser feita como o domínio ‘Percepção do desempenho profissional’ que embora tenha apresentado menor escore para clima de segurança do paciente (23,60), esteve presente em parte das categorias da etapa qualitativa. Ao lembrar que se trata da repercussão do cansaço e da sobrecarga de trabalho no desempenho profissional é possível observar que esses fatores estão presentes nas falas das categorias criadas pela análise dos dados qualitativos, ‘Protocolo Covid-19’ e ‘Sentimentos’.

Os desafios enfrentados para instalação de protocolos de controle e prevenção da COVID-19 fizeram com que os profissionais relatassem cansaço durante suas atividades

laborais. Profissionais de saúde reconhecem o cansaço e a excessiva jornada laboral como fator que prejudica o desempenho do trabalho, traduzidos em menor eficiência e produtividade (RIBEIRO; CUNHA, 2018). Estudo aponta que a insatisfação da enfermagem com seu exercício profissional se relaciona com o acúmulo de atividades e escassez de perspectivas de obter novos conhecimentos, podendo prejudicar a qualidade do seu cuidado ao paciente (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

O sentimento de medo foi vivenciado pelos profissionais da linha de frente no enfrentamento da COVID-19. O medo está entre os sinais e sintomas de sofrimento psíquico vivenciados por esses profissionais, assim como ansiedade, depressão, insônia, estresse e esgotamento físico e mental (MIRANDA *et al.*, 2021). O estudo da FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, intitulado: ‘Os trabalhadores invisíveis da Saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil’ expressa as verdadeiras condições de vida e trabalho de médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam diretamente na assistência e no combate à pandemia do novo coronavírus. A pesquisa evidencio uma invisibilidade dos profissionais de saúde, podendo levar ao adoecimento, o desestímulo e a desesperança (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

Sendo a enfermagem considerada a espinha dorsal dos serviços de saúde, mais investimentos devem ser empregados em estratégias a fim de identificar as necessidades psicossociais e situações de vulnerabilidade emocional dos profissionais de saúde (MIRANDA *et al.*, 2021). Diante desses achados é importante que a gestão proponha ações que valorizem as equipes de saúde e modifiquem a percepção desses profissionais quanto a sua importância no cuidado e seu papel fundamental na segurança do paciente, bem como estimulem um clima de segurança positivo na instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral proposto para esse estudo foi alcançado, pois foi possível analisar o clima de segurança no centro cirúrgico pelo olhar da equipe multiprofissional. Os resultados do estudo apresentaram um clima de segurança do paciente frágil (61,94), traduzido por escore abaixo de 75. Evidenciou-se pontuação satisfatória apenas no domínio ‘Comunicação no ambiente cirúrgico’, denotando boa articulação para troca de informações entre as equipes do CC.

Depreendido os resultados encontrados, essa pesquisa permitiu identificar as diferenças dos domínios de clima de segurança entre as equipes médica e de enfermagem, compreender esses domínios pela ótica da equipe multiprofissional em tempos de pandemia de COVID-19 e comparar os domínios de clima de segurança do paciente, apontando as interseções, em tempos da pandemia da COVID-19.

Considera-se a pesquisa relevante para prática, pois identificar as fragilidades do ambiente laboral permite reflexões por melhorias em busca de um cuidado seguro e com qualidade; para a instituição, por permitir aos gestores conhecerem os resultados encontrados e, a partir de então, desenvolver ações e intervenções educacionais, influenciando um clima de segurança positivo; e para a sociedade, pois estimular estudos desse cunho impulsionam que os ambientes de cuidado em saúde alcancem um clima de segurança do paciente positivo, logo, um ambiente mais seguro e com cuidado de qualidade.

Sugerem-se novos estudos no âmbito nacional sobre clima de segurança do paciente, visando aprofundar a temática entre diversos cenários cirúrgicos, sobretudo, com desenho de estudo misto, a fim de permitir futuras comparações, e fortalecer o clima de segurança do paciente. Sendo assim, espera-se estimular melhorias na segurança do paciente, incentivar intervenções educativas que fortaleçam o clima de segurança do paciente e promover o bem-estar laboral dos profissionais de saúde que atuam em centro cirúrgico.

Entre as **limitações** do estudo, destaca-se ter sido restrito apenas à unidade de centro cirúrgico de um hospital universitário, não sendo possível a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

- AL MA'MARI, Q.; SHAROUR, L. A.; AL OMARI, O. Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. **British Journal of Nursing**, v. 29, n. 1, p. 28–34, 2020. doi: 10.12968/bjon.2020.29.1.28
- ALVES, J. R. Recomendações em cirurgia durante a pandemia da covid-19. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 111–125, 20 maio 2020. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/731>. Acesso em: 8 dez. 2021.
- ALZHRANI, N.; JONES, R.; ABDEL-LATIF, M. E. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. **BMC Health Services Research** 2018 **18:1**, v. 18, n. 1, p. 1–7, 25 set. 2018. Disponível em: <https://bmchealthservres-biomedcentral-com.ez83.periodicos.capes.gov.br/articles/10.1186/s12913-018-3542-7>. Acesso em: 2 nov. 2021.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS *et al.* **Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic**. American Society of Anesthesiologists (ASA). p. 1–6, 2020. Disponível em: <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2020/04/joint-statement-on-elective-surgery-after-covid-19-pandemic>. Acesso em: 16 fev. 2022.
- AMMOURI, A. A. *et al.* Patient safety culture among nurses. **International Nursing Review**, v. 62, n. 1, p. 102–110, 1 mar. 2015. doi: 10.1111/INR.12159
- ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais Brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161–172, 1 jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzPMjFXMpcmzSZTJ5bSSyB/?lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Avaliação da Anvisa sobre doses de reforço para as vacinas contra a Covid-19**. Anvisa, v. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-faz-recomendacoes-sobre-doses-de-reforco-de-vacinas-contracovid-19/copy_of_Voto214SEIDIRE2Avaliacaodosesreforco25351.931900_2021_841.pdf. Acesso em: 9 fev. 2022.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 06/2020: Orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos - Revisão: 29.05.2020**. Brasília: Anvisa, maio de 2020. Disponível em: https://covid-19.campinas.sp.gov.br/sites/covid-19.campinas.sp.gov.br/files/recomendacoes-tecnicas/Procedimentos%20Cir%C3%BArgicos%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20o%20controle%20das%20infec%C3%A7%C3%B5es%20pelo%20novo%20coronav%C3%ADrus%20SARS-CoV-2%20Nota%20T%C3%A9cnica%20GVIMS.GGTES_.ANVISA%20N%C2%BA%2006-2020%2029.05.2020.pdf. Acesso em: 9 fev. 2022.

ARORA, V. *et al.* You Need a Plan: A Stepwise Protocol for Operating Room Preparedness During an Infectious Pandemic. **Federal Practitioner**, [S.l.], v. 37, n. 5, p. 212–218, 2020. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32454574>. Acesso em: 22 ago. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Recomendações relacionadas ao fluxo de atendimento para pacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo covid-19 em procedimentos cirúrgicos ou endoscópicos**. v. 53, n. 1, p. 1–9, 2020. doi: 10.11693/hyhz20181000233.

BAHAR, S.; ÖNLER, E. Turkish Surgical Nurses' Attitudes Related to Patient Safety: A Questionnaire Study. **Niger J Clin Pract.**, [S.l.], v. 23, p.470-475, 2020. Disponível em: <https://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2020;volume=23;issue=4;spage=470;epage=475;aulast=Bahar>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BARATTO, M. A. M. *et al.* Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 11, p. 4126–36, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11500/13368>. Acesso em: 7 jul. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 8 set. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul 2013. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e. Acesso em: 1 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial União**: seção 1, Brasília, DF, p.43-44, 2 abr. 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 9 ago. 2020.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Situação Epidemiológica (04/02/2020 a 27/03/2021). **Boletim Epidemiológico Covid-19 Nº. 52**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021a. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. **Nota Técnica Nº27/2021**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-27-2021-secovid-gab-secovid-ms.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. **Quinquagésimo terceiro informe técnico - Orientações técnicas relativas à continuidade da campanha nacional de vacinação contra a COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021c. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Pauta-55-Informe-53-v2.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo CORONAVÍRUS 2019 – covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19>. Acesso em: 9 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Nº 98 - Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-98-boletim-coe-coronavirus.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3304552295415. Acesso em: 3 ago. 2020.

CARVALHO, P. A. *et al.* Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1041–1048, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MJkrBpBLFXdkL3g5bctXqGf/?lang=en>. Acesso em: 7 jul. 2020.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Orientações Para Retorno De Cirurgias Eletivas Durante a Pandemia De Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2020/05/PROPOSTA-DE-RETOMADA-DAS-CIRURGIAS-ELETIVAS-30.04.2020-REVISTO-CBCAMIBSBASBOT-ABIH-SBI-E-DEMAIS.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

COOPER, S.; PORTER, J.; ENDACOTT, R. Mixed methods research: A design for emergency care research. **Emergency Medicine Journal**, v. 28, n. 8, p. 682–685, ago. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20713360/>. Acesso em: 27 out. 2020.

CORREGGIO, T. C. DA; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. DE F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 19, n. 2, p. 67–73, 2014. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/60>. Acesso em: 7 jul. 2020.

COSTA, C. C. *et al.* Construction and validation of a checklist for operating room as a patient safety device. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 24 mar. 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71752>. Acesso em: 25 nov. 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3º ed. PORTO ALEGRE: Artmed, 2010.

DA COSTA, D. B. *et al.* Patient safety culture: Evaluation by nursing professionals. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 3, 6 ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2021.

DE OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* State of nursing in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, 9 dez. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/nwPZbvkYp6GNLsZhFK7mGwd/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2021.

DE OLIVEIRA, J. L. C. Data integration in mixed-method research studies: Challenge and opportunity for nursing. **Texto e Contexto Enfermagem**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/WDgMcQxRLvmjQrwbQVMkb7K/?lang=en>. Acesso em: 8 fev. 2022.

DE OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Mixed methods appraisal tool: fortalecimento do rigor metodológico de pesquisas de métodos mistos na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, 27 ago. 2021. Disponível em <http://www.scielo.br/j/tce/a/94hH4yP3MvXtzipqS4ycPNp/?lang=pt>. Acesso em: 9 fev. 2022.

DE OLIVEIRA, J. L. C.; DE MAGALHÃES, A. M. M.; MATSUDA, L. M. Mixed methods in nursing research: Application possibilities according to Creswell. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>. Acesso em: 26 out. 2021.

DEXTER, F. *et al.* Perioperative COVID-19 defense: an evidence-based approach for optimization of infection control and operating room management. **Anesthesia and analgesia** NLM (Medline), 26 jul. 2020. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.1213/ANE.0000000000004829>. Acesso em: 9 ago. 2020.

DEZORDI, C. C. M. *et al.* Clima De Segurança No Centro Cirúrgico: Atitudes Dos Profissionais De Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020. doi: 10.5380/ce.v25i0.65577. Acesso em: 30 set. 2020.

EPI INFO™ *et al.* Epi Info 7: a public domain suite of interoperable software tools designed for the global community of public health practitioners and researchers. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021.

FASSARELLA, C. S. *et al.* Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 767–773, 2019. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0376. Acesso em: 07 jul. 2020.

FERNANDES, L. F. G. *et al.* Cultura de segurança em centro cirúrgico universitário. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. 119985164, 27 jun. 2020. Disponível em: <https://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/5164>. Acesso em: 30 nov. 2021.

FERNANDES, A. R. A. R. *et al.* Cultura da segurança no centro cirúrgico: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 23, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/65437>. Acesso em: 16 dez. 2021.

FERREIRA, A. P. Satisfaction, workload and stress among providers of a mental health service. **Rev Bras Med Trab**, 2015. Disponível em: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/rbmt_volume_13_nº_2_29320161552567055475.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Recomendações para o planejamento de retorno às atividades escolares presenciais no contexto da pandemia de Covid-19**. v. 3, n. 1, p. 1689–1699, 2021. Disponível em: <http://journal.unilak.ac.id/index.php/JIEB/article/view/3845%0Ahttp://dspace.uc.ac.id/handle/123456789/1288>. Acesso em: 8 fev. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Fiocruz lança cartilha sobre impactos da pandemia em trabalhadores da saúde**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-cartilha-sobre-impactos-da-pandemia-em-trabalhadores-da-saude>. Acesso em: 16 fev. 2022.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Saturation sampling in qualitative health research: Theoretical contributions. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. doi: 10.1590/s0102-311x2008000100003. Acesso em: 29 out. 2020.

GAMA, E. C.; CORREA, C. S. Demographic profile of workers in the municipal public sector by brazilian municipality. **Revista Fatec Zona Sul**, 2021. Disponível em: <http://revistarefas.com.br/index.php/RevFATECZS/article/view/529/0>. Acesso em: 30 nov. 2021.

GOMES, A. *et al.* Evidências sobre a segurança do paciente vítima de acidente motociclístico à luz do modelo proposto por Donabedian. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 2, 29 jun. 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/971>. Acesso em: 20 out. 2020.

GÖRAS, C. *et al.* Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). **BMC Health Services Research**. 2013, 13:104. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/104>. Acesso em: 18 ago. 2020.

GUARDA, A. F. DA *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre segurança do paciente em tempos de pandemia da COVID-19. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, v. 0, n. 6, 22 jan. 2021. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/2224>. Acesso em: 8 dez. 2021.

HELIOTERIO, M. C. *et al.* Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00289. Acesso em: 30 nov. 2021.

HONG, Q. N. *et al.* Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018. User guide. **University McGill**, p. 1–11, 2018. Disponível em: <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): **National Academies Press (US)**; 2001. PMID: 25057539. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>. Acesso em: 26 ago 2020.

JANG, H.; LEE, N.-J. Patient safety competency and educational needs of nursing educators in South Korea. **PLOS ONE**, v. 12, n. 9, p. e0183536, 5 set. 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0183536>. Acesso em: 30 nov 2021.

JÚNIOR, B. S. DE S. *et al.* Pandemia do coronavírus: estratégias amenizadoras do estresse ocupacional em trabalhadores da saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1.ESP, 3 ago. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3644> . Acesso em: 7 dez 2021.

KANG, L. *et al.* Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 87, p. 11–17, 1 jul. 2020. DOI: 10.1016/J.BBI.2020.03.028. Acesso em: 07 dez. 2021.

KAWANO, T. *et al.* Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. **Journal of anesthesia**, v. 28, n. 3, p. 467–470, jun. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24170220/> . Acesso em: 26 dez 2020.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. *et al.* Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 41, p. e20190177, 2020. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem . Acesso em: 15 dez 2021.

KRISTENSEN, S. *et al.* Adaption and validation of the safety attitudes questionnaire for the Danish hospital setting. **Clinical Epidemiology**, v. 7, p. 149–160, 2 fev. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4321416/> . Acesso em: 15 ago 2021.

LI, Q. *et al.* Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199–1207, 26 mar. 2020. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001316> . Acesso em: 12 ago 2020.

LIEW, M. F. *et al.* Preparing for CovID-19: Early experience from an intensive care unit in Singapore. **Critical Care**, v. 24, n. 1, p. 1–3, 9 mar. 2020. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-2814-x> . Acesso em: 7 dez 2021.

LIMA, S. *et al.* Health professionals' perception of the limitations to the notification of the error/adverse event. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. 19, p. 99–106, 2018. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18023>. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2993&id_revista=24&id_edicao=152. Acesso em: 15 nov. 2021.

LINDBERG WAHLÉN, J.; PELLGAARD, J. Factors in the nurse profession that have an impact on patient safety. **Högskolan Dalarna**. 2020. Disponível em: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:du-33877> . Acesso em: 1 dez 2021.

LISTYOWARDOJO, T. A. *et al.* A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 10, p. 253–262, 2017. DOI: [10.2147/JMDH.S136943](https://doi.org/10.2147/JMDH.S136943). Acesso em: 30 out. 2020.

LORENZINI, E. Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos [Tese] Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. p. 159, 2017. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158408> . Acesso em: 27 out 2021.

LOURENÇÃO, D. C. D. A. **Adaptação transcultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version para o contexto brasileiro**. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-16092015-133237/publico/TESE_DANIELA_LOURENCAO.pdf . Acesso em: 26 ago 2021.

LOURENÇÃO, D. C. DE A.; TRONCHIN, D. M. R. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 1–8, 2016. DOI: [10.1590/1982-0194201600002](https://doi.org/10.1590/1982-0194201600002). Acesso em: 07 jul. 2020.

LOURENÇÃO, D. C. DE A.; TRONCHIN, D. M. R. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, p. 1–11, 2018. DOI: [10.5216/ree.v20.47570](https://doi.org/10.5216/ree.v20.47570). Acesso em: 07 jul. 2020.

- MADALOZZO, M. M. *et al.* Cultura de segurança do paciente em um hospital acreditado de alta complexidade. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e55510616113, 11 jun. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.16113. Acesso em: 29 out. 2021.
- MAKARY, M. A. *et al.* Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 202, n. 5, p. 746–752, maio 2006. DOI: 10.1097/01.sla.0000216410.74062.0f. Acesso em: 26 out. 2020.
- MARTINS, F. Z.; DALL’AGNOL, C. M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 1–9, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.04.56945. Acesso em: 07 jul. 2020.
- MASCHEREK, A. C.; SCHWAPPACH, D. L. B. B. Patient safety climate profiles across time: Strength and level of safety climate associated with a quality improvement program in Switzerland - A cross-sectional survey study. **PLoS ONE**, v. 12, n. 7, 1 jul. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5533316/> . Acesso em: 30 nov. 2021.
- MATSUBARA, M. D. G. S. *et al.* Estratégias de treinamento admissional da equipe de Enfermagem de um Câncer Center durante a pandemia do COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2.ESP, 18 dez. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3784> . Acesso em: 7 dez 2021.
- MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo, Atheneu, 2009.
- MEKONNEN, A. B. *et al.* Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals: a cross-sectional study. **Safety in Health**, v. 3, n. 1, p. 1–11, 13 set. 2017. Disponível em: <https://safetyinhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40886-017-0062-9>. Acesso em: 1 nov. 2021.
- MIRANDA, F. B. G. *et al.* Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: ScopingReview. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. spe, p. 2021, 2021. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2020-0363. Acesso em: 07 dez. 2021.
- MOHAMMED, F.; TADDELE, M.; GUALU, T. Patient safety culture and associated factors among health care professionals at public hospitals in Dessie town, north east Ethiopia, 2019. **PLoS ONE**, v. 16, n. 2 February, p. 1–9, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0245966. Acesso em: 27 out. 2021.
- MUNHOZ, O. L. *et al.* Fatores associados aos domínios da cultura de segurança do paciente em unidades de perioperatório. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e660974734, 1 jun. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4734> . Acesso em: 27 out 2021.
- NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**. Anais. 2003. DOI: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17. Acesso em: 30 nov. 2021.
- OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Interface between accreditation and patient safety: Nursing team perspectives. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 54, 2020. DOI: 10.1590/S1980-220X2018053703604. Acesso em: 29 out. 2021.

OLIVEIRA, M. A. N.; ROSA, D. D. O. S. Conflicts and ethical dilemmas experinced by the nurse in the perioperative care. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1149, 2015. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.19423. Acesso em: 07 jul. 2020.

OLIVEIRA, T. DA C.; GONÇALVES, P. A.; DA COSTA LIMA, T. A. Adaptação da lista de verificação de cirurgia segura para o contexto da COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2.ESP, 18 dez. 2020. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4012> . Acesso em: 8 dez 2021.

OLSSON, C.; FORSBERG, A.; BJERSÅ, K. Safety climate and readiness for implementation of evidence and person centered practice - A national study of registered nurses in general surgical care at Swedish university hospitals. **BMC Nursing**, v. 15, n. 1, p. 1–12, 13 set. 2016. Disponível em <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0174-2>. Acesso em: 30 dez 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Fotografia da Enfermagem no Brasil**. Disponível em: <https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/> . Acesso em: 31 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. COVID-19: **Saúde e segurança ocupacional para os profissionais da saúde**. n. 3, p. 1–16, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 . Acesso em: 9 ago. 2020.

PARENTE, J. S. *et al.* The nurse's role in preventing SARS-CoV2 infections in the operating room during the COVID-19 El papel de la enfermera en la prevención. **Research, Society and Development**, v. 2021, p. 1–16, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17065> . Acesso em: 30 nov. 2021.

PARREIRA, S. T. *et al.* Cuidados de Enfermagem em Tempos de Pandemia: Uma Realidade Hospitalar. **Gazeta Médica**, v. 7, p. 165–170, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rcbc/a/PdC6LXHg6pXrTw5hvw4DqtR/?lang=pt> . Acesso em: 2 dez. 2021.

PETZOLD, M. B.; PLAG, J.; STRÖHLE, A. Umgangmit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. **Der Nervenarzt**, v. 91, n. 5, p. 1, 1 maio 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100457/> . Acesso em: 7 dez 2021.

PINHEIRO, J. P. A.; DE SOUSA UVA, A. Clima de segurança no bloco operatório: tradução, validação e aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança. **Revista Portuguesa de Saude Publica**, v. 34, n. 2, p. 107–116, 1 maio 2016. DOI: 10.1016/j.rpsp.2015.07.006. Acesso em: 19 ago. 2020.

PRACHAND, V. N. *et al.* Medically Necessary, Time-Sensitive Procedures: Scoring System to Ethically and Efficiently Manage Resource Scarcity and Provider Risk During the COVID-19 Pandemic. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 231, n. 2, p. 281–288, 1 ago. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.ez83.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC7195575/> . Acesso em: 11 ago 2020.

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. **Journal of Critical Care**, v. 28, n. 1, p. 51–61, fev. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22762933/> . Acesso em: 15 ago 2020.

REE, E.; WIIG, S. Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. **Nursing Open**, v. 7, n. 1, p. 256–264, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.386> . Acesso em: 16 fev 2022.

REIS, C.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. **Cad.SaúdePública**, v. 28, n. 11, p. 2199–2210, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019> . Acesso em: 12 ago 2020.

REIS, C. T.; PAIVA, S. G.; SOUSA, P. The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital survey on patient safety culture dimensions. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 9, p. 660–677, 2018. DOI: 10.1093/intqhc/mzy080. Acesso em: 07 jul. 2020.

RIBEIRO, H. C. T. C. *et al.* Distrações e interrupções em sala cirúrgica: percepção de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 2018, 20 ago. 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0042. Acesso em: 23 nov 2021.

RIBEIRO, I. C. A.; CUNHA, K. C. DA S. Evaluation of patient safety climate in an ophthalmic surgical hospital. **Enfermería Global**, v. 17, n. 4, p. 350–364, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.310741> . Acesso em: 7 jul 2020.

RIGOBELLO, M. C. G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728–735, 2012. DOI: 10.1590/s0103-21002012000500013. Acesso em: 07 jul. 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Vacinômetro**. Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://vacinacaocovid19.saude.rj.gov.br/vacinometro>. Acesso em: 8 fev. 2022.

ROCHA, R. C. *et al.* Patient Safety Culture in Surgical Centers: Nursing Perspectives. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 55, p. 1–9, 2021. DOI: 10.1590/S1980-220X2020034003774. Acesso em: 27 out. 2021.

SALGADO, R. G. F. *et al.* Clima de segurança dos profissionais da saúde em um hospital universitário. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, p. e93932523, 19 fev. 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i3.2523. Acesso em: 27 out. 2021.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. DEL P. B. **METODOLOGIA DE PESQUISA**. 5. ed. Porto Alegre, Penso, 2013.

SANCHIS, D. Z. *et al.* Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190174, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0174. Acesso em: 27 out. 2021.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Organizational culture and climate for patient safety in intensive care units. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. Special Issue, p. 121–127, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000700018

SANTO, I. M. DO E. *et al.* Conhecimento do enfermeiro sobre o processo de trabalho na Central de Material de Esterilização. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, p. e403, 2019. DOI: 10.25248/reas.e403.2019

SANTOS, D. C. M. *et al.* The impact of the Covid19 pandemic on the mental health of health professionals. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 27098–27114, 3 dez. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/40555> . Acesso em: 7 dez 2021.

SANTOS, K. C. B. DOS *et al.* Comunicação e relacionamento interpessoal no centro cirúrgico: aplicação da metodologia da problematização. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. e698, p. 1–7, 26 jun. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/698> . Acesso em: 18 jul 2021.

SANTOS, F. M. análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, p. 383–387, 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156> . Acesso em: 29 out 2020.

SANTOS, K. C. B. *et al.* Metodologia da problematização com Arco de Magueréz no centro cirúrgico oftalmológico de hospital universitário. **FACEMA**, v. 4, n. 1, p. 884–888, 5 abr. 2018. Disponível em: <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/337> . Acesso em: 30 nov 2021.

SCHEFFER, M. *et al.* **DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 30 nov 2021.

SCHWARTZ, J.; KING, C. C.; YEN, M. Y. Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak: Lessons From Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 15, p. 858–860, 28 jul. 2020. DOI: 10.1093/CID/CIAA255. Acesso em: 07 dez 2021.

- SEXTON, J. B. *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 1, p. 44, 3 abr. 2006. Disponível em : <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-44> . Acesso em: 12 ago 2020.
- SEXTON J. B. T. E. The Safety Attitude Questionnaire (SAQ) Guidelines for Administration. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety. **Research and Practice [Internet]**., 2003. Disponível em: http://www.nationalpatientsafetyfoundation.org/wp-content/uploads/2011/10/RG_SUPS_Sharing_Mod3_Sexton.pdf. Acesso em: 20 out 2020.
- SILLERO-SILLERO, A.; ZABALEGUI, A. Segurança e satisfação de pacientes com os cuidados de enfermeiros no perioperatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 29 abr. 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.2646.3142. Acesso em: 22 nov. 2021.
- SILVA, A. H. *et al.* Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica. **IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade**, p. 1–14, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322012000_ANALISE_DE_CONTEUDO_FAZEM_OS_O_QUE_DIZEMOS_UM_LEVANTAMENTO_DE_ESTUDOS_QUE_DIZEM_ADOTAR_A_TECNICA . Acesso em: 20 out 2020.
- SIMSEKLER, M. C. E. *et al.* Evaluation of patient safety culture using a random forest algorithm. **Reliability Engineering and System Safety**, v. 204, n. July, 2020. DOI: 10.1016/j.res.2020.107186. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343664544_Evaluation_of_Patient_Safety_Culture_Using_a_Random_Forest_Algorithm. Acesso em: 02 dez. 2021.
- SMITH, T. M. 5 steps to better patient safety training for residents, fellows An example from the eld. 2017. Disponível em: <https://www-ama-assn.ez83.periodicos.capes.gov.br/education/improve-gme/5-steps-better-patient-safety-training-residents-fellows> . Acesso em: 2 nov 2021.
- SOUZA, A. C. DE; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 649–659, 1 jul. 2017. DOI: 10.5123/S1679-49742017000300022. Acesso em: 30 nov. 2021.
- STURM, H. *et al.* Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. **PLoS ONE**, v. 14, n. 1, 1 jan. 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0209487. Acesso em: 04 dez. 2021.
- TAVARES, A. P. M. *et al.* Patient safety culture from the perspective of the nursing team. **Revista Rene**, v. 19, p. 3152, 2018. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193152. Acesso em: 14 jul. 2020.
- THE HEALTH FOUNDATION. Measuring safety culture. **London: The Health Foundation**, n. February, p. 305–313, 2011. Disponível em: <http://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture> . Acesso em: 15 ago 2020.

THE HEALTH FOUNDATION.EVIDENCE CENTER. **The measurement and monitoring of safety**. London: [s.n.]. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety> . Acesso: 26 ago 2020.

TI, L. K. *et al.* What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. **Canadian Journal of Anesthesia**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01617-4>. Acesso em: 9 ago. 2020.

TONDO, J. C. A.; GUIRARDELLO, E. DE B. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1284–1290, 1 nov. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/n5PxxGDqxt8rcFjpB4PkHVb/?lang=pt> . Acesso em: 25 nov. 2021.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, dez. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/> . Acesso em: 16 dez. 2021.

TOSO, G. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 37, n. 4, p. e58662, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.04.58662. Acesso em: 07 jul. 2020.

TOTI, I. C. C. *et al.* Perceptions of nursing professionals in the applying the safe surgery checklist. **J. nurs.health**, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18332> . Acesso em: 07 jul 2020.

TRAJANO, M. D. F. C. *et al.* Relações interpessoais no centro cirúrgico sob a ótica da enfermagem: estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 2, p. 159, 9 out. 2017. DOI: 10.17665/1676-4285.20175530. Acesso em: 30 nov. 2021.

TREVILATO, D.D. *et al.* Centro cirúrgico: recomendações para o atendimento de pacientes com suspeita ou portadores de COVID-19. **REV. SOBECC, SÃO PAULO. JUL./SET. 2020; 25(3): 187-193**. Disponível em: <https://www.revista.sobecc.org.br/sobecc/article/download/646/pdf>. Acesso em: 28 de jul. de 2020.

VACINAÇÃO contra a COVID-19: 151,5 milhões de pessoas estão totalmente imunizadas; 19% das crianças tomaram a primeira dose. **G1**. São Paulo: Globo Comunicação e Participações S.A., 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/vacinas/noticia/2022/02/08/vacinacao-contr-a-covid-1515-milhoes-de-pessoas-estao-totalmente-imunizadas.ghtml>. Acesso em: 8 fev. 2022.

VAN DOREMALEN, N. *et al.* Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 16, p. 1564–1567, 16 abr. 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2004973. Acesso em: 11 ago. 2020.

VON ELM E, ALTMAN DG, EGGER M, POCOCK SJ, GOTZSCHE PC, V. J. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. [s.d.]. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>. Acesso em: 16 dez 2021.

WAX, R. S.; CHRISTIAN, M. D. Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients. **Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie**, v. 67, n. 5, p. 568–576, 12 maio 2020. DOI: 10.1007/s12630-020-01591-x. Acesso em: 12 ago. 2020.

WEISER, T. G. *et al.* Perspectives in quality: Designing the WHO surgical safety checklist. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 22, n. 5, p. 365–370, 11 ago. 2010. DOI: 10.1093/intqhc/mzq039

WENG, S. J.; KIM, S. H.; WU, C. L. Underlying influence of perception of management leadership on patient safety climate in healthcare organizations - A mediation analysis approach. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 1, p. 111–116, 1 fev. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27920245/> . Acesso em: 13 dez 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. 2009 [s.l.: s.n.]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf . Acesso em: 7 jul 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions**. n. 9 July, p. 1–10, 2020a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114> . Acesso em: 10 ago 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership**. 2020. Geneva, Switzerland: [s.n.]. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279> . Acesso em: 1 nov 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm e health care**. 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> . Acesso em: 23 nov 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety**. 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020/objectives>. Acesso em: 7 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. [S.l.]: WHO Health Emergency Dashboard, 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 8 mar. 2022.

ZIMMERMANN, N. *et al.* Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - A validation study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, 2013. DOI: 10.1186/1472-6963-13-347

APÊNDICE A - Cultura de segurança no centro cirúrgico: uma revisão integrativa (artigo científico)

FERNANDES, A. R. R. A.; FASSARELLA, C. S.; CAMERINI, F. G.; HENRIQUE, D. de M.; NEPOMUCENO, R. de M.; SILVA, R. F. A. da. Cultura de segurança no centro cirúrgico: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 23, 2021. DOI: 10.5216/ree.v23.65437. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/65437>. Acesso em: 07 out. 2021.

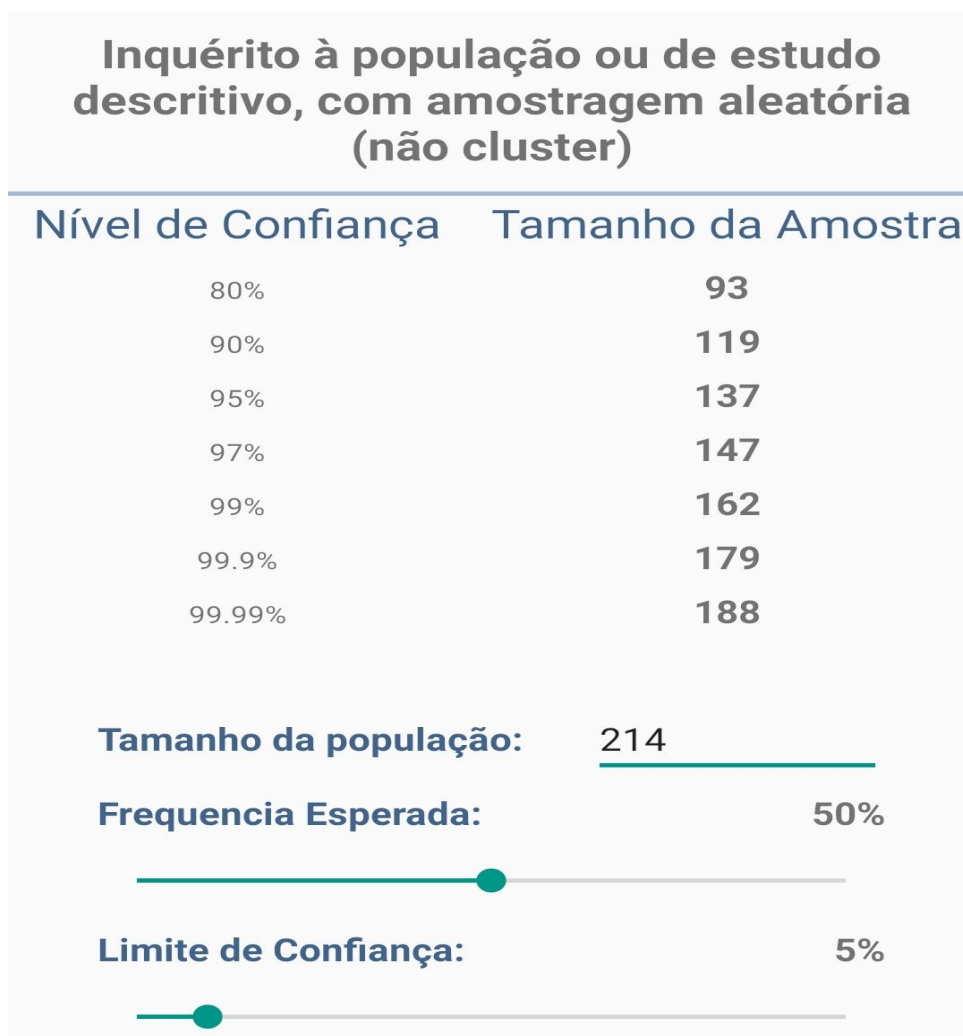
RESUMO

Objetivo: analisar as evidências científicas sobre cultura de segurança pelos profissionais de saúde relacionada ao ambiente do centro cirúrgico. Método: trata-se de uma revisão integrativa crítica com busca nas bases de dados Medline, Embase, LILACS, CINAHL, Scopus e Web of Science a partir dos descritores organizational culture, surgicenters, e health personnel. Resultados: foram selecionados 8 artigos, onde: 75% foram publicados pela enfermagem, foi também a classe profissional mais encontrada nos estudos. Na coleta de dados, 3 usaram o Hospital Survey on Patient Safety Culture, 3 o Safety Attitudes Questionnaire, 1 o Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room e 1 um survey on-line. Duas dimensões foram consideradas frágeis, o apoio da gerência e a comunicação. A com melhor pontuação foi o trabalho em equipe. Conclusão: evidencia-se o uso de variados instrumentos para a avaliação da cultura de segurança no centro cirúrgico, apesar de haver um instrumento de aplicabilidade específica.

Descritores: Cultura Organizacional; Centro Cirúrgico; Pessoal de Saúde.

Descriptors: Organizational Culture; Surgicenters; Health Personnel.

APÊNDICE B - Cálculo amostral



Fonte: EPI INFO™, 2021.

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista

Roteiro de Entrevista - Enfermeiro Líder

Objetivos e Instruções:

- Compreender os domínios de clima de segurança da equipe multiprofissional do centro cirúrgico em um hospital universitário, a partir das dimensões do Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico, SAQ/CC;
- O entrevistador solicita ao participante uma entrevista, destacando a finalidade, a partir dos objetivos do estudo;
- A entrevista é individual acontece em momento oportuno durante o período de trabalho, sem comprometer sua função;
- O ambiente deve ser tranquilo, agradável e informal, deixando os participantes à vontade para expor suas ideias, sentimentos, necessidades e opiniões;
- A técnica será gravada em dispositivo digital, mediante convite, autorização e assinatura do termo para gravação de áudio;
- Torna-se fundamental a comunicação sobre a garantia do sigilo e anonimato no estudo;
- A entrevistadora realizará as questões norteadoras aos membros da equipe multiprofissional;
- A entrevista tem por finalidade às repostas espontâneas dos participantes.

| Domínio | Questões Norteadoras | Eixos a Explorar |
|---------------------------|--|---|
| Clima de segurança | Como avalia o clima de segurança no ambiente cirúrgico na pandemia de covid-19? | Quais atitudes de segurança do paciente você identifica no centro cirúrgico, em tempos de pandemia de covid-19? Todas as equipes assumem responsabilidade pela segurança do paciente em tempos de pandemia de covid-19? Conte-me mais. |
| Gerência | Como você identifica atuação da gerência ? Dê exemplo. | A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho em tempos de pandemia da covid-19? Conte-me, você recebe retorno do seu desempenho no centro cirúrgico em tempos de pandemia da covid-19? Diga-me, como é trabalhar neste hospital em tempos de pandemia de covid-19? |
| Estresse | Com relação ao estresse , como se sente no dia a dia no seu trabalho na pandemia da covid-19? | Diga-me, você se sente exausto com seu trabalho em tempos de pandemia de covid-19? Sente que trabalha demais? |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| Condição de trabalho | Quanto à condição de trabalho , como avalia na pandemia da covid-19? | Na sua ótica, você aprende com erros que ocorrem em tempos de pandemia de covid-19? Você recebeu informações oportunas em tempos de pandemia de covid-19? Poderia dizer-me, você teve facilidade para fazer perguntas em tempos de pandemia? |
| Comunicação | Quanto à comunicação no ambiente cirúrgico, como avalia a transmissão e equipamentos de informação na pandemia da covid-19? | Diga-me, como identifica a transmissão de informações no atendimento de um paciente no centro cirúrgico em tempos de pandemia de covid-19? |
| Desempenho profissional | Com relação ao desempenho profissional , como considera e avalia o seu trabalho na pandemia da covid-19? | Conte-me, quando você se sente cansado em tempos de pandemia de covid-19, acha que afeta seu trabalho? |

Fonte: A autora, 2022.

APÊNDICE E – Orçamento da pesquisa

Orçamento da pesquisa

| Material/Equipamentos | Quantidade | Valor unitário | Total |
|---|------------------------|----------------|---------------------|
| Acesso à internet | Ilimitado | R\$ 100,00 | R\$ 100,00 |
| Resma de Papel | 2 | R\$ 30,00 | R\$ 60,00 |
| Canetas | 5 | R\$ 4,00 | R\$ 20,00 |
| Envelope | 2 pcts de 100 unidades | R\$ 25,00 | R\$ 50,00 |
| Grampo para grampeador | 1 | R\$ 10,00 | R\$ 10,00 |
| Grampeador | 1 | R\$ 20,00 | R\$ 20,00 |
| Xerox | 1000 | R\$ 0,25 | R\$ 250,00 |
| Recarga de cartucho Preto de impressora | 2 | R\$ 30,00 | R\$ 60,00 |
| Recarga de cartucho colorido de impressora | 2 | R\$ 40,00 | R\$ 80,00 |
| Livros | 2 | | R\$ 250,00 |
| Deslocamento da pesquisadora ao local de coleta - Veículo próprio | – | R\$ 50,00 | R\$ 300,00 |
| Total | | | R\$ 1.200,00 |

Fonte: A autora, 2022.

APÊNDICE F- Distribuição das categorias a partir das unidades de significação. Rio de Janeiro, 2021

| CÓD | UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO | UR (FA) | % UR | CATEGORIAS | UR POR CATEGORIA (FA) | UR POR CATEGORIA (FR%) |
|-------|---|---------|---------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | SEGURANÇA DO PACIENTE | 26 | 8,18% | CLIMA DE SEGURANÇA | 52 | 16,35% |
| 4 | ATTITUDES DE SEGURANÇA | 16 | 5,03% | | | |
| 3 | META DE SEGURANÇA: IDENTIFICAÇÃO | 7 | 2,20% | | | |
| 2 | ATITUDE DOS PROFISSIONAIS PÓS VACINA | 3 | 0,94% | | | |
| 6 | ATITUDE DA GERÊNCIA | 15 | 4,72% | PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA | 29 | 9,12% |
| 5 | DESEMPENHO DO HOSPITAL | 7 | 2,20% | | | |
| 8 | ENFERMAGEM NA GERÊNCIA | 5 | 1,57% | | | |
| 7 | NSP | 2 | 0,63% | | | |
| 10 | SENTIMENTOS | 27 | 8,49% | PERCEPÇÃO DO ESTRESSE | 44 | 13,84% |
| 11 | ESTRESSE | 9 | 2,83% | | | |
| 9 | SAÚDE MENTAL | 8 | 2,52% | | | |
| 12 | PROTOCOLO COVID DO CENTRO CIRURGICO | 60 | 18,87% | CONDIÇÃO DE TRABALHO | 124 | 38,99% |
| 15 | AS INFORMAÇÕES DIVULGADAS | 25 | 7,86% | | | |
| 13 | TREINAMENTOS | 16 | 5,03% | | | |
| 16 | ABERTURA PARA PERGUNTAS | 10 | 3,14% | | | |
| 18 | APRENDIZADO COM O ERRO | 6 | 1,89% | | | |
| 17 | TROCA DE INFORMAÇÕES ENTRE EQUIPES | 4 | 1,26% | | | |
| 14 | A SEGURANÇA DO PACIENTE E AS EQUIPES DE SAUDE | 3 | 0,94% | | | |
| 21 | COMUNICAÇÃO | 19 | 5,97% | COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE CIRÚRGICO | 29 | 9,12% |
| 19 | MATERIAIS DISPONÍVEIS | 7 | 2,20% | | | |
| 22 | MEDO DE PUNIÇÃO | 2 | 0,63% | | | |
| 20 | ESTRUTURA FÍSICA | 1 | 0,31% | | | |
| 24 | CARGA DE TRABALHO | 14 | 4,40% | PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO PROFISSIONAL | 40 | 12,58% |
| 23 | DESEMPENHO PROFISSIONAL | 10 | 3,14% | | | |
| 25 | CANSAÇO | 9 | 2,83% | | | |
| 26 | TRABALHO EM EQUIPE | 4 | 1,26% | | | |
| 27 | MÚLTIPLOS REGIMES NO SETOR | 3 | 0,94% | | | |
| TOTAL | | 318 | 100,00% | | 318 | 100,00% |

Fonte: A autora, 2022.

ANEXO A - Instrumento de coleta – Frente

Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico - SAQ/CC

Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem vivido em relação a:

Preenchimento correto: Preenchimento incorreto:

| A | B | C | D | E | X |
|------------|------|----------|-----|-----------|---------------|
| Muito Ruim | Ruim | Adequada | Boa | Muito Boa | Não se Aplica |

Não se Aplica

Muito Boa

Boa

Adequada

Ruim

Muito Ruim

| | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Cirurgião/Cirurgião Assistente | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 2. Residente de Cirurgia e Interno | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 3. Instrumentador | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 4. Circulante de Sala | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 5. Anestesiologista/Anestesiologista Assistente | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 6. Residente de Anestesia e Interno | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 7. Auxiliar do Anestesiologista | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 8. Perfusionista | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 9. Enfermeiro-Chefe de Centro Cirúrgico | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 10. Enfermeiro de Centro Cirúrgico | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 11. Enfermeiro Assistencial da Recuperação Pós-Anestésica | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 12. Enfermeiro Anestesista | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 13. Equipe de Avaliação Pré-Operatória/Pré-Anestésica | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 14. Equipe de Apoio | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 15. Outro: _____ | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |

Por favor, responda as questões abaixo com relação a sua experiência de trabalho neste Centro Cirúrgico.

| A | B | C | D | E | X |
|---------------------|-----------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| Discordo Totalmente | Discordo Parcialmente | Neutro | Concordo Parcialmente | Concordo Totalmente | Não se Aplica |

Não se Aplica

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Neutro

Discordo Parcialmente

Discordo Totalmente

| | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Eu gosto do meu trabalho. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 2. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 3. Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 4. Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 5. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 6. A administração deste hospital apóia meus esforços diários. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 7. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 8. Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 9. A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 10. A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 11. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 12. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 13. A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 14. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 15. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 16. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 17. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 18. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 19. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 20. Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 21. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 22. Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 23. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |

*Erro Médico é definido como qualquer erro na prestação da assistência, por qualquer profissional da saúde, independentemente do resultado.

VIRE →

Fonte: LOURENÇÃO, 2015.

ANEXO B - Instrumento de coleta – Verso

Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo

| A | B | C | D | E | X |
|---------------------|-----------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| Discordo Totalmente | Discordo Parcialmente | Neutro | Concordo Parcialmente | Concordo Totalmente | Não se Aplica |

Não se Aplica
 Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Neutro
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

| | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 24. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 25. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 26. É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 27. Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 28. O moral neste Centro Cirúrgico é alto. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 29. A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 30. Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 31. Sinto-me cansado (a) quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 32. A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 33. Eu me sinto exausto (a) com o meu trabalho. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 34. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 35. Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 36. Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 37. Sinto que estou trabalhando demais. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 38. As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tomar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 39. O cirurgião ou o cirurgião assistente deveria estar formalmente na coordenação da equipe da Sala Cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 40. Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |
| 41. Você respondeu a essa pesquisa antes? () Sim () Não () Não Sei | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (X) |

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | | |
|---|---|---|
| Cargo: (Assinale seu cargo) <input type="radio"/> Cirurgião/Cirurgião Assistente <input type="radio"/> Residente de Cirurgia e Interno <input type="radio"/> Instrumentador <input type="radio"/> Circulante de Sala <input type="radio"/> Anestesiologista/Anestesiologista Assistente <input type="radio"/> Residente de Anestesia e Intenso <input type="radio"/> Auxiliar do Anestesiologista | <input type="radio"/> Perfusionista <input type="radio"/> Enfermeiro-Chefe de Centro Cirúrgico <input type="radio"/> Enfermeiro de Centro Cirúrgico <input type="radio"/> Enfermeiro Assistencial da Recuperação Pós-Anestésica <input type="radio"/> Enfermeiro Anestesiista <input type="radio"/> Equipe de Avaliação Pré-Operatória/Pré-Anestésica <input type="radio"/> Equipe de Apoio <input type="radio"/> Outro: _____ | Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade? _____ anos Há quanto tempo trabalha neste hospital? _____ anos Idade Atual: _____ anos |
| Regime de Trabalho <input type="radio"/> Período Integral <input type="radio"/> Período Parcial <input type="radio"/> Cooperado <input type="radio"/> Contratado <input type="radio"/> Outros: _____ | Grupo Étnico: <input type="radio"/> Negro <input type="radio"/> Branco <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Preto <input type="radio"/> Amarelo <input type="radio"/> Pardo <input type="radio"/> Afrodescendente | Turno Habitual <input type="radio"/> Período Integral <input type="radio"/> Período Parcial <input type="radio"/> Noturno <input type="radio"/> Turnos Variáveis |
| Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino | "Opcional" cidadania: _____ | País de nascimento (se diferente): _____ |




COMENTÁRIOS: Quais são suas três principais recomendações para aprimorar a segurança do paciente no Centro Cirúrgico?

1 _____
 2 _____
 3 _____

Se precisar de mais espaço para comentários, por favor, escreva sua resposta em uma folha separada de papel.
 Obrigado por completar o questionário - Agradeço muito seu tempo e participação.

Fonte: LOURENÇÃO, 2015.

ANEXO C – Carta de anuência

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFREE E GUINLE
 Rua Mariz e Barros Nº 775 – Bairro Maracanã
 Rio de Janeiro/RJ, CEP 20270-001
<http://www2.ebserh.gov.br/web/hugg-unirio>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFREE E GUINLE

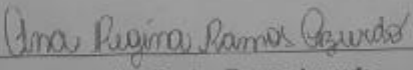
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que o Hospital Universitário Gafree e Guinle está de acordo com o projeto de pesquisa: “O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de pandemia da covid-19”, coordenado pela enfermeira Ana Regina Ramos Azevedo, funcionária atuando como técnica de enfermagem do mesmo hospital, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento do referido projeto de pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta Instituição se compromete a assegurar a segurança e bem-estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2020.


João Marcelo Ramalho Alves
 Superintendente - HUGG/EBSERH
 Portaria Nº 138 / de 29/05/2020
 CRV: 62647538 - SIAPE: 1383902

João Marcelo Ramalho Alves
 Superintendente
 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
 Hospital Universitário Gafree e Guinle
 Carimbo com identificação ou CNPJ da Instituição



Ana Regina Ramos Azevedo
 Técnica de enfermagem do HUGG/UNIRIO
 Carimbo com identificação

ANEXO D – Carta de anuência do chefe de serviço



UNIRIO **HUGG** **EBSEPH**
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFREE E GUINLE
Rua Mariz e Barros Nº 775 – Bairro Maracanã
Rio de Janeiro/RJ, CEP 20270-001
<http://www2.ebserh.gov.br/web/hugg-unirio>

TERMO DE ANUÊNCIA DO CHEFE DE SERVIÇO

Título do projeto: "O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de pandemia da covid-19"

Eu, MARIA INES Klöh, chefia imediata da Unidade de Cirurgia/Recuperação Pós-Anestésica/Central de Material Esterilizado, tenho ciência do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido pela pesquisadora Ana Regina Ramos Azevedo, concordando com a realização da pesquisa neste local.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Rio de Janeiro, 05 de NOVEMBRO de 2020.

MARIA INES KLÔH
COREN-RJ 23.436/ Siape nº 398.135
Chefe da Unidade de Cirurgia/RPA/CME
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Gafree e Guinle

Maria Ines Klöh
COORDENADORA (SIAPE 2010)
Chefe da Unidade de Cirurgia/RPA/CME
Portaria SEI Nº 1507 de 08/11/2018
UNIRIO - HUGG / EBSEPH

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título: O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de pandemia da covid-19.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é analisar o clima de segurança do paciente junto aos profissionais do centro cirúrgico de um hospital universitário em tempos de pandemia da *Corona Virus Disease* (covid-19).

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para fins científicos e acadêmicos e serão de uso exclusivo para este estudo, portanto, está isento de vinculações hierárquicas e administrativas. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sua participação é voluntária e não haverá compensação financeira relacionada à participação, podendo retirar seu consentimento e recusar-se a participar do estudo a qualquer momento.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, será convidado (a) a preencher um questionário de 41 questões, estimando-se 10-15 minutos para seu preenchimento. Alguns participantes serão escolhidos de forma aleatória a participar de uma entrevista, que acontecerá em local cedido pela chefia do setor, estimando-se de 20-30 minutos.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio com equipamento digital, sendo posteriormente transcritas e mantidas sob a guarda da pesquisadora por cinco anos. As gravações serão ouvidas por mim e marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As gravações serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, sinalize abaixo:

() aceito participar da etapa de entrevista

() aceito participar da pesquisa mas não desejo participar da etapa de entrevista

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais e profissionais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará na promoção da segurança do paciente, por conseguinte, na redução dos eventos evitáveis no decorrer do cuidado no ambiente cirúrgico e no estímulo a novas atitudes de segurança. Mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Possui vínculo com a Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ) sendo a aluna Ana Regina Ramos Azevedo, aluna do curso de Mestrado, a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Dra. Cintia Silva Fassarella. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Ana Regina no telefone (21) 98398-6180, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone de contato (____) _____

Assinatura (Pesquisadora): _____

Nome: Enfermeira Ana Regina Ramos Azevedo

Data: ____/____/____

ANEXO F – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de pandemia da covid-19

Pesquisador: ANA REGINA RAMOS AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40571920.1.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.510.572

Apresentação do Projeto:

O projeto detalha objetivamente sobre o clima de segurança do ambiente cirúrgico em hospital universitário em tempos de pandemia da Corona Virus Disease (covid-19.)

O estudo será uma pesquisa de métodos mistos, com estratégia de triangulação concomitante. A pesquisa quantitativa será de natureza transversal, exploratória- descritiva e o estudo qualitativo de caráter descritivo, com coleta de dados simultânea.

A etapa quantitativa será de natureza transversal, exploratória- descritiva com utilização do Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico (SAQ/CC). Os dados quantitativos passarão por análises estatísticas inferenciais comparando as equipes e teste de normalidade de Shapiro-Wilk teste. Os cálculos estatísticos serão realizados com auxílio do Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (versão 20.0).

Na fase qualitativa, uma pesquisa com caráter descritivo, usando um roteiro semi-estruturado para entrevista, com seis perguntas abertas idealizadas pela pesquisadora.

Os dados qualitativos serão transcritos, analisados e interpretados de acordo com as categorias temáticas, seguindo as ideias de Laurence Bardin.

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
 Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2264-5317 Fax: (21)2264-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFRE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 4.510.572

Os sujeitos da pesquisa serão profissionais lotados e atuantes no Centro Cirúrgico do cenário de estudo durante a pandemia da covid-19.

Serão adotados critérios de inclusão e exclusão para ambas as fases.

Critério de Inclusão: profissionais lotados e atuantes no Centro Cirúrgico do cenário de estudo durante a pandemia da covid-19, de interação direta ou indireta com pacientes e, conforme orientação do próprio instrumento, com carga horária mínima de 20 horas/semanais no setor durante a coleta de dados e que atuem há mais de 1 mês no centro cirúrgico.

Critério de Exclusão: profissionais que estejam afastados das atividades laborais, por licença ou férias. Os questionários não preenchidos em sua totalidade serão excluídos da análise.

O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos do próprio pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o clima de segurança do paciente junto aos profissionais do centro cirúrgico de um hospital universitário em tempos de pandemia da covid19.

Objetivo Secundário:

- 1) Avaliar o clima de segurança da equipe multiprofissional do centro cirúrgico em um hospital universitário em tempos de pandemia da covid-19;
- 2) Compreender os domínios de clima de segurança da equipe multiprofissional do centro cirúrgico em um hospital universitário;
- 3) Comparar os domínios de clima de segurança da equipe multiprofissional do centro cirúrgico, apontando as interseções.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: No que tange os riscos, pondera-se que: são mínimos e significativamente restritos podendo ocorrer no âmbito das emoções e eventual desconforto em razão do tempo despendido para responder o questionário. Embora as questões abordadas não tenham aspecto constrangedor e ofensivo, não se podem prever as reações. Porém, caso ocorra, será explicitada a possibilidade de desistência na participação da pesquisa, em qualquer momento, ou na realização do preenchimento em oportuna ocasião ou quando julgar mais confortável.

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
 Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2264-5317 Fax: (21)2264-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.510.572

Benefícios: Num aspecto mais imediato, tem-se na coleta de dados, a possibilidade de proporcionar um momento de reflexão crítica; vislumbrando a médio e longo prazo, a participação e os resultados do estudo, contribuem para a promoção da segurança do paciente. Por conseguinte, existe o benefício na redução de eventos adversos evitáveis no decorrer do cuidado no ambiente cirúrgico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta-se bem estruturado e o pesquisador acolheu cuidadosamente as recomendações do CEP, propiciando o andamento da pesquisa com uma temática de extrema importância para a promoção da segurança do paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: Adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: Adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu as pendências solicitadas por este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1658188.pdf | 18/12/2020 18:13:32 | | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_versao_atualizada.doc | 18/12/2020 18:12:58 | ANA REGINA RAMOS AZEVEDO | Acelto |
| Cronograma | Cronograma_atualizado.doc | 18/12/2020 18:11:13 | ANA REGINA RAMOS AZEVEDO | Acelto |
| Orçamento | Orcamento.doc | 18/12/2020 18:10:39 | ANA REGINA RAMOS AZEVEDO | Acelto |

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5317

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFRE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 4.510.572

| | | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------------|--------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Ana_Regina.doc | 18/12/2020 18:10:13 | ANA REGINA RAMOS AZEVEDO | Acelto |
| Declaração de Pesquisadores | TERMO_DE_COMPROMISSO_COM_A INSTITUIÇÃO ANA.doc | 12/11/2020 00:44:35 | ANA REGINA RAMOS AZEVEDO | Acelto |
| Outros | DISPENSA_DE_CADASTRO.doc | 12/11/2020 00:40:23 | ANA REGINA RAMOS AZEVEDO | Acelto |
| Declaração de concordância | Carta_de_anuencia.pdf | 10/11/2020 14:42:08 | ANA REGINA RAMOS AZEVEDO | Acelto |
| Outros | Termo_de_anuencia_chefe_de_servico. pdf | 10/11/2020 14:40:40 | ANA REGINA RAMOS AZEVEDO | Acelto |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 10/11/2020 14:35:48 | ANA REGINA RAMOS AZEVEDO | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado


Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Jorge Francisco da Cunha Pinto
(Coordenador(a))

ANEXO G – Termo de compromisso com a Instituição


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

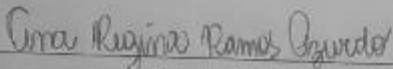
TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Ana Regina Ramos Azevedo, portadora do RG nº 24132465-6 – DIC/RJ vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, SIAPE 1199471, assumo o compromisso com a instituição Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, a realizar a pesquisa sob o título de: **“O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de pandemia da covid-19”**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 10 de novembro de 2020.



Ana Regina Ramos Azevedo
CPF: 128.164.387-40
SIAPE: 1199471

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-340.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio@igmail.com