

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Curso de Mestrado

SARA SATIE YAMAMOTO

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DE CENTRO DE MATERIAIS E
ESTERILIZAÇÃO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

PORTO ALEGRE

2021

SARA SATIE YAMAMOTO

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DE CENTRO DE MATERIAIS E
ESTERILIZAÇÃO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, UFRGS.

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

Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gisela Maria Schebella Souto de Moura.

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Yamamoto, Sara Satie
PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DE CENTRO DE MATERIAIS E
ESTERILIZAÇÃO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE
/ Sara Satie Yamamoto. -- 2021.
90 f.
Orientadora: Gisela Maria Schebella Souto de Moura.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Centro de Material e Esterilização. 2.
Enfermagem. 3. Segurança do paciente. 4. Cultura de
segurança. I. Moura, Gisela Maria Schebella Souto de,
orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

A todos os profissionais que atuam em Centro de Materiais e Esterilização, que se dedicam, se envolvem, se empenham, se estressam, correm o dia e noite inteira, e mesmo assim não cansam de dar o seu melhor todos os dias, mesmo que ainda não seja visto.

AGRADECIMENTOS

A todos que me apoiaram, me inspiraram, me animaram e me deram forças para iniciar e finalizar este trabalho que parecia ser um sonho impossível de ser concretizado.

Agradecimentos em especial:

À prof.^a Gisela, pela paciência, dedicação, ensinamentos e por sempre me tranquilizar quando eu achava que nada daria certo;

Ao meu marido e amigo Rodolfo pela paciência infinita, pelo apoio, pelos abraços e ombro amigo e, no meio do caminho, ter se tornado o pai que eu queria para o meu filho;

À amiga Daniela, que me incentivou a iniciar essa trajetória e me apoiou em todos os momentos de dificuldade e conquistas;

A todos os colegas que passaram pela minha trajetória profissional, que compartilharam seus conhecimentos e me inspiraram a desenvolver este trabalho com muito carinho e aceitaram com muito entusiasmo em participar;

À toda minha família, que mesmo distante me fazem perceber o que realmente importa nesta vida.

RESUMO

Introdução: As atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem do Centro de Material e Esterilização (CME) possuem diversas etapas para chegar ao produto final que é a entrega de um produto para saúde processado seguramente para o uso no paciente. A segurança do paciente tem sido trabalhada em setores assistenciais com contato direto com o paciente e a cultura de segurança já vem sendo construída. Em contrapartida, não há recomendações para sua promoção no CME, apesar de ser um setor de cuidados indiretos, ele possui extrema relação e impacto na assistência, além de processos complexos e fragmentados que mudam constantemente, além de tecnologias e equipe específica. **Objetivo:** Analisar as percepções de enfermeiros com experiência profissional em CME sobre cultura de segurança. **Método:** O estudo foi qualitativo do tipo exploratório e descritivo e o campo de estudo foi em CME classe II. Amostra composta por conveniência totalizando 12 enfermeiras que possuíam no mínimo um ano de experiência profissional exclusiva em CME. A primeira parte da coleta de dados iniciada em dezembro de 2020, as participantes assinaram o TCLE, preencheram o formulário eletrônico com dados socioprofissionais. A segunda parte da coleta, em março de 2021, foram realizadas as entrevistas individuais gravadas pelo aplicativo *Google Meet*[®] guiada por um roteiro semiestruturado, após cada entrevista procedeu-se a transcrição literal. Projeto de pesquisa aprovado pelo CEP da UFRGS, CAAE 39519020.4.0000.5347. **Análise dos dados:** Os dados socioprofissionais tabulados em planilha e as 12 entrevistas foram ajustadas em um *corpus* para tratamento no *software* IRaMuTeQ, utilizando a classificação hierárquica descendente (CHD), as classes emergentes foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Todas participantes eram do sexo feminino, com faixa etária prevalente dos 30 aos 39 anos. 11 possuíam curso de pós-graduação do tipo *lato sensu* e uma participante cursando doutorado. A maioria das participantes possuíam experiência maior de cinco anos, sendo que metade da amostra com mais de dez anos de CME. A CHD gerou 937 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 821 ST (87,63%). O conteúdo textual gerou quatro classes (C): Classe 1 – Dificuldades na comunicação interna do CME, com 252 ST (30,69%); Classe 2 – Dificuldades no aprendizado com erros e a cultura justa, com 125 ST (15,23%); Classe 3 – Baixa visibilidade do CME para a segurança do paciente, com 221 ST (26,92%); Classe 4 – O cuidado indireto do CME, com 223 ST (27,16%). **Considerações finais:** Houve ambiguidade nas percepções das participantes, pois as enfermeiras participantes demonstram muito conhecimento relacionado aos processos do CME e de como eles podem impactar na assistência, bem como a prevenção de infecções relacionadas à assistência e de que a tomada de decisões é centrada no cuidado aos pacientes. Entretanto há percepções de baixo reconhecimento e valorização do seu trabalho por não estar inserido no contexto da cultura de segurança do paciente, conseqüentemente não participando de políticas relacionadas à assistência segura. As enfermeiras como líder percebem a importância do seu engajamento com a segurança do paciente e trabalham alguns elementos na comunicação, prática baseada em evidência, aprendizado com erros e cultura justa de forma intuitiva. Maiores estudos serão necessários ainda para explorar esta temática em CME para contribuir com a construção de uma cultura de segurança para esta área e posteriormente ser mensurada em futuros estudos com abordagem quantitativa.

Palavras-chave: Enfermagem. Cultura. Segurança do paciente. Esterilização.

ABSTRACT

Introduction: The activities carried out by the nursing staff of central sterile supply departments (CSSD) have several steps to reach the final product, which is the delivery of a safe processed health product for use in the patient. Patient safety has been worked on in care sectors with direct contact with the patient and a safety culture is already being built. On the other hand, there are no recommendations for its promotion in the CSSD, despite being an indirect care sector, it has an extreme relationship and impact on care, in addition to complex and fragmented processes that constantly change, in addition to technologies and specific staff. **Objective:** To analyze the perceptions of nurses with professional experience in CSSD about safety culture. **Method:** Qualitative exploratory and descriptive study. The field of study was with CSSD nurses. Convenience sample composed of 12 nurses who had at least one year of exclusive professional experience in CSSD. All participants signed the consent form, filled out the electronic form with socio-professional data and participated in an individual interview using the Google Meet® application guided by a semi-structured script. Research project approved by the CEP of UFRGS, CAAE 39519020.4.0000.5347. **Data analysis:** Socio-professional data tabulated in a spreadsheet and interviews analyzed by the IRaMuTeQ software, through the descending hierarchical classification (CHD) and the defined classes submitted to Bardin's content analysis. **Results:** All participants were female, with a prevalent age group ranging from 30 to 39 years old. 11 had a postgraduate specialization course and one participant was studying for a doctorate. Most participants had more than five years of experience, and half of the sample had more than ten years of CSSD. CHD generated 937 text segments (ST), with 821 ST (87.63%) being used. The textual content generated four classes (C): Class 1 – Difficulties in the internal communication of the CSSD, with 252 ST (30.69%); Class 2 – Difficulties in learning with errors and fairness in treatment, with 125 ST (15.23%); Class 3 – Low visibility of the CSSD for patient safety, with 221 ST (26.92%); Class 4 – Indirect care of the CSSD, with 223 ST (27.16%). **Final considerations:** There was ambiguity in the participants' perceptions, as the participating nurses demonstrate a lot of knowledge related to the MSC processes and how they can impact care, as well as the prevention of care-related infections and that decision-making is centered on patient care. However, there are perceptions of low recognition and appreciation of their work for not being inserted in the context of the patient safety culture, consequently not participating in policies related to safe care. Nurses as leaders realize the importance of their engagement with patient safety and work some elements on communication, evidence-based practice, learning from mistakes and fair culture in an intuitive way. Further studies will still be needed to explore this theme in CSSD in order to build a safety culture for this area in the future and later be measured.

Keywords: Nursing. Culture. Patient safety. Sterilization.

RESUMEN

Introducción: Las actividades que realiza el personal de enfermería del Centro de Materiales y Esterilización (CME) tienen varios pasos para llegar al producto final, que es la entrega de un producto sanitario procesado seguro para su uso en el paciente. La seguridad del paciente se ha trabajado en sectores asistenciales con contacto directo con el paciente y ya se está construyendo una cultura de seguridad. Por otro lado, no existen recomendaciones para su promoción en la CME, a pesar de ser un sector de cuidado indirecto, tiene una relación e impacto extremo en el cuidado, además de procesos complejos y fragmentados que cambian constantemente, además de tecnologías y especificidades. personal. **Objetivo:** Analizar las percepciones de enfermeros con experiencia profesional en CME sobre la cultura de seguridad. **Método:** Estudio cualitativo exploratorio y descriptivo. El campo de estudio fue con enfermeras de CME. Muestra de conveniencia compuesta por 12 enfermeras que tenían al menos un año de experiencia profesional exclusiva en MSC. Todos los participantes firmaron el formulario de consentimiento, completaron el formulario electrónico con datos socioprofesionales y participaron en una entrevista individual utilizando la aplicación Google Meet® guiada por un guión semiestructurado. Proyecto de investigación aprobado por el CEP de UFRGS, CAAE 39519020.4.0000.5347. **Análisis de datos:** Datos socioprofesionales tabulados en hoja de cálculo y entrevistas analizadas por el software IRaMuTeQ, a través de la clasificación jerárquica descendente (CHD) y las clases definidas sometidas al análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Todos los participantes eran mujeres, con un grupo de edad prevalente que oscilaba entre los 30 y los 39 años. 11 tenían un posgrado stricto sensu y un participante estaba estudiando un doctorado. La mayoría de los participantes tenían más de cinco años de experiencia y la mitad de la muestra tenía más de diez años de CME. CHD generó 937 segmentos de texto (ST), y se utilizaron 821 ST (87,63%). El contenido textual generó cuatro clases (C): Clase 1 - Dificultades en la comunicación interna del CME, con 252 ST (30,69%); Clase 2 - Dificultades en el aprendizaje con errores y equidad en el trato, con 125 ST (15,23%); Clase 3: baja visibilidad del CME para la seguridad del paciente, con 221 ST (26,92%); Clase 4 - Atención indirecta del CME, con 223 ST (27,16%). **Consideraciones finales:** Hubo ambigüedad en las percepciones de los participantes, ya que los enfermeros participantes demuestran mucho conocimiento relacionado con los procesos de MSC y cómo pueden impactar en la atención, así como en la prevención de infecciones relacionadas con la atención y que la toma de decisiones se centra en la atención al paciente. Sin embargo, existen percepciones de bajo reconocimiento y valoración de su trabajo por no estar insertadas en el contexto de la cultura de seguridad del paciente, por lo que no participan de las políticas relacionadas con la seguridad asistencial. Las enfermeras como líderes se dan cuenta de la importancia de su compromiso con la seguridad del paciente y trabajan algunos elementos en la comunicación, la práctica basada en la evidencia, el aprendizaje de los errores y la cultura justa de una manera intuitiva. Aún se necesitarán más estudios para explorar este tema en CME con el fin de construir una cultura de seguridad para esta área en el futuro y luego ser medido.

Palabras clave: Enfermería. Cultura. Seguridad del paciente. Esterilización.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Conceitos da classificação internacional da segurança do paciente

Figura 1- Características das sete subculturas da cultura de segurança

Figura 2 - Diagrama de causa e efeito: mapeamento das fragilidades

Figura 3 - Exemplo de avaliação de risco e PDCA de lavadoras termodesinfectoras

Quadro 2 - Características das participantes e instituições hospitalares

Figura 4 - Dendrograma das classes emergentes

Quadro 3 - Síntese dos temas encontrados nas classes emergentes

LISTA DE ABREVIATURAS

CME	Centro de Material e Esterilização
PPS	Produtos para Saúde
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
EA	Evento Adverso
ISC	Infecções do Sítio Cirúrgico
OMS	Organização Mundial de Saúde
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
POP	Procedimentos Operacional Padrão
MCR	Micobactérias de Crescimento Rápido
KPC	Klebsiella Pneumoniae produtora de Carbapenemase
FDA	Food and Drug Administration
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
JCI	Joint Commission International
SBAR	Situation, Background, Assessment e Recommendation
PDCA	Plan, Do, Check e Act
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
SAQ	Safety Atitudes Questionnaire
PSCHO	Patient Safety Climate in Healthcare Organizations
HSC	Hospital Safety Climate Scale
SINDIHOSPA	Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre
TCLE	Termo de consentimento livre esclarecido
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies
COMPESQ/EENF	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires
ST	Segmentos de Texto
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
HFMEA	Healthcare Failure Mode and Effects Analysis
GUT	Gravidade, Urgência e Tendências

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVO	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 BREVE HISTÓRICO DO CME	16
3.2 PECULIARIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO NO CME	18
3.3 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO CME COMO CAUSAS DE SURTOS	22
3.4 CONTEXTUALIZAÇÃO COM A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	24
4 MÉTODO	37
4.1 CAMPO DE ESTUDO.....	37
4.2 PARTICIPANTES	37
4.3 COLETA DOS DADOS.....	38
4.5 CONSIDERAÇÕES QUANTO AOS ASPECTOS ÉTICOS	40
4.6 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE	41
5 RESULTADOS	43
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO no <i>google forms</i> [®]	80
APÊNDICE B – FORMULÁRIO CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS no <i>google forms</i> [®]	82
APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA	85
ANEXO	87

1 INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é caracterizado por uma unidade de cuidados indiretos* e de apoio técnico para assistência ao paciente. Esta área é destinada ao processamento de produtos para saúde (PPS), fornecendo rotineiramente o quantitativo suficiente para as unidades diagnósticas e assistenciais e atendendo aos padrões de qualidade preconizados por órgãos regulamentadores para promover uma assistência segura ⁽¹⁾.

Nesta perspectiva, o processamento de PPS deve seguir um fluxo contínuo de etapas, iniciando pela recepção e limpeza, passando pelo preparo, esterilização, armazenamento e, por último, a distribuição às unidades consumidoras, dentre elas as principais são: centros cirúrgicos (CC), unidades de terapia intensiva (UTI), centros obstétricos (CO), unidades assistenciais, entre outras ⁽²⁾.

O CME pode estar inserido ou não em uma organização de saúde devido à possibilidade de terceirização do serviço. Sua estrutura física concentra equipamentos e insumos específicos, assim necessita de profissionais qualificados para contribuir com qualidade nos serviços prestados ⁽³⁾.

O conjunto de atividades executadas pelo CME, ainda tem pouca visibilidade para as unidades prestadoras de cuidados diretos sendo visto apenas como uma unidade de apoio, em consequência, tem recebido menos ênfase nas discussões e pesquisas realizadas, embora seja essencial para a qualidade do serviço de saúde ⁽⁴⁾.

Essa pouca visibilidade é reforçada pelo desconhecimento da complexidade das atividades desempenhadas no CME, no que diz respeito à tecnologia incorporada aos procedimentos de processamento de PPS. Entretanto, é imprescindível que o CME abranja conhecimentos sobre a capacidade, funcionalidade e dinâmica das unidades assistenciais para suprir as necessidades aplicadas ao cuidado dos pacientes.

O profissional alocado no CME ainda é visto como pouco habilitado e capacitado por desempenhar atividades rotineiras, manuais e repetitivas. É notório que existe uma lacuna no reconhecimento da importância do processo de trabalho nessa unidade, que muitas vezes está associado à cultura de liderança institucional, à formação dos próprios profissionais e à falta de educação continuada sobre o trabalho desenvolvido ⁽⁴⁾.

Além da distinção do trabalho executado, tem se encontrado uma diversidade de

* Unidade de cuidados indiretos são aquelas que não requerem interação direta com o paciente usuário/família/ comunidade, mas que dão suporte para o cuidado direto ao paciente ⁽⁵⁾.

formas de organização e estruturação nos serviços do CME. No panorama nacional, os requisitos de funcionamento estabelecidos na legislação vigente ainda são pouco atendidos, resultando em atividades não uniformizadas pelos profissionais deste setor⁽⁶⁾.

O processamento de PPS no CME deve ser desempenhado com fundamentação no conhecimento e análise de riscos de processos incorporados a uma estrutura física onde deve ser considerado o fluxo de materiais e pessoas de forma segura. Nesse sentido, todas as etapas bem conduzidas são essenciais na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), enfatizando, desse modo, a importância do CME em instituições assistenciais⁽⁷⁾.

As IRAS representam um grande problema de saúde pública, pois afetam centenas de milhares de pacientes mundialmente por ano. Os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) definem as IRAS como uma condição localizada ou sistêmica resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou a sua toxina ou até um corpo estranho, considerando que estes não estavam presentes na admissão deste indivíduo no serviço de saúde, assim sendo considerado um evento adverso⁽⁸⁾.

Uma das classificações das IRAS são as Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC), caracterizadas como aquelas que ocorrem até o 30º dia de pós-operatório ou até 90 dias para os casos de cirurgias com implantes de próteses. Elas ocupam a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde, sendo 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados. É uma das principais IRAS no Brasil e a mais importante causa de complicação pós-operatória no paciente cirúrgico⁽⁹⁾.

Na prática das vigilâncias epidemiológicas brasileiras, as taxas de ISC também são utilizadas como um dos indicadores de qualidade nas instituições de saúde pelos serviços prestados pelo CME. Assim, a busca por baixos índices de IRAS é reflexo de uma assistência segura com processos e protocolos coesos, com o intuito de evitar danos desnecessários aos pacientes.

A temática segurança do paciente tem sido muito discutida mundialmente nas últimas décadas com o objetivo de melhorias da qualidade dos serviços de saúde e tem como definição “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”⁽¹⁰⁾.

A discussão sobre o tema obteve maior propulsão mundial após a publicação do relatório *Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro* pelo *Institute of Medicine* em 1999, com dados alarmantes sobre eventos adversos (EA) relacionados à saúde. Estimativas apontaram que no mínimo 44.000 pessoas morreram - podendo chegar à 98.000

mortes por ano - vítimas de EA em hospitais nos Estados Unidos ⁽¹¹⁾. Após 15 anos, esses dados foram atualizados e revisados e apontam para uma estimativa de 220.000 mortes associadas a EA no contexto de saúde americano ⁽¹²⁾.

Passados 15 anos do relatório *errar é humano*, aponta-se que a segurança do paciente permanece como um problema de saúde pública. Falhas e danos evitáveis continuam frequentes e inaceitáveis em todos os ambientes de assistência à saúde e entre todas as populações de pacientes ⁽¹³⁾. Danos causados durante a assistência provocam mortalidade e morbidade significativas, pois cerca de um em cada dez pacientes desenvolve um EA, podendo ser: IRAS, úlcera por pressão, falhas relacionadas a processos medicamentosos ou queda durante a hospitalização ⁽¹⁴⁾.

Um estudo americano relata que após 20 anos da publicação do relatório *Errar é Humano*, houve um aumento significativo de estudos para solucionar as lacunas sobre segurança e mudou-se as formas de estimativas de mortes por EA, pois ficou claro ser difícil determinar individualmente se cada morte poderia ter sido evitada. Entretanto houve um progresso com relação aos dados de IRAS e segurança do uso de medicamentos, devido a aperfeiçoamentos de processos com envolvimento tecnológico ⁽¹⁵⁾.

As lesões cirúrgicas ainda têm sido uma das grandes preocupações, mesmo com implantações do *checklist* de cirurgia segura para verificar processos, em um primeiro momento, houve resultados positivos com grande impacto de diminuição de EA, porém depois se tornaram variáveis, isto demonstra como os processos são influenciáveis pela cultura de segurança local e o apoio de lideranças ⁽¹⁵⁾. Assim, a cultura de segurança é conceituada como o “compartilhamento intangível do valor da segurança entre membros da organização quanto aos resultados tangíveis desse valor compartilhado nas formas de comportamento e estrutura” ⁽¹⁶⁾.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial de Segurança do Paciente estimulando diversos países a trabalharem com esta temática e a cada dois anos lançam desafios globais a serem atingidos. O segundo desafio teve o tema de “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, tendo como foco a prevenção de ISC, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores de assistência cirúrgica ⁽¹⁷⁾.

Embora houve recomendações reforçando a qualidade no processamento de PPS no segundo desafio global, ele não estabeleceu estratégias de como atingir processos seguros e como promover a cultura de segurança em CME.

Diferente de outros países, no Brasil, o CME é gerenciado principalmente por enfermeiros compondo sua equipe com técnicos ou auxiliares de enfermagem. O

protagonismo do enfermeiro reflete diretamente no andamento do setor, tornando um desafio o gerenciamento a partir de conhecimentos específicos sobre processamento, produtividade e o dinamismo das unidades assistenciais ⁽¹⁸⁾.

A partir das especificidades do CME, realizaram-se buscas em bases de dados com os descritores na língua portuguesa “segurança do paciente”, “cultura” e “esterilização” e na língua inglesa “*patient safety*”, “*culture*” e “*central sterile supply department*” ou “*reprocessing*”. Os esforços empreendidos resultaram na obtenção de estudos acerca do processamento de PPS sendo uma barreira para a infecção cruzada ou como um fator impactante para a prevenção de IRAS, mas não há pesquisas abordando a cultura segurança do paciente no ambiente do CME.

Os preceitos da cultura de segurança do paciente vão ao encontro do processamento de PPS, apesar de ser uma unidade de cuidados indiretos, há necessidade da abordagem desta temática em sua prática de forma que o CME faça parte deste contexto e não ser tratado como um setor de apoio. Embora o CME seja visto como um protagonista na prevenção de IRAS, o setor não se restringe somente a este papel, seus processos envolvem uma gestão proativa com a busca de melhorias contínuas devido a alta variabilidade de processos e demandas no processamento que se alteram constantemente, além das dificuldades encontradas que fazem parte da realidade de diversos CME que possuem raízes históricas.

Esta percepção faz parte da trajetória da pesquisadora, de quase dez anos de trabalho em CME, que nota a relevância do papel do enfermeiro em mudar esta realidade como um líder na promoção da qualidade e que proporcione paralelamente o trabalho em equipe, uma comunicação efetiva, prevenção de falhas ou quase falhas e atividades educativas ao invés de punitivas que possuem um grande impacto na qualidade do processamento.

Além disso, a cultura de segurança vem sendo estudada em unidades assistenciais adulto e pediátrica, centros de tratamento intensivos, centros cirúrgicos, centros obstétricos, emergências, ambulatórios, farmácias e unidades extra hospitalares, como casas de repouso para idosos, porém não foi encontrado nenhum estudo sobre a sua abordagem em CME ^(19,20,21,22,23,24).

Diante desta realidade e a curiosidade de como a segurança do paciente tem sido abordada ou trabalhada dentro do CME, surge a questão desta pesquisa: como os enfermeiros de CME percebem a cultura de segurança do paciente em seu ambiente de trabalho?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de enfermeiros com experiência profissional em CME sobre cultura de segurança.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as percepções de enfermeiros de CME sobre a cultura de segurança;
- Relacionar a experiência profissional relacionada ao cotidiano de trabalho no CME com as sete subculturas da cultura de segurança: liderança, comunicação, trabalho em equipe, justiça, aprendizado com erros, cuidado centrado no paciente e práticas baseadas em evidências;
- Elencar as dificuldades e facilidades para a construção da cultura de segurança em CME.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo estão descritos os fundamentos teóricos para maior compreensão do tema desta dissertação. Assim buscou-se estruturar em quatro partes: um breve histórico do CME, peculiaridades do processo de trabalho no CME, eventos adversos relacionados ao CME como causas de surtos e contextualização com a cultura de segurança.

3.1 BREVE HISTÓRICO DO CME

A história do CME revela como sua evolução, no que diz respeito a estrutura e processos, acompanhou as necessidades de procedimentos cirúrgicos, a fim de prevenir infecções no pós-operatório e melhorar as condições cirúrgicas. Ela mostra como o CME foi aproximando a ciência às práticas desconhecidas e sistematizou sua forma de trabalhar, adaptando o setor às novas demandas da realidade cirúrgica.

O desempenho do CME passou a influenciar no processo saúde-doença, seja de modo positivo ou negativo, iniciando-se assim a busca por adequações de seus processos. Desta forma, ele passou a ser considerado um setor de apoio técnico a outros setores ou instituições de saúde, abrangendo um processo de trabalho particular, no qual os trabalhadores que o envolvem, mantêm relações com outros trabalhadores de saúde, com seus clientes, com materiais, equipamentos e com outros ambientes⁽²⁵⁾.

As cirurgias, no início do século XIX, eram procedimentos escolhidos como última opção para a cura dos pacientes, devido o desconhecimento da causa da febre pós-operatória que acabava levando os pacientes a óbito. Naquele contexto, as condições eram precárias, com falta ou nenhum hábito de higiene, assepsia e recursos⁽²⁶⁾. Um dos fatores predisponentes às infecções, após a cirurgia, era devido à falta de limpeza adequada dos instrumentais cirúrgicos ou a forma intuitiva e sem embasamento científico ao realizar este processo e, além disso, após o “processamento” eram armazenados de maneira precária^(27,28).

Devido à falta de higiene e recursos, muitos cirurgiões perderam a esperança no sucesso das cirurgias, pelo quadro da febre, dor e morte que se via em todos os cantos do mundo. Mas, a persistência investigativa de alguns médicos, não convencidos da invencibilidade das infecções, resultou em descobertas realizadas nas salas operatórias: Ignaz Philipp Semmelweis preconizou a lavagem das mãos; Joseph Lister iniciou tratamentos antissépticos em feridas, instrumentos cirúrgicos e vaporizadores; e Robert Koch descobriu as bactérias e inventou um meio bactericida (vapor de água em ebulição) que as inativavam por

meio de um jato de vapor de água fervente, uma ideia que mais tarde, criou a esterilização por vapor de água^(27,28). Em meio de descobertas da medicina, surgiram as práticas da enfermeira Florence Nightingale, que se preocupou com as condições de higiene dos ambientes hospitalares e dos materiais utilizados para o cuidado aos doentes⁽²⁵⁾.

Aliadas a essas descobertas a ocorrência das infecções e epidemias na população e a necessidade de medidas de saúde pública levaram aos governos a reestruturar os hospitais, o que se consolidou com o avanço da tecnologia e da medicina proporcionado pela Revolução Industrial. Essas medidas influenciaram o desenvolvimento da cirurgia, das técnicas assépticas, da criação de novos instrumentos e materiais cirúrgicos e do aumento no cuidado com sua limpeza e esterilização. A partir daí, notou-se a necessidade de um local específico para manipulação dos materiais após a cirurgia⁽²⁹⁾.

Inicialmente, o CME foi anexado às salas operatórias e as áreas de preparo dos materiais ficavam nas unidades de internação, conforme as especialidades médicas, sem organizações de processos e de forma descentralizada. As atividades eram feitas de forma dispersa, por profissionais pouco preparados e em locais inadequados⁽²⁹⁾.

O avanço de conhecimentos em microbiologia e o desenvolvimento de técnicas de assepsia, desinfecção e esterilização determinaram a necessidade de se organizar um processo de trabalho específico e de preparação dos materiais e equipamentos cirúrgicos. Desta forma, as atividades relacionadas ao processamento de materiais necessitavam de uma estrutura física específica e adequada, assim como de recursos humanos⁽²⁹⁾.

Na década de 50, houve a necessidade de centralizar apenas o processo de esterilização em um único local do hospital, como forma de reduzir custo e compra de equipamentos e padronizar a rotina desenvolvida, porém as demais etapas anteriores à esterilização (limpeza e preparo) ainda eram feitas de forma descentralizada⁽³⁰⁾. Contudo, a prática descentralizada implicava no aumento do quantitativo de materiais, falta de controle de qualidade do processamento, deslocamento de pessoal dos cuidados assistenciais com o paciente para o preparo do material, escassez em treinamentos e supervisão⁽³⁰⁾.

No início dos anos 70, alguns hospitais brasileiros, incluindo os universitários, iniciaram a implantação de unidades autônomas e independentes dos centros cirúrgicos. O planejamento hospitalar do CME passou a ser separado, e os sistemas mais antigos se reorganizaram para racionalizar o trabalho desenvolvido⁽³¹⁾. Ainda nesta década, com a publicação da Portaria nº 400/ 1977, finalmente estabeleceu-se área mínima para o CME de 40m² de um hospital geral com até 50 leitos, e 66m² para hospital geral com até 150 leitos⁽³²⁾.

E assim o CME começa se tornar um setor independente do CC, com sua própria organização de trabalho, a partir desse marco, seus processos puderam se tornar centralizados e com um gerenciamento exclusivo de enfermeiros. As instituições hospitalares buscaram adaptar-se às legislações e recomendações que foram publicadas com o decorrer das evoluções dos PPS.

3.2 PECULIARIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO NO CME

As atividades exercidas dentro de um CME, não podem ser comparadas a nenhuma atividade assistencial prestada ao paciente. Quando se aprofunda a atenção para este setor, nota-se que a relação do CME com a assistência é fundamental, pois há necessidade de conhecimento sobre todos os processos e demandas da instituição de saúde e, também, do conhecimento de epidemiologia das doenças, novos protocolos e *guidelines*, desafios no surgimento de novos microrganismos e tecnologias inovadoras. Além disso, o gerenciamento de pessoas criterioso, que necessitam de orientações diariamente, contemplando de forma simultânea a produtividade com qualidade e segurança. Neste segmento do capítulo estão descritos alguns desafios desta área, bem como aspectos que ainda carecem de ser estudados.

Com o decorrer da evolução do CME e seus processos, foi visto a necessidade de ter um enfermeiro exclusivo para esta área, pois era muito comum haver apenas um enfermeiro responsável por toda área cirúrgica, ou seja, centro cirúrgico, sala de recuperação e CME⁽³³⁾.

A partir da publicação da RDC N°15 em 2012, tornou-se obrigatório um profissional com nível superior para dedicação exclusiva no CME classe II (que processam PPS de conformação complexa, ou seja, com lúmen inferior a cinco milímetros ou fundo cego e/ ou espaços internos inacessíveis que necessitam de limpeza automatizada) e foram definidas uma série de atribuições, desde orientar as unidades consumidoras de PPS sobre seu transporte e acondicionamento, participar de programação de educação continuada e formação dos profissionais, propor indicadores de qualidade do processamento, além de contribuir com ações de programas de prevenção e controle de eventos adversos e controle de IRAS. Também obriga a criação de um Comitê de Processamento de PPS para instituições, que tenham mais de 500 cirurgias por mês, composto por diretoria do serviço de saúde, responsável pelo CME, serviço de enfermagem, equipe médica e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)⁽²⁾.

O processo de trabalho do CME possui características que se assemelham ao processo de produção industrial no que se refere à fragmentação do processo de trabalho e a forma

sequencial de execução das atividades, além de alta variabilidade de processos e ênfase na produtividade, tornando-se um desafio para o enfermeiro gerenciar produtividade versus qualidade ⁽³⁴⁾.

O rendimento e produtividade do CME era um desafio a ser mensurado, então um estudo desenvolveu uma estratégia para quantificar a produção média diária de um CME de um hospital público em Santa Catarina. Os PPS processados, foram divididos em grupos e denominados por siglas sendo: PP - de 1 a 2 peças; P - de 3 a 5 peças; M - de 6 a 10 peças; G - de 11 a 20 peças e GG - mais de 20 peças. Além disso, foram classificados quanto a sua complexidade, assim pacotes simples foram considerados como aqueles que continham artigos sem partes móveis e/ou lúmens, reentrâncias, ranhuras e parafusos e pacotes complexos foram caracterizados como aqueles que continham materiais com lúmens, cavidades, ranhuras longitudinais, parafusos, articulações e/ou requisitos especiais de limpeza definidos pelos fabricantes. Partindo destas classificações, foi calculado um tempo médio de processamento para cada um dos 10 tipos de pacotes, variando entre 3 minutos para pacotes PP - simples e 29 minutos e 34 segundos para pacotes GG-complexos ⁽³⁵⁾.

Autores desenvolveram *bundles* compostos por seis medidas, consideradas essenciais para a qualidade do processo e segurança em CME. Foram estabelecidos dois pacotes de medidas para o processo de limpeza, um para inspeção, um para a preparação de pacotes, um para esterilização e um para as áreas de armazenamento e distribuição. As discussões e justificativas foram apresentadas por especialistas da área de processamento de PPS e controle de infecção pautadas em recomendações de legislações brasileiras e com validações da literatura ⁽³⁶⁾.

A padronização de processos essenciais para o CME possibilita maior aproximação entres os serviços, pois ainda há uma ampla diversidade de formas de organização segundo o panorama nacional dos CME, como já comentado na introdução ⁽⁶⁾. Assim algumas instituições podem possuir maiores adequações de processos e outras menores, ao seguir os pacotes de medidas mínimas é possível realizar comparações fidedignas e utilizar indicadores para melhoria da qualidade do serviço.

A fragmentação de processos de um CME foi quantificada em um estudo e realizou a validação das etapas de processamento em seis áreas, incluindo a recepção de PPS sujo e contaminado; controle de PPS consignado; preparação; esterilização; armazenamento; e sua distribuição. Foram identificados 25 subprocessos e 110 atividades, além das 28 atividades que os enfermeiros realizam exclusivamente, que se relacionam ao gerenciamento de recursos humanos, de PPS e de processos ⁽⁴⁾.

Além disso, os profissionais do CME seguem um ritmo acelerado de trabalho, com exigências físicas e mentais, expostos a riscos químicos, físicos e biológicos, contudo trabalham em espaço físico pequeno e, às vezes, confinado com o calor das autoclaves. Todos esses fatores geram desgaste, ansiedade e medo, comprometendo não só a sua saúde como a qualidade do serviço⁽³⁷⁾.

Outro estudo identificou que 21 profissionais do CME, representando 61,76% da amostra dos entrevistados, indicavam apresentar problemas diversos, como: alergias, enxaqueca, insônia, distúrbios osteomusculares, diabetes, hipertensão arterial, entre outros. O estudo considerou que muitas dessas queixas poderiam ser oriundas de condições precárias de trabalho e decorrentes da atuação em um ambiente que não se encontra adaptado para o trabalhador, caracterizando-se por ser penoso e insalubre, não oferecendo condições favoráveis para a saúde e o bem estar do profissional⁽³⁸⁾.

Os riscos de acidentes de trabalho em CME foram levantados em dois estudos e detectou-se que os profissionais que atuam nesta área reconhecem os riscos a que estão expostos, porém em ambos foram levantadas queixas e preocupações diferentes relacionadas aos processos de trabalho, mostrando a variabilidade dos processos que mudam de acordo com a organização institucional^(39,40).

Em uma análise fenomenológica sobre as atividades realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem de um CME de um hospital de Londrina, foram levantadas as seguintes dificuldades: repetitividade de ações e ritual monótono, devido todos os materiais passarem por um ciclo de processamento. A repetitividade seria responsável por gerar cansaço físico e mental, num contexto onde o ciclo de processamento demanda habilidades, agilidade, conhecimento e resistência física⁽⁴¹⁾.

Esta análise vem ao encontro com o relato de enfermeiros e técnicos de enfermagem do CME, exemplificando o cansaço mental devido à exigência de alta concentração em suas atividades, como um setor onde não se pode errar, pois uma pequena falha, como por exemplo, a falta de rótulo, pode ter um impacto na qualidade na assistência, assim a responsabilidade acaba se tornando um “peso” para os entrevistados⁽⁴²⁾.

Em um estudo chinês, foram levantadas na etapa de acondicionando e preparo que diversos erros podem ocorrer em um CME. Eles foram classificados em nove principais erros: embalagem incompleta, falta de instrumental cirúrgico, instrumental com especificação divergente da solicitada, identificação da embalagem errada, caixas com tampas trocadas, instrumentais preparados com embalagens fora da rotina, indicador químico para monitoramento da esterilização ausente na parte interna do pacote e contagem incorreta da

quantidade de instrumentais dentro do pacote ⁽⁴³⁾. Assim os autores mostram a variedade de falhas/erros que estão envolvidas em uma parte do processo e como está atrelado a capacidade e conhecimento do profissional.

Estas diversas peculiaridades sobre o trabalho do CME o tornam um setor de alta complexidade, porém ainda parece ser pouco reconhecido por conta do seu contexto histórico, ser um setor de cuidado indireto, assim é menos valorizado que o cuidado direto ao paciente, ausência do profissional médico, pouca ênfase dada pelo próprio ensino de enfermagem, área fechada com estruturas variáveis ou improvisadas e muitas vezes escondidas e profissionais que desconhecem os processos do CME acabam assimilando ao trabalho doméstico e acham que não há necessidade de qualificação profissional para trabalhar nesta área ⁽³³⁾.

Para melhoria dessa visibilidade dos serviços prestados pelo CME, foram elencadas às seguintes estratégias: prática fundamentada em conhecimentos científicos, auxiliada pela troca de experiência entre os enfermeiros do setor e das unidades consumidoras; educação permanente voltada às temáticas de processamento de materiais, seleção de trabalhadores com qualificação e interesse em trabalhar na unidade; comunicação efetiva com as unidades externas, divulgação do trabalho realizado no local, apoio institucional por intermédio do investimento tecnológico e reconhecimento da relevância das atividades realizadas na CME ⁽⁴⁴⁾.

O enfermeiro, como gestor e líder, deve se apropriar de seus processos através de estudos, propor e avaliar o fluxo de atividades do serviço de processamento de PPS e descrever em formato de Procedimentos Operacional Padrão (POP) para direcionar as forças de trabalho, além de ser obrigatório em legislação vigente, ele deve ser baseado em referencial teórico atualizado. Entretanto, ele é responsável por capacitar as equipes sempre que houver alterações e atualizações dos POP, ou seja, ele possui a responsabilidade e o desafio de disponibilizar as informações em tempo real e manter sua equipe atualizada ^(1,2).

O mapeamento de processos também exige do enfermeiro um olhar atencioso ao gerenciar o trabalho em equipe. Um estudo investigou a equipe de um CME alocado em hospital universitário de Goiânia, e identificou que uma equipe facilitadora do processo de trabalho é caracterizada por: integração, harmonia, motivação, boa comunicação, competência, além de comprometimento com os processos e receptiva às mudanças. Por outro lado, um ambiente com déficit de equipamentos e insumos, ausência de banheiro e local para repouso no setor e quadro insuficiente de trabalhadores, são características que dificultam os processos de trabalho no CME e desmotivam a equipe ⁽⁴⁵⁾.

O reconhecimento e percepções pelas equipes das unidades consumidoras e pela própria instituição de saúde se farão presente quando houver um maior engajamento tanto nos processos internos do CME, quanto aqueles relacionados aos processos externos. Cabe ao enfermeiro apropriar-se de ações e estabelecer o papel da enfermagem no CME, pois muitas discussões têm sido levantadas, principalmente em países desenvolvidos, pela substituição da enfermagem por auxiliares de produção supervisionados por qualquer profissional de nível superior⁽⁴⁶⁾.

3.3 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO CME COMO CAUSAS DE SURTOS

Como pudemos ver no capítulo anterior, o CME evoluiu a partir do conhecimento científico, principalmente, na área cirúrgica e da necessidade de adaptação de seus processos para responder às demandas vigentes. Processos pouco estudados podem impactar diretamente na assistência ao paciente. Assim este capítulo levantou alguns eventos adversos em que os processos do CME foram fatores para a ocorrência de surtos.

Para melhor compreensão dos erros em saúde foi preciso classificar termos que serão apresentados no quadro a seguir.

Quadro 1- Conceitos da classificação internacional da segurança do paciente

Erro	Falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.
Evento Sentinela	Ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e

	permanente de função.
--	-----------------------

Fonte: Anvisa, 2017⁽⁴⁷⁾

Referente à vigilância epidemiológica das infecções, na década de 80, houve um marco histórico na área de controle de IRAS, devido ao falecimento do presidente Tancredo Neves causado por uma infecção hospitalar, provocando a publicação da Portaria nº196 em 1983. A portaria, de forma didática, estabelece critérios para a classificação das infecções hospitalares, obrigando os hospitais a criarem a CCIH, como órgão responsável pela determinação de normas, rotinas e vigilância das infecções hospitalares, normatizando aspectos importantes no controle de infecção⁽⁴⁸⁾.

Por volta dos anos 2000 houve um importante surto: o das Micobactérias de Crescimento Rápido (MCR) em pacientes pós-cirúrgicos, provocando a discussão acerca da problemática de múltiplos usos de artigos hospitalares indicados para uso único. Devido a sua incidência em diversos estados do país, trazendo morbidades, sofrimento e terapia de alto custo para a recuperação destes pacientes, foi considerado um problema de saúde pública⁽⁴⁹⁾.

A principal falha estava relacionada ao processo de limpeza, pois a maioria destes artigos não permitiam sua desmontagem e eram esterilizados com resíduo orgânico. Um estudo levantou que 38,5% dos artigos avaliados tiveram falha no processo de limpeza manual, ressaltando a importância da “triagem” para o processamento desses artigos através de protocolos de reuso e a utilização da limpeza automatizada ultrassônica⁽⁵⁰⁾.

Em 2009, houve a publicação da RDC Nº 8, implementando medidas para a redução de ocorrência de infecções por MCR, em serviços que realizam procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos por videoscopias e procedimentos de lipoaspiração. Tais medidas contemplavam uma limpeza sistemática com avaliação crítica dos PPS de que estavam sendo processados, além de proibição da esterilização química por imersão, por se tratar de um processo extremamente frágil e a proibição de ciclos de esterilização rápida de forma indiscriminada. Além disso, os serviços de saúde ficaram responsáveis por acompanhar todos os casos de ISC⁽⁵¹⁾.

Os endoscópios gastrointestinais também representam um grande risco para os pacientes, por se tratarem de equipamentos com conformação complexa, ser reutilizados centenas de milhares de vezes e por adquirir uma alta carga microbiana após os procedimentos⁽⁵²⁾.

Falhas na limpeza foram relatadas também em instrumentos ortopédicos, em 1999, foi publicado um relato de três casos de artrite séptica por *Staphylococcus epidermidis*. Os autores identificaram matéria orgânica ressecada em cânulas que seriam utilizadas em

procedimentos ortopédicos. Em outro estudo, publicado em 2009, os autores encontraram matéria orgânica em produtos com lúmen, com cultura positiva para *Staphylococcus coagulase negativa*, *Staphylococcus epidermidis* e *Streptococcus mitis*. Em 2011, um surto de *Pseudomonas aeruginosa* também foi associado a falhas no processamento do instrumental de cirurgia ortopédica, que continham resíduos de matéria orgânica^(53,54,55).

Um estudo verificou que as taxas de transmissão por endoscópios para a *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC) alcançaram 41% de um total de 17 pacientes submetidos a endoscopia por utilizarem endoscópios contaminados⁽⁵⁶⁾. Uma revisão de literatura de 2007 constatou que entre 1975 e 2005, houve 30 surtos relacionados com endoscópios contaminados, resultando em 252 pacientes infectados nos Estados Unidos⁽⁵⁷⁾.

Em uma revisão literatura mais recente, foi levantado a problemática de surtos de enterobactérias resistentes a carbapenêmicos em duodenoscópios utilizados para a realização de colangiopancreatografia, entre 2012 a 2015. Nos Estados Unidos e Europa 25 instituições estimaram 459 casos de pacientes infectados após o procedimento e estava relacionado com o *design* do equipamento de três grandes fabricantes de endoscópios que não permitiam o processamento adequado. Após tais relatos a *Food and Drug Administration* (FDA) obrigou os fabricantes a recolherem os equipamentos que estavam relacionados às infecções, pois deveriam rever o seu *design* para permitir o processo de limpeza e desinfecção efetivo e revalidar o protocolo de processamento⁽⁵⁸⁾.

Outro surto amplamente divulgado na mídia aconteceu em São Paulo na cidade de São Bernardo do Campo, em 2016 ocorreu um mutirão da catarata em que foram realizadas 27 cirurgias, porém 22 pacientes apresentaram endoftalmite e ao menos 18 pacientes ficaram cegos, além de um óbito. A principal causa deste surto, foi devido a equipe utilizar PPS que não estavam esterilizados e não havia nenhum processamento entre um paciente e outro. Houve investigação e inquéritos pelo Ministério Público e Polícia Civil. Os profissionais envolvidos também foram investigados pelos seus respectivos conselhos de classe^(59,60).

3.4 CONTEXTUALIZAÇÃO COM A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação com a segurança do paciente tem se tornado uma prioridade, motivando propostas de políticas internacionais de saúde e levando aos esforços conjuntos de instituições, profissionais de saúde e pacientes, a fim de reduzir e controlar os riscos originados nos serviços de saúde de forma eficaz.

Antigamente não se possuía uma assistência especializada e mesmo assim não era permissivo errar. À medida que ocorreram novos avanços no conhecimento, e conseqüentemente, a tecnologia foi progredindo, o nível de complexidade assistencial aumentou e a probabilidade de sobreviver a erros também. Contrariamente a esse contexto, cada vez mais era adotada a conduta punitiva, de modo a identificar e apontar sempre o indivíduo responsável pelo engano ⁽⁶¹⁾.

Com a evolução da tecnologia houve a transformação da medicina e os sistemas de saúde. Autores relatam que a medicina costumava ser simples, inefetiva e relativamente segura, e que atualmente ela é complexa, efetiva, mas potencialmente perigosa. Os adventos tecnológicos na área médica promoveram uma condição maior de sustentação da vida, porém exigiram o desenvolvimento de medidas para equilibrar o uso da tecnologia com a segurança ⁽⁶²⁾.

As peculiaridades do processo de trabalho do CME, descritas no capítulo anterior, vêm ao encontro de fatores que predisõem a ocorrências de falhas em sistemas de saúde, citados por um autor, sendo elas: ambiente incerto e dinâmico, existência de várias fontes de informações, mudanças e ou imprecisões em objetivos que se confundem, necessidade de processar informações atualizadas em situações e circunstâncias que mudam constantemente, dependência de indicadores indiretos, problemas podem ser imprecisos, ações com conseqüências imediatas e múltiplas, momentos intensos de estresse permeados por longos períodos de atividade rotineira e repetitiva, tecnologia com muitas redundâncias, interface entre operador e equipamentos complexos, alto risco e múltiplos indivíduos com diferentes conhecimentos e experiências pessoais e profissionais e um ambiente de trabalho altamente influenciado por normas de alguns grupos e pela cultura organizacional ⁽⁶³⁾.

Diante do levantamento desses fatores, o movimento pela segurança do paciente propõe a busca pela cultura de segurança nos sistemas de saúde em sua concepção, organização e funcionamento como principais responsáveis diante da ocorrência de um evento adverso, pois pessoas cometem falhas ou atos não intencionais ⁽⁶⁴⁾.

A cultura de culpabilização ou punitiva caracteriza-se pela tendência de culpar o indivíduo pela ocorrência de um erro ou incidente de segurança, e representa importante fragilidade na cultura nos sistemas de saúde, visto que impede ou dificulta identificar os problemas de segurança. Temendo ser punido ou culpado, o profissional não se sente encorajado a notificar/relatar os incidentes e eventos adversos. Logo, o ambiente de aprendizagem contínuo, preconizado por uma cultura de segurança fortalecida, torna-se inviável ^(65,66).

O conceito de cultura de segurança tem sua origem fora do contexto dos cuidados de saúde. O termo “cultura de segurança” difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear. Uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a *International Atomic Energy Agency*. Posteriormente, dois acidentes graves ocorreram: a explosão na plataforma Piper Alpha, localizada no Mar do Norte da Europa, e o incêndio na estação de trem King Cross, em Londres. Os relatórios dos respectivos acidentes apontaram falhas humanas, administrativas e organizacionais, relacionadas às falhas na cultura de segurança, como as principais causas desses acidentes ⁽⁶⁷⁾.

A cultura de segurança é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, aprendizado contínuo com base nos registros das notificações/relatos de eventos e a primazia da segurança como prioridade em todos os níveis da organização ⁽⁶⁸⁾.

A Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*) define a cultura de segurança como: “o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança” ⁽⁶⁹⁾.

Assim a cultura de segurança mobiliza os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência dos mesmos ⁽⁷⁰⁾.

A resposta punitiva ao erro, ainda é uma realidade a ser superada e trabalhada. Em uma avaliação sobre a cultura de segurança com equipes de enfermagem de uma emergência pediátrica, a dimensão que mais recebeu resposta negativa, foi a que avaliava o tratamento dos erros nas instituições. Os profissionais ainda mencionam que quando um evento é relatado, o foco parece recair sobre a profissional que cometeu o erro e não sobre o problema ⁽²⁴⁾.

A enfermagem compõe o trabalho em saúde e precisa ser entendida como um trabalho específico e de importância social ímpar, para que o resultado de suas atividades também seja compreendido na complexidade que o acompanha. Um estudo fundamentou as causas dos erros, baseado em análise documental de notícias de jornais de grande circulação no Brasil, envolvendo processos de trabalho da enfermagem e elencou fatores relacionados à gestão e organização do trabalho, sendo eles: rotatividade de profissionais, déficit na formação/

capacitação, sobrecarga de trabalho e déficit de profissionais, e em relação aos próprios indivíduos que compõe a força de trabalho em enfermagem: falta de informação, imprudência, negligência e distração ⁽⁷¹⁾.

As notícias analisadas não foram aprofundadas para verificar as causas que culminaram em eventos adversos, porém os problemas relacionados à força de trabalho tiveram maior predominância com relação ao déficit de profissionais e, conseqüentemente, a sobrecarga de trabalho. O estudo conclui que erros de enfermagem trazem uma causalidade que muitas vezes passa despercebida pelos próprios profissionais de enfermagem, e compreender erros com base no processo de trabalho permite identificar lacunas que podem ser revistas por gestores dos serviços de saúde, por diretores de instituições, por gestores políticos e pelos próprios profissionais, com a finalidade de prevenir futuros erros ao repensar aspectos importantes das condições de trabalho a que os profissionais estão constantemente expostos, condições estas exaustivamente discutidas na atualidade ⁽⁷¹⁾.

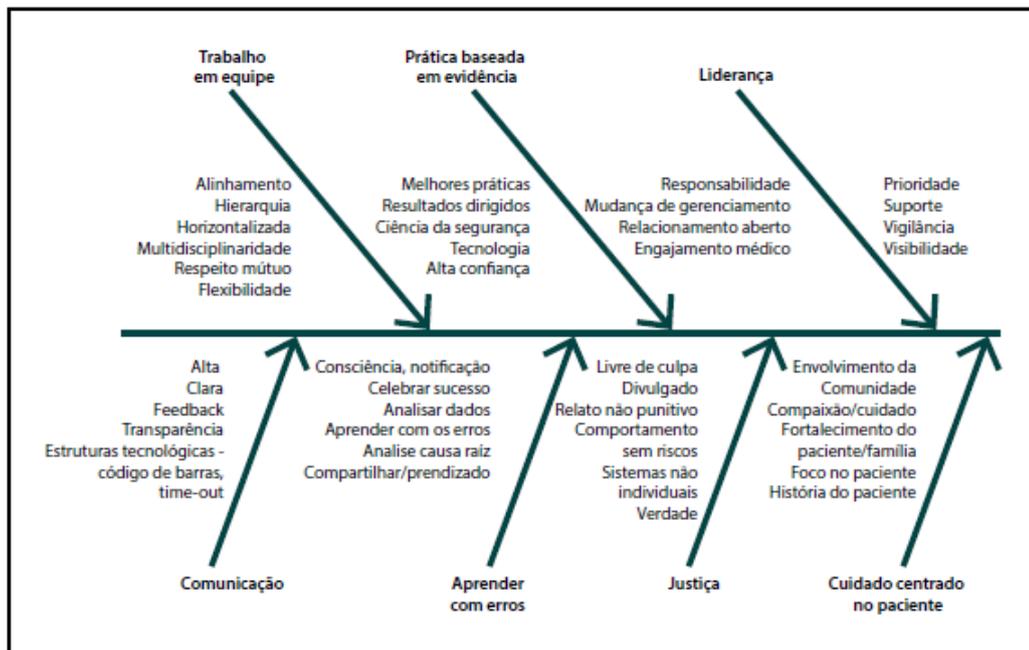
Um estudo realizado em hospital público em Minas Gerais, analisou EA registrados no período de três anos, constatando que os principais notificadores foram unidades de internação, emergência e centro cirúrgico. A principal fonte causadora dos incidentes descritos nas notificações, foram relacionados ao processo envolvendo a cadeia medicamentosa, não sendo estratificada por categoria profissional. O estudo também concluiu que há um grande envolvimento por parte dos notificadores e sugestões de melhorias envolvendo mudanças de rotina/ protocolos, maiores orientações e capacitações e também constatou um aumento no número de notificações que pode estar relacionado com o desenvolvimento da cultura de segurança que foi adquirido com o avanço no grau de maturidade das percepções dos profissionais ⁽⁷²⁾.

A cultura de segurança pode ser apresentada em graus diversos de maturidade e progredir através de cinco estágios ao longo do tempo, nos sistemas de saúde, sendo eles ⁽⁷³⁾:

- patológica – culpabilização dos trabalhadores é a única fonte do problema;
- reativa – há uma preocupação com a segurança, porém as ações só ocorrem após os incidentes;
- calculada – segurança é gerenciada de forma verticalizada e melhorias são impostas;
- proativa – funcionários estão envolvidos com processos e tomam iniciativas para melhoria dos processos;
- participativa – todos os funcionários de diferentes níveis estão envolvidos com os processos e a segurança é inerente para a instituição.

A classificação das características da cultura de segurança favorece sua compreensão, conforme demonstra a figura 1. Nesta perspectiva, um estudo americano definiu a cultura de segurança em sete subculturas, através de uma meta-análise qualitativa, os autores identificaram: a liderança, trabalho em equipe, práticas baseadas em evidências, comunicação efetiva, aprendizado com os erros, justiça e cuidado centrado no paciente ⁽⁷⁰⁾.

Figura 1- Características das sete subculturas da cultura de segurança



Fonte: Adaptado livremente de Hudson ⁽⁷⁰⁾.

Para que as organizações de saúde passem a assemelhar-se culturalmente às organizações de alta confiabilidade, autores sugerem as três mudanças críticas e interdependentes no nível organizacional ⁽⁷⁴⁾:

- O compromisso das lideranças como componente fundamental para difundir a ideia da necessidade de mudança de comportamento e de cultura. Esse compromisso requer incorporar os princípios da alta confiabilidade e nas declarações da visão e missão da organização, estabelecendo metas mensuráveis para monitorar sua realização;
- A cultura de segurança deve envolver três imperativos que se sustentam mutuamente:
 - a confiança;
 - a notificação/relato;
 - a busca contínua por melhoria.

A confiança deve ser estabelecida entre todos os profissionais para que se sintam seguros quando identificarem algum problema que possa envolver erros cometidos por outros.

Do mesmo modo, os profissionais devem confiar que a gestão irá buscar a solução dos problemas identificados nas notificações ou relatos de condições com potencial inseguro ou procedimentos de segurança falhos, que dão oportunidade de identificar problemas em estágios iniciais antes que eles representem riscos elevados. As melhorias de segurança obtidas com base em notificações/relatos ou relatos, uma vez transmitidas de volta aos profissionais (*feedback*), reforçam a confiança que motivou o profissional a notificar/relatar, contribuindo para que a cultura de segurança da organização seja fortalecida.

- O uso de ferramentas robustas para avaliação de processos, como a *Lean Six Sigma*, a análise da causa raiz e outras. Estas ferramentas possuem uma abordagem sistemática, envolvendo de forma confiável a magnitude do problema, identificação de causas e mensuração da importância de cada causa. Além de encontrar soluções para as causas mais importantes, comprovar a efetividade dessas soluções e implantar programas que assegurem a melhoria contínua ao longo do tempo.

A falha na comunicação é a principal causa de eventos sentinelas, segundo dados do AHRQ de 2013, devido à fragmentação do cuidado, ela é considerada por muitos especialistas em segurança do paciente um dos grandes desafios ou problemas da atualidade ⁽⁷⁵⁾.

Em 2005, a Aliança Mundial de Segurança do Paciente identificou áreas de atuação prioritárias, por exemplo, melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais do cuidado, influenciada pelas metas de segurança do paciente da *Joint Commission International* (JCI), sendo intitulada como a “meta dois” nas metas internacionais de segurança do paciente ⁽⁶⁵⁾.

Estratégias para melhoria da comunicação não envolvem barreiras intransponíveis e altos custos, mas todas dependem de liderança comprometida, equipe de trabalho coesa e forte, além de conhecimento de princípios básicos de melhoria da qualidade em saúde. No entanto, envolvem mudanças em sistema complexo e devem ser vistas através do olhar dos fatores humanos (antes, durante e após eventual implantação), para se certificar de que atenderão localmente suas finalidades e não criarão consequências inesperadas ^(47,65). Seguem algumas dessas estratégias:

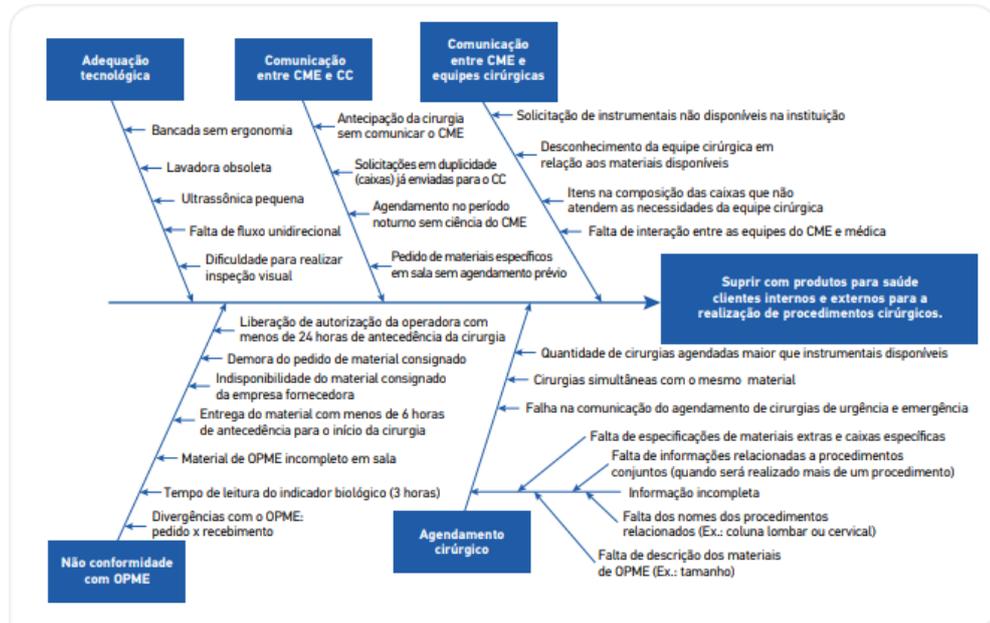
- Unidades Geográficas: são definições padronizadas da localização nos setores e os profissionais envolvidos nestas unidades. Esta padronização visa maior agilidade para comunicar as pessoas de interesse e que terão impacto para a comunicação ser efetiva em atingir os cuidados paciente ⁽⁶⁵⁾;
- *Rounds* interdisciplinares: apesar de serem mais usados em áreas fechadas, estudos já vêm demonstrando a combinação da técnica de unidades geográficas com os rounds.

Os participantes precisam ser objetivos e ter o paciente como foco. A utilização de cartão de objetivos diário ou lista de verificação envolvendo questões estratégicas são muito úteis ⁽⁶⁵⁾;

- **SBAR** – *Situation* (situação), *Background* (história prévia), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendação): esta ferramenta visa padronizar a comunicação, para que não falte nenhuma informação importante e imprescindível para a segurança do paciente posteriormente. Ela tem se mostrado muito efetiva e altamente adaptável a diversos setores, inclusive em CME ^(76,77);
- **Read Back**: é a técnica de confirmação de uma informação recebida, seja de forma escrita ou oral, ou seja, o profissional que recebe a informação deve anotar e depois reler a informação e ela é confirmada se está correta por quem a transmitiu. Esta técnica faz parte das metas internacionais de segurança do paciente do manual da JCI ^(65,78);
- **Normatização da passagem de plantão**: ao contrário de passagens de plantão com informações não registradas ou a ausência delas, além de interrupções devido ao ambiente caótico, esse processo deve ocorrer em local determinado e adequado e horário pré-definido. Os profissionais envolvidos na passagem de plantão/turno devem estar disponíveis pelo tempo necessário para transmissão das informações necessárias. Além da troca verbal de informações é imprescindível o registro dos itens mais relevantes relativos ao cuidado ^(65,79);
- **Briefings**: também são estratégias para comunicações breves antes de procedimentos ou cuidados de forma resumida, porém com informações essenciais para assistência ao paciente e os *debriefings* ocorrem após o procedimento ou cuidado prestado permitindo revisar o caso e os acertos e erros ⁽⁴⁷⁾;
- **Feedback**: é a técnica para dar retorno sobre as atividades desenvolvidas sendo elas positivas ou negativas, ele ajuda a promover e criar laço de confiança entre membros da equipe e gestores e lideranças e é uma importante propriedade da cultura de segurança ^(70,47,78).

Um estudo fez um levantamento sobre as principais causas que geravam o cancelamento de cirurgias em um hospital privado. Foi feito um diagrama de *Ishikawa* (figura 2) com mapeamento das fragilidades que estavam relacionados ao processo, sendo a maioria relacionada ao processo de comunicação. A instituição conseguiu minimizar essas fragilidades utilizando a estratégia de unidades geográficas e rounds interdisciplinares, ao qual eles denominaram de “bate-mapa” ⁽⁸⁰⁾.

Figura 2 - Diagrama de causa e efeito: mapeamento das fragilidades



Fonte: Tamiasso, Santos, Fernandes, Ioshida, Poveda, Turrini, 2018, p. 98 ⁽⁸⁰⁾

O trabalho em equipe era menos importante no passado, mas, diante do aumento crescente da complexidade no cuidado em saúde, surgem evidências da sua importância. Neste capítulo, o trabalho em equipe foi citado em todas as estratégias, além de ser considerada uma habilidade não técnica essencial para a segurança do paciente que pode ser mensurada ⁽⁸¹⁾.

O trabalho em equipe é o espírito de coleguismo, colaboração e cooperação, devendo existir entre todos os membros de uma equipe, entre equipes diferentes e ser independente da hierarquia. Os relacionamentos devem ser abertos, responsáveis e flexíveis para que haja melhores alinhamentos, concatenação de conhecimentos diferentes, respeito mútuo e apoio uns aos outros ^(47,70).

O comportamento destrutivo no trabalho em saúde, também conhecido como comportamento antiprofissional, envolve condutas profissionais desrespeitosas adotadas no ambiente de prática, podendo manifestar-se como incivildade, violência psicológica ou violência física/sexual. Este conceito está relacionado com o comportamento humano com o processo de trabalho em saúde e tem impactado na segurança do paciente ⁽⁸²⁾.

O exercício da liderança para minimizar este tipo de comportamento com ênfase no suporte individual, treinamento, reconhecimento e respeito mútuo, foi apontado como uma das estratégias para redução deste comportamento, pois se torna uma ameaça para harmonia no ambiente de trabalho, reduzindo o trabalho em equipe e a comunicação, uma vez que

destrói a confiança, o respeito mútuo e o coleguismo. Então, é necessário estabelecer um ambiente de trabalho interdisciplinar, cujos trabalhadores, independentemente da categoria a qual pertencem, consigam se articular em torno de um trabalho profissional, que atendam aos objetivos da organização e sob condições adequadas ⁽⁸³⁾.

Apesar da força de trabalho em CME ser composta por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, ela possui um relacionamento dinâmico com diversos profissionais das instituições de saúde, sejam médicos-cirurgiões, fisioterapeutas, equipe de enfermagem e gestores de diversas unidades, serviço de mecânica e engenharia clínica, medicina ocupacional, lavanderia, CCIH, etc.

Um exemplo de um trabalho em equipe entre CME e serviço de mecânica foi a criação de sensor para detergente enzimático, onde o técnico identificou a necessidade da criação do mesmo a partir de uma conversa com enfermeiro do CME que relatava fragilidade no processo, por depender de sua equipe para verificar frequentemente o nível adequado do detergente enzimático para limpeza de PPS ⁽⁸⁴⁾.

O aprendizado dos profissionais a partir de erros e da própria instituição deve ser construído quando detectados, para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho e evitar o mesmo erro. Por conta da natureza complexa do cuidado de saúde, não há uma única razão pela qual os erros ocorrem, assim faz-se necessária uma investigação/pesquisa profunda para detectar as principais causas ou ao que está atrelada a ocorrência do erro.

As fontes de dados que podem ser utilizadas para compreender as causas são as mesmas para medir o dano: sistemas de notificação/relato; dados administrativos; reclamações administrativas; reclamações de má prática; reuniões de morbidade/morbidade e mortalidade, com ou sem necropsias; auditorias/revisões ou investigações/pesquisas nacionais ou regionais; e processo clínico/prontuário do paciente ⁽⁶⁵⁾.

É importante que o aprendizado comece pelos líderes demonstrando disponibilidade para aprender, não somente por meio de análises dados da própria instituição de saúde, mas também por pesquisas de outras áreas que tem se desenvolvido e demonstrado sucesso quanto à cultura de segurança ⁽⁶¹⁾.

Porém erros ainda têm sido omitidos, pois os profissionais não se sentem à vontade de expor quando cometem um erro ou quando notam alguma falha no sistema que impactaria na segurança.

Estudos identificaram que existem fragilidades no processo de comunicação referentes: a *feedbacks* e comunicação sobre erros, abertura para comunicação e respostas punitivas ao erro, pois foram onde ocorreram pontuações com índice menor que 75%, sendo

que o considerado satisfatório é maior ou igual. Isto também demonstra que há uma baixa percepção dos profissionais sobre as ações de segurança adotadas a partir do relatório de EA e aponta a necessidade de ações a serem desempenhadas pelos gestores, bem como no compartilhamento de decisões com vistas a correção e prevenção de fatores a eles associados (20,85).

Um estudo realizado em unidade de terapia intensiva possibilitou evidenciar a percepção e a gestão sobre o erro humano no processo de trabalho na perspectiva dos diferentes profissionais de saúde. Dessa forma, verificou-se que os profissionais reconhecem a existência do erro na assistência à saúde e atribuem a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema organizacional. Além disso, como forma de gestão do erro, estimularam uma cultura não punitiva, que tenha como base uma comunicação voltada para o aprendizado coletivo (86).

O aprendizado com erros pode ser associado a cultura de aprendizagem, em que autores definem como um conjunto de crenças, valores, atitudes, papéis, suposições e comportamentos compartilhados que permitem a ocorrência de aprendizagem em organizações. Outros autores também referem que as culturas de aprendizagem são aquelas que dão suporte à aquisição de informação, à distribuição e partilha da aprendizagem, e que reforçam a aprendizagem contínua e a sua aplicação para o melhoramento do desempenho organizacional (87,88).

A cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança entre a equipe fixa (profissionais de contratos permanentes) da instituição e a equipe médica, e promove um ambiente que propicia oportunidades de aprendizado. Deve-se contemplar no processo de educação e treinamento sobre segurança, o entendimento básico da ciência da segurança, o que significa ser uma instituição de alta confiabilidade, qual o valor da cultura de segurança e do processo de melhoria de desempenho (63,47).

A subcultura de justiça reconhece os erros como falhas no sistema, ao invés de falhas individuais e, ao mesmo tempo, não coíbe de responsabilizar os indivíduos por suas ações. Ela vem sendo descrita como uma cultura justa no tratamento de erros e falhas que vem, por um lado, em resposta às ansiedades sobre as abordagens sem culpa e, por outro, em uma preocupação em incentivar as pessoas a continuar a notificar/relatar questões relacionadas à segurança. Ela é caracterizada como uma cultura de confiança, aprendizagem e responsabilidade (65).

É importante ressaltar que os eventos adversos não afetam apenas os pacientes e seus familiares, mas podem ter efeitos devastadores sobre profissionais de saúde, também

denominados segundas vítimas, que são passíveis de sofrer consequências emocionais devido a EA que poderiam ser evitados e sofrer, subsequentemente, litígio por má prática ⁽⁸⁹⁾.

A cultura justa ainda pode ter duas abordagens: justiça retributiva/punitiva e a justiça restaurativa. Diante de situações em que ocorre um EA, a retributiva impõe uma punição merecida e proporcional, enquanto a restaurativa pretende reparar a confiança e os relacionamentos danificados ⁽⁹⁰⁾.

A subcultura do cuidado centrado no paciente, por mais óbvia que seja, se tornou uma prática a ser resgatada, assim esta é uma cultura centrada no paciente abrangendo o paciente e família como a única razão para a existência do serviço prestado pelas instituições de saúde. O paciente não deve ser somente um participante ativo de seu próprio cuidado, mas também o elo entre a instituição de saúde e a comunidade ^(47,70).

Muitos esforços têm sido mobilizados para assegurar uma assistência de qualidade e de segurança, no entanto, no período de internação, no quarto ou na enfermaria, o paciente pode sofrer mais de um tipo incidente, ou seja, danos que podem ser evitados com ações voltadas para a prevenção de infecção, de complicações cirúrgicas e de condições sensíveis ao adequado cuidado de enfermagem. Por isso, é tão importante o desenvolvimento de atividades para melhoria da qualidade nos hospitais.

O gerenciamento de riscos, com a prática de identificação dos mesmos e notificação de eventos adversos, também foram destaques em outra pesquisa ao analisar estratégias para promover a segurança do paciente no âmbito hospitalar. A atitude de identificação compartilhada dos riscos pode ser considerada a primeira estratégia para o estabelecimento da cultura de segurança na instituição ⁽⁹¹⁾.

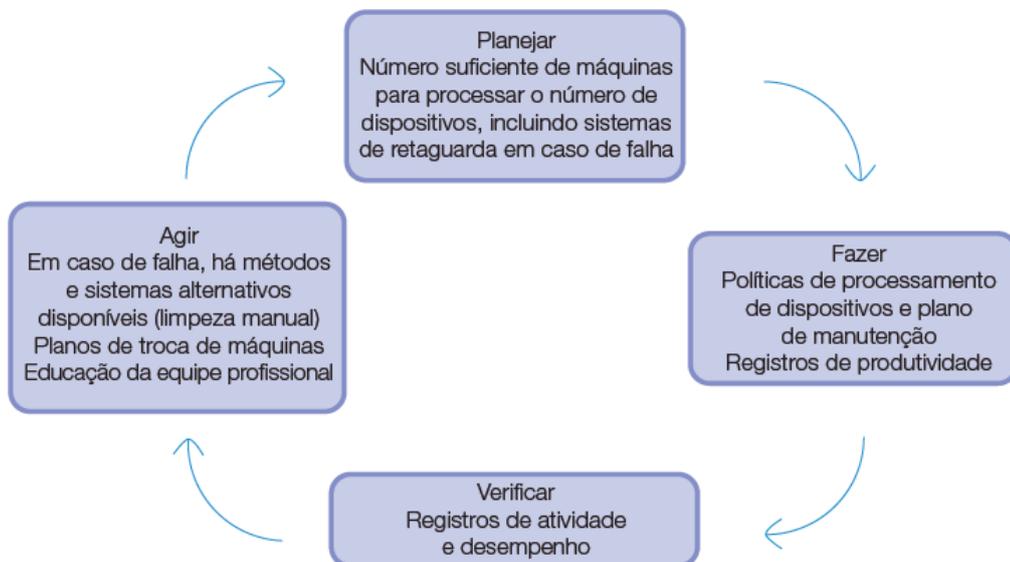
A prática baseada em evidência deve ser padronizada para evitar ocorrências de variações em todas as situações, assim instituições que possuem seus processos padronizados por meio de *checklist* e *guidelines* têm menos chances de sofrerem alterações das ações humanas ^(47,70).

A padronização dos processos no trabalho da enfermagem é o caminho a ser seguido, diante dos desafios que envolvem a qualidade do serviço prestado, tais como: a falta de estrutura adequada, falta de recursos financeiros, e deficiência nos recursos humanos gerando sobrecarga de trabalho e alta rotatividade. Assim, o simples cumprimento das metas internacionais de segurança do paciente, representa um significativo aumento na segurança ao paciente e possibilita às instituições a melhoria de seus processos, permitindo, segurança também ao trabalhador, que por sua vez se sente mais seguro e tranquilo para realizar seu trabalho ⁽⁹¹⁾.

No contexto do CME, o papel do enfermeiro pode ser considerado com mais autonomia, quando comparado a unidades assistenciais que são condicionadas as equipes médicas. No entanto, é preciso de um gerenciamento que vai além das premissas básicas, mas também com uma gestão de risco avaliando todos os processos abordando: definições dos critérios através dos quais os riscos são avaliados e calculados, métodos de avaliação de risco, responsabilidade por decisões de risco, provisão de recursos designados para prevenção de risco, comunicação interna e externa relativa aos riscos identificados (notificação) e qualificação da equipe profissional dedicada a gestão de risco ⁽⁹²⁾.

A gestão de risco é vista como um processo contínuo durante o planejamento, implementação, monitoramento e melhoria contínua. Para utilização do ciclo de PDCA (*Plan, Do, Check e Act*) no CME é preciso ter claramente os riscos envolvidos e categorizar suas implicações aos pacientes. A figura abaixo exemplifica como o PCDA pode ser utilizado no CME ⁽⁹²⁾.

Figura 3 - Exemplo de avaliação de risco e PDCA de lavadoras termodesinfectoras



Fonte: OMS, 2016 ⁽⁹²⁾.

O desenvolvimento da cultura de segurança apresenta-se como elemento central nos muitos esforços empreendidos na busca pela melhoria da segurança do paciente e da qualidade do cuidado de saúde prestado. Reconhecer o impacto da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde é o primeiro passo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança, assim o entendimento das sete subculturas facilita o processo de implantação, pois direciona os profissionais a adquirirem esta postura.

A cultura de segurança pode ser mensurada organizacionalmente ou por setor, como já citado em estudos no decorrer do capítulo, pois existem questionários validados e que podem ser um indicador de qualidade ou para realização de *benchmark* entre instituições.

Quatro questionários tem recebido ampla aceitação mundial, são eles: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO), *Hospital Safety Climate Scale* (HSC). Estes instrumentos possuem propriedades psicométricas aceitáveis e têm sido traduzidos, validados e aplicados em diversos países ⁽⁹³⁾.

No Brasil, foram validados o HSOPSC e o SAQ. Em 2015, foi validado o SAQ específico para CC com o intuito de contribuir com uma ferramenta de gestão e subsidiar estratégias, tanto para a avaliação do clima de segurança como da qualidade da comunicação e da colaboração entre a equipe de profissionais atuantes nesta área e corroborar para a avaliação da cultura de segurança ^(94,95,96). Para o CME ainda não existe nenhum questionário validado.

Em um estudo realizado em instituição filantrópica na cidade de Porto Alegre, foi mensurada a cultura de segurança utilizando o questionário HSOPSC em todos os setores do hospital. Os dados encontrados do CME foram agrupados a outras unidades de apoio (farmácia e nutrição). Dentre as doze dimensões de cultura mensuradas pelo instrumento, sete obtiveram respostas positivas abaixo ou dentro do percentil 50, ou seja, demonstrando ser áreas frágeis para segurança do paciente, sendo elas: trabalho em equipe dentro das unidades, percepção geral da segurança do paciente, abertura de comunicação, trabalho em equipe entre as unidades, adequação de profissionais e passagem de plantão ou de turno/ transferências e respostas não punitivas aos erros ⁽⁹⁷⁾.

A avaliação do *status* da cultura de segurança em organizações de saúde, particularmente em hospitais, tem sido objeto de diversos estudos pré e pós-intervenções, mostrando as necessidades percebidas em uma avaliação pré-intervenção e os ganhos alcançados a partir de implementações efetivas de intervenções de segurança ⁽⁶⁵⁾.

Visto os desafios expostos no capítulo anterior relacionados a gestão de processos e qualidade de um CME e nenhum estudo envolvendo a temática em CME, percebe-se que ainda há uma lacuna a ser preenchida sobre a abordagem da cultura de segurança em um setor de cuidados indiretos, assim como a disponibilidade de ferramentas para direcionar gerentes de CME a trabalhar a cultura de segurança do paciente com suas equipes.

4 MÉTODO

Optou-se pelo estudo delineado pela estratégia qualitativa ancorada na possibilidade de fornecimento de uma rica introspecção do comportamento humano, pois a pesquisa qualitativa prioriza a dimensão subjetiva em vez de medições objetivas cujos resultados geram conhecimento sobre importantes aspectos da experiência humana ⁽⁹⁸⁾.

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo. A abordagem exploratória permite a exploração de um tema o qual a pesquisadora pretende aprofundar-se em contexto específico e buscar respostas a fenômenos desconhecidos ⁽⁹⁹⁾.

4.1 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em CME classe II de instituições hospitalares privadas, públicas, filantrópicas ou mistas e localizadas nas regiões sul e sudeste do Brasil.

4.2 PARTICIPANTES

As participantes foram enfermeiras com experiência profissional em CME de instituições hospitalares, partindo dos seguintes critérios de inclusão:

- Ter experiência de no mínimo um ano, entre os anos de 2015 e 2020, sendo de dedicação exclusiva em CME;
- O CME em que trabalha ou trabalhou estar inserido em instituições hospitalares de cunho filantrópico, privado, público ou misto;
- Ter acesso à internet via computador com *webcam* e microfone ou a *smartphone*.

Para os critérios de exclusão foram utilizados os seguintes:

- O participante estar em férias, licença especial ou gestacional no período da coleta de dados;
- Participar somente de uma das etapas da coleta de dados.

A composição da amostra foi organizada, inicialmente, por meio não probabilístico da técnica Bola de Neve ⁽¹⁰⁰⁾. A execução da amostragem em bola de neve se construiu da seguinte maneira: inicialmente, foram feitos convites para participantes-chave, a fim de localizar outros participantes com o mesmo perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Em seguida, foi solicitado que as pessoas indicadas pelas participantes-

chaves sugerissem novos contatos com as características desejadas e assim sucessivamente e, até que o quadro de amostragem formado atingisse a saturação dos dados⁽¹⁰⁰⁾.

Assim foram enviados os convites para nove enfermeiros integrantes do grupo de estudo do Comitê de Processamento de Produtos para Saúde organizado pelo Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre (SINDIHOSPA) que preenchiam os critérios de inclusão, destes 9 apenas 4 responderam ao convite, mas apenas um aceitou participar da pesquisa. Este único participante foi denominado como participante-chave, porém não houve continuidade na técnica da bola de neve, pois não houve indicação para dar continuidade na coleta de dados.

Mediante a situação inesperada, a pesquisadora optou por compor a amostra por conveniência. Desta forma, foram convidados enfermeiros que atendiam os critérios de inclusão, que faziam parte da rede de contatos da pesquisadora e que demonstraram prontamente interesse em colaborar com a pesquisa.

O quantitativo dos participantes foi definido pelo critério de saturação dos dados, ou seja, à medida que se notou a repetição de dados dos entrevistados. Este critério é amplamente utilizado em pesquisas de natureza qualitativa e visa atender ao nível de profundidade que a pesquisa busca explorar, estando diretamente relacionado aos objetivos definidos pela pesquisa e à homogeneidade da população estudada⁽¹⁰¹⁾.

Assim a amostra foi composta por um enfermeiro integrante do Comitê de Processamento de Produtos para Saúde do SINDIHOSPA (que seria o impulsionador da técnica bola de neve) e 11 enfermeiros (dos contatos pessoais, caracterizando a amostra por conveniência), totalizando 12 participantes.

4.3 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi em duas etapas, sendo a primeira iniciada em dezembro de 2020 com o envio de convites e termos de consentimento livre esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) da pesquisa por e-mail em formato de formulário eletrônico do *Google Forms*[®] com uma breve apresentação da pesquisadora (entrevistadora), do objetivo geral e informações sobre sua participação. Junto ao TCLE foi enviado o formulário sobre as características socioprofissionais *online* no *Google Forms*[®] (APÊNDICE B) e sugestão de datas para a segunda etapa da coleta.

A partir da coleta dos dados socioprofissionais foi verificado se a participante atendia os critérios de inclusão da pesquisa para prosseguir com o agendamento da segunda parte da coleta de dados.

Houve perda de três dados socioprofissionais, pois não ocorreu retorno para o agendamento da segunda etapa da coleta. Desta forma só foram entrevistadas as participantes que demonstraram disponibilidade em participar da primeira e segunda etapa da coleta, sendo definido uma data e horário com cada participante para realizar a entrevista.

A segunda etapa da coleta de dados ocorreu no mês de março de 2021, em momento de pandemia e distanciamento social a realização das entrevistas ocorreram, exclusivamente, mediada pela tecnologia, através de reunião virtual utilizando a ferramenta *Google Meet*[®].

Momentos antes do horário agendado a entrevistadora enviava o *link* de acesso para a reunião virtual e as participantes se conectaram pelo computador ou *smartphone*, de acordo com a preferência de cada uma.

Antes do início da entrevista propriamente dita, a pesquisadora procedeu a sua apresentação às participantes, mencionando também ser enfermeira de CME, explicando a sua aproximação com o tema e as motivações de estudar o assunto, para estabelecer um primeiro elo entre o entrevistador e participante. Posteriormente, foram explicados os objetivos da pesquisa e como a entrevista seria conduzida. Foi salientado que era uma pesquisa sobre percepções e que não deveria haver preocupações com relação às respostas certas ou erradas, mas sim relatar suas percepções de acordo com sua experiência profissional. Após foi dado um espaço para as participantes tirarem dúvidas sobre a pesquisa, assim como recomendado pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ)*⁽¹⁰²⁾.

Em sequência a este momento, foi solicitada a permissão das participantes para iniciar a gravação da reunião virtual, havendo a concordância de todas.

Um roteiro semiestruturado foi utilizado para conduzir a entrevista. Questões abertas foram elaboradas a partir dos conceitos de segurança do paciente e cultura de segurança, sendo esta desmembrada de acordo com as sete subculturas de segurança: trabalho em equipe, comunicação, liderança, cultura justa, aprendizado com os erros, práticas baseada em evidências, cuidado centrado no paciente (APÊNDICE C).

Este roteiro de entrevista foi aplicado, antes da coleta de dados, pessoalmente pela pesquisadora, em caráter experimental, com uma enfermeira que preencheu os critérios de participação. O teste piloto foi realizado no próprio local de trabalho da entrevistada, para averiguação da adequação da linguagem utilizada no roteiro e da compreensão das questões, ou seja, se as respostas da participante estavam condizentes com os objetivos do estudo.

Após este momento de testagem, foram feitos ajustes no roteiro da entrevista e aplicado novamente em caráter experimental. A segunda entrevista ocorreu em formato de reunião virtual, utilizando a ferramenta *Google Meet*[®] com outra enfermeira, que também atendia os critérios de inclusão, para ser verificada a pertinência das adequações efetuadas e se as questões ficaram realmente claras. Sequencialmente, foram feitos mais alguns ajustes na escrita para compreensão das questões.

No momento da entrevista, antes de formular as perguntas para as participantes, a entrevistadora leu os conceitos de segurança do paciente e cultura de segurança e, quando necessário, exemplificou as sete subculturas para favorecer a inserção da participante no contexto das perguntas. Quando houve depoimentos muito vagos a pesquisadora lançou perguntas chaves, tais como: Por que? Por quem foi proposto? Poderia dar um exemplo de como foi conduzido? Explique melhor sobre tal ponto. Qual o objetivo desta conduta?

A maioria das entrevistas teve duração de 20 a 30 minutos, com exceção de duas que duraram em torno de 1 a 1 hora e 30 minutos. Houve apenas alguns problemas de conexão, assim algumas perguntas e respostas tiveram que ser repetidas ou pela pesquisadora ou pela participante, problemas técnicos como, por exemplo, falta de áudio que foram resolvidos, assim nenhuma entrevista teve que ser reagendada.

Na medida em que as entrevistas eram encerradas, procedia-se a sua transcrição literal para que nenhuma informação ou percepção fosse perdida.

4.4 CONSIDERAÇÕES QUANTO AOS ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido primeiramente à avaliação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e, posteriormente, ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número CAAE 39519020.4.0000.5347 e número do parecer 4.452.861 em dezembro de 2020 (ANEXO).

A pesquisa seguiu as normas conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, pretendendo assegurar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade ao indivíduo e às comunidades à medida que preconiza, entre outros preceitos, o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo, bem como a proteção a grupos vulneráveis e incapazes⁽¹⁰³⁾.

Foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em formato de formulário eletrônico do *Google Forms*[®] (APÊNDICE A) às participantes, como já mencionado, e enviado uma cópia por e-mail para as que solicitaram.

Riscos mínimos associados aos procedimentos de coleta de dados da pesquisa, tais como desconforto pela participante pelo tempo mínimo proposto para realização da entrevista, a participante querer interromper a entrevista por não se sentir confortável em responder alguma questão e riscos associados à tecnologia como dificuldade de acesso à internet ou uso do *Google Meet*[®] foram previstos de ocorrer. Entretanto, no transcurso das entrevistas, apenas dificuldades com o áudio necessitaram ser contornadas.

O anonimato das participantes foi assegurado e os princípios éticos respeitados, uma vez que os dados coletados foram analisados e integram esta pesquisa sem identificação dos sujeitos e sem identificação da instituição em que atuam. O anonimato foi preservado e firmado através da codificação das participantes pelas siglas: E1, E2, E3..., assim como o compromisso com o uso das informações obtidas apenas para fins deste estudo.

Os dados coletados foram armazenados no computador de uso pessoal da pesquisadora, onde somente a mesma possui acesso, e serão armazenados por pelo menos cinco anos, e após a utilização para os fins da pesquisa serão apagados.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE

Os dados socioprofissionais da primeira parte da coleta foram registrados em uma tabela no programa *Microsoft Excel 2013*[®], sendo utilizados para descrever o perfil das participantes e algumas características das instituições hospitalares que fizeram ou fazem parte da sua trajetória profissional.

Após a transcrição literal das entrevistas, os textos foram formatados, uniformizados e transformados em um arquivo único denominado *corpus*, para receber o tratamento no programa *Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires - IRaMuTeQ*. Trata-se um de *software* gratuito que busca apreender a estrutura e a organização do discurso, sendo capaz de informar as relações entre os mundos lexicais que são mais frequentemente enunciados pelas participantes da pesquisa. Foram realizadas análises lexicográficas clássicas para verificação de estatística de quantidade de segmentos de texto (ST), evocações e formas^(104,105).

Dentre as diversas possibilidades de tratamento de dados textuais pelo *software*, optou-se pelo método Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Nele os segmentos de

texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes cruzando segmentos de textos e palavras (em repetidos testes do tipo χ^2), aplica-se o método de CHD e obtém-se uma classificação estável e definitiva ⁽¹⁰⁶⁾.

Esta análise visa obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. A partir dessas análises em matrizes o *software* organiza a análise dos dados em um dendrograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes ⁽¹⁰⁷⁾.

Após a definição das classes emergentes pela CHD, utilizou-se o método de análise de conteúdo de Bardin para interpretação das mesmas. Ele permite a classificação dos componentes do significado da mensagem em espécie de gavetas. Segundo a autora, a análise de conteúdo não deixa de ser uma análise de significados, ao contrário, ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação (108).

Para análise de conteúdo de Bardin seguiu-se as três etapas previstas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos/interpretação ⁽¹⁰⁸⁾.

Na primeira fase, foram organizados os textos a serem analisados. Nesse momento foram verificadas as classes emergentes criadas pelo *software* IRaMuTeQ e realizadas leituras exaustivas dos textos correspondentes para entrar em contato com sua estrutura e descobrir as orientações para análise. Foram registradas as primeiras impressões sobre os significados das classes e sua nomeação, de acordo com os objetivos e questões de estudo ⁽¹⁰⁸⁾.

Na segunda fase, após ter-se repetido a leitura dos textos para confirmação das impressões para definição dos nomes das classes emergentes, procedeu-se a seleção dos trechos dos textos que mais expressavam as classes.

Na terceira fase, realizou-se a interpretação dos dados de cada classe aproximando a experiência profissional com os conceitos de segurança do paciente e as sete subculturas de segurança: trabalho em equipe, comunicação, liderança, justiça, aprendizado com os erros, prática baseada em evidências, cuidado centrado no paciente.

5 RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se algumas características das participantes em relação às suas experiências profissionais em CME bem como as instituições hospitalares onde atuam ou atuaram.

Em seguida, os resultados serão apresentados e as interpretações dos dados qualitativos serão descritas. Obteve-se a classificação hierárquica descendente (CHD) dividida em quatro classes: Classe 1 – Dificuldades na comunicação interna do CME, Classe 2 – Dificuldades no aprendizado com erros e a cultura justa, Classe 3 – Baixa visibilidade do CME para a segurança do paciente, Classe 4 – O cuidado indireto do CME.

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES E INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

A partir da coleta dos dados socioprofissionais, identificou-se que as 12 participantes da pesquisa eram do sexo feminino, sendo que oito delas pertenciam à faixa etária prevalente entre 30 a 39 anos. Com relação à formação no âmbito da pós-graduação, 10 possuíam curso de pós-graduação do tipo *lato sensu* e uma participante cursando doutorado acadêmico. A maioria das participantes possuía mais de cinco anos de experiência, sendo que metade da amostra possuía mais de dez anos de experiência profissional exclusiva em CME.

As características das participantes e as características das instituições hospitalares onde adquiriram experiência profissional em CME serão apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 2- Características das participantes e instituições hospitalares

Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Doze do sexo feminino.
Faixa etária	<ul style="list-style-type: none"> • 30 a 39 anos – oito participantes; • 40 a 49 anos – duas participantes; • 50 a 59 anos – duas participantes.
Pós – graduação	<ul style="list-style-type: none"> • Todas possuíam pelo menos um curso de especialização; • Oito participantes possuíam na área de centro cirúrgico, sala de recuperação e CME; • Três possuíam mais de uma especialização, sendo uma na área de gestão; • Uma participante cursando doutorado em enfermagem.
Tempo de experiência exclusiva em CME	<ul style="list-style-type: none"> • Mais de 10 anos de experiência – seis participantes; • Entre 5 e 10 anos de experiência – três participantes; • Entre 1 e 5 anos de experiência – três participantes;

Características das instituições hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> • Dez em Porto Alegre- RS • Duas em São Paulo-SP; • Onze possuíam núcleo de segurança do paciente; • Dez possuíam selo de acreditação.
---	---

Fonte: Dados da pesquisa, Yamamoto, SS. Porto Alegre, 2021.

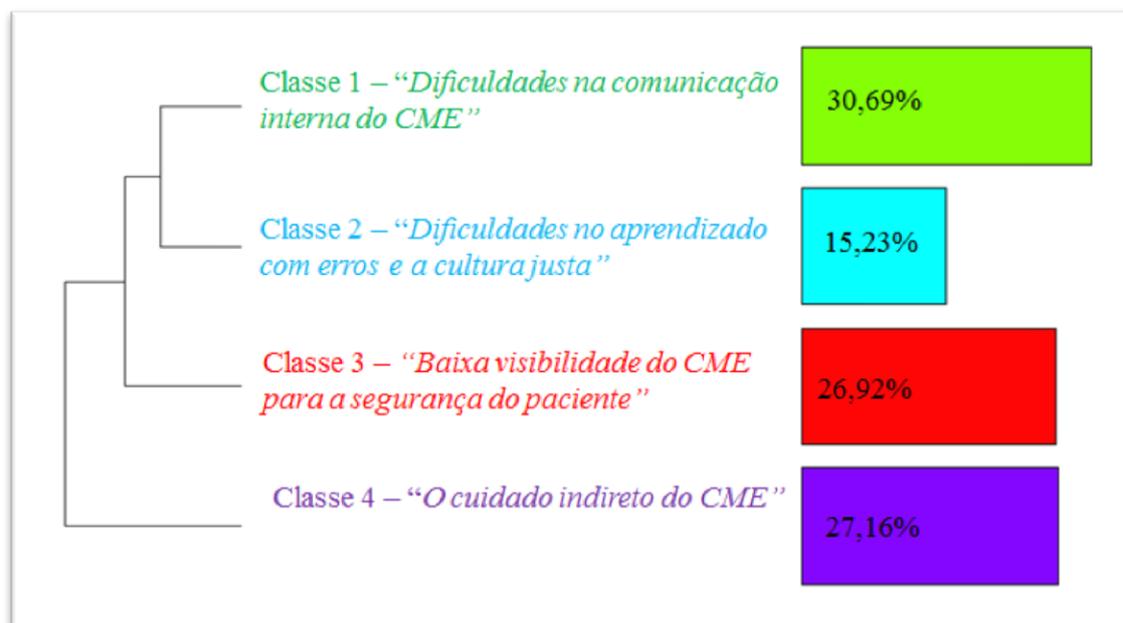
5.2 PERCEPÇÕES DAS PARTICIPANTES SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA

A CHD foi gerada a partir do *corpus*, separados em **937** segmentos de texto (ST), com aproveitamento de **821** ST (87,63%), sendo que a recomendação é que haja aproveitamento de no mínimo 70% (104).

As classes emergentes pela CHD foram interpretas e nomeadas da seguinte forma: Classe 1 – Dificuldades na comunicação interna do CME, com 252 ST (30,69%); Classe 2 – Dificuldades no aprendizado com erros e cultura justa, com 125 ST (15,23%); Classe 3 – Baixa visibilidade do CME para a segurança do paciente, com 221 ST (26,92%); Classe 4 – O cuidado indireto do CME, com 223 ST (27,16%).

A ordem de formação das classes pode ser visualizada no dendrograma (figura 4), realizando a leitura de baixo para cima, assim iniciando pela classe 4 que foi a primeira a ser formada pela CHD, e em seguida as classes 3, 1 e 2.

Figura 4 – Dendrograma das classes emergentes pelo *software* IRaMuTeQ



Fonte: Dados da pesquisa, Yamamoto, SS. Porto Alegre, 2021.

A relação entre as classes indicam algumas ambiguidades na percepção das participantes, pois ao mesmo tempo em que percebem a importância para o cuidado do paciente (indireto), também percebem uma baixa visibilidade de seus processos para a segurança do paciente, o que para elas acaba refletindo em maiores dificuldades na comunicação, aprendizado com erros e a cultura justa no CME. Assim os resultados a seguir, serão apresentados seguindo a ordem de formação das classes.

5.2.1 O cuidado indireto do CME

Compreende 27,16% ($f = 223$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,65$ (Descobrir) e $x^2 = 156,55$ (Material). Essa classe é composta por palavras como “Material” ($x^2 = 156,55$); “Cirurgia” ($x^2 = 91,69$); “Limpeza” ($x^2 = 51,91$); “Limpo” ($x^2 = 40,97$); “Sujo” ($x^2 = 39,34$); e “Preparar” ($x^2 = 29,35$).

Essa classe traz questões com relação aos controles dos processos internos do CME e de como isto impacta na qualidade da assistência prestada aos pacientes, principalmente nas cirurgias. Foram relatadas muitas preocupações e esforços para que os processos fossem feitos de maneira correta, transparecendo uma maior preocupação com a etapa da limpeza, conferência de PPS e distribuição. Ficou evidente que as tomadas de decisões das enfermeiras estão centradas na assistência que será prestada aos pacientes, as quais dependem de um bom gerenciamento da equipe de enfermagem e do acompanhamento de todos os processos para que sejam identificadas suas fragilidades. Estes elementos estão presentes nos depoimentos a seguir:

“Eu falo que a primeira coisa é a gente pensar: “E se fosse comigo?” Quem tá na limpeza, eu gostaria que o material que eu vou usar numa cirurgia seja limpo dessa forma. A forma que eu limpei? Eu limparia para mim esse material? Eu estou preparando uma bandeja, a minha mãe vai fazer a cirurgia”. (E8)

“[...] Toda nossa conduta é visando o paciente. Até o material que a gente retira, o material é único e vai impactar nos procedimentos cirúrgicos. A gente tenta ao máximo não causar um impacto, não tirar algo importante, entrar em contato com a manutenção o mais rápido pra eles agilizarem e não suspenderem ou agravar a situação do paciente [...]”. (E3)

“A segurança do paciente dentro do CME é muito importante, o material que a gente lida entra em contato direto com o paciente, mas o nosso trabalho é indireto ao

paciente e ao utilizar as melhores práticas dentro do CME ela vai ao encontro com a segurança do paciente” (E11).

5.2.2 Baixa visibilidade do CME para a segurança do paciente

Compreende 26,92% ($f = 221$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,86$ (Sentir) e $x^2 = 112,53$ (CME). Essa classe é composta por palavras como “CME” ($x^2 = 112,53$); “Segurança” ($x^2 = 82,93$); “Paciente” ($x^2 = 48,09$); “Processo” ($x^2 = 41,54$); “Assistente” ($x^2 = 35,15$); “Equipe” ($x^2 = 32,44$); “Trabalhar” ($x^2 = 30,44$); e “Cultura” ($x^2 = 24,02$).

Nessa classe as participantes demonstram percepções sobre a relevância do seu trabalho, porém percebem que este reconhecimento é baixo pelas unidades assistenciais e também pela alta administração das instituições hospitalares. Houve relatos de um sentimento de desvalorização pelos profissionais do CME, por não estarem inseridos no contexto da assistência direta e conseqüentemente não fazendo parte da cultura de segurança do paciente. Essas considerações revelam fragilidades em alguns processos internos e externos, tais como a comunicação e o trabalho em equipe com os profissionais dos setores assistenciais. Ilustram essa classe:

“Eu acho que tem que inserir o CME no contexto igual a todo o hospital, porque vem empresa de fora para dar treinamento, eles têm eventos voltados para eles, e o CME é sempre o setor que esquecem, quando se lembram da gente é porque não tem gente no auditório. Aí chamam o CME. Então era isso que acontecia toda vez” (E5).

“Agora o CME ele não é capacitado para essa cultura de segurança do paciente, ele é capacitado para os processos em si, mas não para adquirir uma cultura de segurança” (E2).

“[...] Falta muito conhecimento de quem nunca vivenciou um CME para entender o nosso processo e entender que as rotinas que a gente tenta estipular não é para ser chato, é para tentar seguir uma segurança” (E7).

5.2.3 Dificuldades na comunicação interna do CME

Compreende 30,69% ($f = 252$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,84$ (Ajuda) e $x^2 = 40,47$ (Coisa). Essa classe é composta por palavras como “Falar” ($x^2 = 32,42$); “Turno” ($x^2 = 22,67$); “Problema” ($x^2 = 17,58$); “Conversa” ($x^2 = 16,90$); “Ajudar” ($x^2 = 15,06$); “Errado” ($x^2 = 14,92$); e “Chefia” ($x^2 = 13,06$).

Essa classe evidenciou as percepções sobre as fragilidades no processo de comunicação entre as equipes de enfermagem do CME, que estariam relacionadas às dificuldade de comunicação no grupo, tanto por não aptidão do uso de novas tecnologias ou não aderência aos meios de comunicação propostos, tais como: e-mails, mensagens em aplicativos e cartazes. Houve relatos de que alguns aderem e acham bom este tipo de comunicação, enquanto outros acham que não deveriam estar recebendo informações fora do horário de trabalho.

Além disso, foi relatado que o processo de comunicação depende do enfermeiro, por estar diretamente ligado à liderança exercida por este profissional, pois há subjetividade na forma de transmitir e interpretar as informações. Essas dificuldades fragilizam o processo de comunicação, algumas participantes citam um trabalho intenso na padronização da comunicação e utilização de ferramentas para fortalecer este processo na tentativa de manter a padronização na transmissão de informações e atualização dos profissionais.

Também relacionado ao papel da liderança, foram citadas por algumas participantes, como empecilhos para uma boa comunicação: a falta de condições de trabalho, quadro de funcionários inadequado e dificuldades no gerenciamento das escalas da equipe de enfermagem.

Outro aspecto levantado foi a dificuldade nas relações interpessoais, que somada à fragmentação de processos do CME, favorece uma falha na comunicação, podendo gerar eventuais incidentes. Os depoimentos que seguem ilustram esta classe:

“Tem algumas pessoas que não são adeptas a alguns meios de comunicação que tem gente que diz que não olha todos os dias o e-mail [...] E acho que tem aquelas pessoas que sabem, e que mesmo assim, por ser mais fácil continuam fazendo errado, não querem fazer a mudança” (E9).

“Então assim é uma comunicação bem difícil e geralmente ela costuma não ser efetiva ainda mais de turno para turno. Eu acho que aí já entra mais ainda a questão da individualidade de cada um, da visão de cada um, do humor de cada um naquele dia” (E1).

“ [...] A princípio teve umas situações que eu tive que a pessoa por não ter afinidade preferia limpar ali e passar para frente, então isso acaba atrapalhando diretamente na segurança do paciente [...]” (E5).

5.2.4 Dificuldades no aprendizado com erros e a cultura justa

Compreende 15,23% ($f = 125$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,86$ (Certeza) e $x^2 = 93,16$ (Erro). Essa classe é composta por palavras como “Erro” ($x^2 = 93,16$); “Errar” ($x^2 = 83,07$); “Aprendizado” ($x^2 = 45,17$); “Justiça” ($x^2 = 38,96$); “Responsabilidade” ($x^2 = 38,31$); e “Grave” ($x^2 = 30,02$).

Essa classe traz questões relacionadas às experiências de como os erros e falhas são conduzidos e de como a cultura justa é aplicada no contexto dos processos no CME. As participantes compreendem que os erros, por muitas vezes, são uma fonte de aprendizado não só individual, mas coletiva, e auxiliam no entendimento da importância do seu trabalho e de como impacta na assistência ao paciente. Porém, houve relatos de que nem todos que cometem um erro entendem sua gravidade. Enquanto alguns ficam ansiosos e demonstram preocupação para não errar ou falhar, para outros ainda é tratado como uma banalidade.

É ressaltado que o aprendizado com erros ainda precisa ser amadurecido no CME, pois em alguns momentos ocorre a culpabilização. Além disso, há certa dificuldade em saber quando houve falha ou erro gerado no CME, pois depende da sua repercussão e comunicação imediata.

As percepções das participantes revelam que o conceito de cultura justa não é trabalhado nos serviços em que atuam, pois os comportamentos e as falas remeteram um modelo tradicional de lidar com falhar e erros. Também demonstraram ter opiniões divergentes ao encontrado em suas práticas, transparecendo uma certa frustração de não se ter uma cultura justa aplicada em outros setores. Excertos de entrevistas que exemplificam esta classe:

“[aprendizagem com o erro] depende muito de pessoa para pessoa, nós já tivemos várias situações, eram três pessoas que cometeram o mesmo erro e aí elas tiveram que levar advertência e duas dessas pessoas ficaram super abaladas com isso [...] e a terceira pessoa ficou tipo assim “foi só tal coisa”, não consegue entender que aquilo acarretou numa situação muito grave” (E7).

“A gente faz capacitação em cima das falhas. A gente busca tentar corrigir novamente o processo dando treinamento em cima das falhas que aconteceram, embora ainda algumas instituições que têm aquela cultura da caça às bruxas” (E2).

“Eu acho que é efetivo [aprendizado com erros] quando tu consegues fazer a orientação mais pontual [...] não é que nem tu errar uma medicação e aí tu vê o paciente descompensar, a gente acaba não tendo contato assim com as consequências daquilo ali ou talvez fica sabendo, mas é uma coisa assim um pouco distante ainda” (E10).

“E eu acho assim se a enfermeira não foi desligada por que só a funcionária foi desligada e ficou bem chato o clima no setor, ficou chato porque muita gente ficou pensando porque só uma pessoa foi demitida e a outra não [...]” (E8).

Quadro 3 - Síntese dos temas encontrados nas classes emergentes

Classes	Principais temas
<i>O cuidado indireto do CME</i> (27,16%)	Controle na qualidade dos processos Relação com as infecções hospitalares Tomadas de decisões relacionadas à assistência ao paciente Enfermeiro acompanhando processos
<i>Baixa visibilidade do CME para a segurança do paciente</i> (26,92%)	Pouco reconhecimento da qualidade dos processos do CME como impactante para segurança do paciente Baixo conhecimento dos setores assistenciais e alta direção sobre os processos do CME Baixa valorização do CME Não inserção no contexto de segurança do paciente
<i>Dificuldades na comunicação interna do CME</i> (30,69%)	Dificuldades na comunicação entre escalas e turnos Subjetividade na transmissão e interpretação das informações Não utilização de ferramentas para comunicação Mudanças constantes
<i>Dificuldades no aprendizado com erros e a cultura justa</i> (15,23%)	Aprendizado coletivo Subjetividade na repercussão da falha/erro Cultura de culpabilização Subjetividade na aplicação da cultura justa

Fonte: Dados da pesquisa, Yamamoto, SS. Porto Alegre, 2021.

6 DISCUSSÃO

A discussão foi estruturada em quatro partes de acordo com as classes emergentes apresentadas nos resultados: o cuidado indireto do CME, baixa visibilidade do CME para a segurança do paciente, dificuldades na comunicação interna do CME, dificuldades no aprendizado com erros e cultura justa.

6.1 O CUIDADO INDIRETO DO CME

O processamento de PPS é considerado uma atividade de natureza complexa dentro do contexto de estabelecimentos de saúde cujo objetivo principal é evitar que ocorra qualquer evento adverso relacionado ao reuso no processo assistencial. Na atualidade, não só a transmissão potencial de microrganismos causadores de infecções nos preocupa, mas também os seus produtos tóxicos ou ainda a ocorrência de reações decorrentes de resíduos de produtos utilizados durante a limpeza, a desinfecção e a esterilização dos produtos para saúde ^(1,6,8).

A omissão na segurança no processamento de PPS foi abordada no capítulo de revisão da literatura, no qual verificou-se que diversos eventos adversos ocorreram devido à falhas relacionadas, principalmente, ao processo de limpeza, dentre eles o surto de micobacterioses pelo reuso de PPS não passíveis de limpeza adequada e a formação de biofilme em endoscópios ^(49,58).

Este histórico vai ao encontro dos depoimentos das participantes, nos quais foram demonstradas maiores preocupações com esta etapa, e quando elas citam utilizar como estratégia para minimizar as falhas neste processo a sensibilização da equipe para maior atenção e aderência às rotinas.

Uma das premissas do CME é a limpeza eficiente, sendo o primeiro passo do processamento dos PPS. Uma falha nesta etapa pode permitir que corpos estranhos (sujidades e matéria orgânica, incluindo microrganismos, matéria inorgânica e lubrificantes), localizados fora e dentro dos PPS, prejudiquem a desinfecção e/ou processo de esterilização ⁽¹⁰⁹⁾.

A partir de uma reflexão pessoal da pesquisadora, destaca-se que outro desafio do CME é lidar com a diversidade de PPS que necessitam ser processados, pois os fabricantes atendem às necessidades da medicina cirúrgica em velocidade tão rápida, que o CME não consegue acompanhar ou não possui estrutura física adequada (espaço e tecnologia de equipamentos). Constantemente os processos necessitam ser adequados ou redesenhados para atender as demandas cirúrgicas.

Tal realidade foi constatada em um estudo sobre limpeza de fresas intramedulares flexíveis, utilizadas em cirurgias ortopédicas. Apesar de serem PPS passíveis de processamento, estudos comprovaram que seu *design* não permite limpeza adequada, comprometendo a segurança do paciente^(110,111).

Além de identificar os PPS passíveis de processamento, o enfermeiro deve padronizar o mesmo. Porém, a experiência de trabalhar nesta área mostra que os fabricantes não fornecem informações específicas, tornando o processo com uma infinidade de possibilidades.

Isto ficou claro em um estudo que testou cinco possibilidades para o processo de limpeza manual de lúmen, verificando qual o movimento da escovação é mais efetivo para limpeza e se o enxágue da escova durante a limpeza seria indicado para diminuição de matéria orgânica. Assim verificou-se que movimentos helicoidais e o enxágue da escova durante a limpeza diminuiu a quantidade de material orgânico que permaneceu no lúmen⁽¹¹²⁾.

Outro desafio citado pelas participantes foi o momento de conferência de PPS durante a etapa de preparo. Tal demanda exige muita atenção, concentração, conhecimento e educação continuada. Uma falha nesta etapa pode gerar transtornos de magnitude imprevista o que faz com que o profissional do CME se sinta culpado quando ocorre uma falha ou erro, pois sua identificação fica registrada em rótulos, às vezes, gerando constrangimento ou perseguição⁽⁴²⁾.

A indisponibilidade de PPS é reconhecida como causa geradora de atrasos e estresse na sala de cirurgia, o que pode levar a riscos adicionais para os pacientes, conforme um estudo que teve como objetivo fornecer uma visão geral dos perigos relacionados à entrega de PPS. Todos os processos foram mapeados, desde a solicitação dos PPS à sua entrega no CC e seu retorno para o CME. Os riscos foram analisados utilizando a ferramenta *Healthcare Failure Mode and Effects Analysis* (HFMEA), o CC 1 com CME próximo apresentou 172 riscos e 23 altos riscos e o CC 2 com CME terceirizado foram encontrados 158 riscos e 49 de alto risco. A comunicação foi a principal causa destes riscos, devido à diversidade de informações e maneiras subjetivas de transmitir⁽¹¹³⁾.

Um estudo realizado com cirurgiões ortopédicos analisou o impacto das ações educacionais inseridas na campanha “Considere o Risco”, da Sociedade Brasileira de Traumatologia e Ortopedia, para aumentar a percepção do risco envolvido na atividade cirúrgica e a utilização do *checklist* cirúrgico. O número de profissionais participantes foi de 3.903, enquanto o número de formulários retornados foi de 730, representando 18,7% do total. Entre os respondentes, 599 (82%) relataram conferir o material de implante e o funcionamento dos equipamentos da sala antes da anestesia. Porém, a categoria de erro mais

frequente foi relacionada a material para uso cirúrgico incompleto ou danificado, identificado após o início do procedimento, correspondendo a 418 casos (72,3% do total), seguida por problemas nos equipamentos ou instrumentos da sala cirúrgica com 395 casos (68,3%). Destes incidentes, 413 (71,4%) foram notificados, para que melhorias pudessem ser implementadas⁽¹¹⁴⁾.

Vale lembrar que a conferência e o registro dos *kits* ou conjuntos de PPS em um documento do tipo *checklist* são recomendações de boas práticas em CME⁽³⁶⁾. Falhas nos *kits* ou conjuntos de PPS identificadas em sala cirúrgica revelam falhas no processo no CME, ou seja, recomendações de boas práticas não estão sendo seguidas ou precisariam ser mais bem estudadas.

Há recomendações que os PPS devem ser conferidos no momento em que o paciente está sendo encaminhado para a sala cirúrgica⁽¹¹⁵⁾. Enquanto outras recomendam no *time out*, momento antes da incisão pela equipe cirúrgica do CC⁽¹⁷⁾.

Frente a essas considerações pondera-se que, a prática baseada em evidência é essencial para o CME, porém muitas participantes citaram conhecer a legislação vigente e novas recomendações, mas na prática ainda há muita subjetividade e poucas padronizações, o que remete um elemento que dificultaria a construção de uma cultura de segurança.

Em contrapartida a diversidade e organização de processos do CME que interferem diretamente na segurança no paciente e os esforços dos enfermeiros em ter seus processos centrados no cuidado aos pacientes, relatados pelas participantes, demonstraram que a cultura de segurança do paciente deveria estar mais próxima e urge por sua implementação.

Esses pontos também já foram citados em estudos, pois a falta de motivação por estar em um setor indesejado tem um impacto no produto final do CME, visto que ainda há instituições que alocam profissionais que não têm perfil assistencial para trabalhar com o processamento de PPS⁽¹¹⁶⁾.

Apesar da legislação vigente exigir recursos mínimos, ainda há uma possibilidade de processos relacionados à diversidade de PPS e suas conformações, que se alteram constantemente, torna um desafio para o enfermeiro determinar indicadores de qualidade para seus processos. No entanto, um *bundle* com definições de boas práticas em CME foi publicado recentemente para nortear algumas instituições hospitalares⁽³⁶⁾.

Um estudo também evidenciou que a troca de experiência entre os enfermeiros do CME e das unidades consumidoras, além de estratégias de educação permanente voltada às temáticas de processamento de materiais, auxiliam na aproximação dessas áreas, abrindo espaço para que as rotinas estejam alinhadas entre elas⁽⁴⁴⁾.

Além disso, já existem recomendações para um gerenciamento que seja mais que a supervisão de cumprimento de rotinas, mas que assuma também um papel como gestor de risco do enfermeiro do CME, com foco em análises de processos, métodos de avaliação de risco, provisão de recursos baseados na prevenção de riscos, facilitador nas comunicações de incidentes e qualificação de uma equipe integrada para essa gestão de risco ⁽⁹²⁾.

Um estudo descreveu como este tipo de gerenciamento auxiliou na atuação de enfermeiros do CME para superar o desafio do cancelamento de cirurgias, devido à falta de determinados materiais para cirurgias. Foi realizado o levantamento de problemas utilizando o diagrama de Ishikawa e para definir as prioridades das resoluções de problemas foi utilizada a ferramenta matriz de priorização (gravidade, urgência e tendências– GUT) ⁽⁸⁰⁾.

A qualidade do CME também está relacionada com a organização, reposição, diminuição de custos e gerenciamento dos PPS, buscando reduzir parte dos custos perioperatórios em que a esterilização excessiva de instrumentais cirúrgicos, muitas vezes, é desnecessária ⁽¹¹⁷⁾.

Esta visão do enfermeiro do CME como gestor de risco e qualidade parece já estar inserida nas participantes, pois foram mencionados a utilização de análises de causa raiz, ciclo PDCA para implantação de melhorias, podendo ser considerado um elemento facilitador para a construção da cultura de segurança, pois mostra que o enfermeiro do CME não está distante destes conceitos.

6.2 BAIXA VISIBILIDADE DO CME PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

A percepção do papel do CME para a segurança do paciente corrobora com um estudo que teve como objetivo traçar o perfil dos profissionais do CME, ficando evidente a percepção de que o setor tem relação próxima com a prevenção de IRAS, ou seja, quando ocorrem falhas no processamento no CME, o paciente provavelmente sofrerá consequências desenvolvendo uma infecção indesejada. Também foi ressaltado o seu desempenho para o funcionamento de instituições hospitalares, pois sua ausência comprometeria a qualidade da assistência pela falta de PPS para a realização de procedimentos. Em contrapartida, o sentimento de desvalorização vem à tona, os profissionais relatam falta de reconhecimento da própria instituição e dos setores assistenciais ⁽¹¹⁶⁾.

O estudo anterior vem ao encontro do relato das participantes deste estudo, pois ao mesmo tempo em que elas reconhecem a importância do CME para a segurança do paciente, como foi exposto no item anterior, há um sentimento de desvalorização e desconhecimento

das unidades assistenciais, ou até mesmo da alta administração sobre a relevância do CME nos processos do cuidado, o que pode repercutir na inserção do setor no desenvolvimento da cultura de segurança.

Profissionais de enfermagem de um CME de um hospital público no agreste de Pernambuco foram entrevistados para verificar suas percepções sobre o processo do trabalho realizado e a sua implicação para a saúde do paciente. A amostra foi composta por 35 profissionais, destes 97,1% entendem que há relação entre o processamento de PPS com a segurança do paciente. E quando questionados sobre os problemas vivenciados, 45,7% dos profissionais apontaram que há outros problemas diferentes dos citados no questionário sendo a falta de insumos o mais citado e 48,6% apresentam a percepção que o trabalho realizado no CME é visto sem importância⁽¹¹⁸⁾.

Um estudo qualitativo que analisou o processo de trabalho da enfermagem de um CME relacionado às vivências de prazer e sofrimento. Apesar dos profissionais reconhecerem a importância de seu trabalho, foram levantados pontos correlacionados ao sofrimento causado pelas condições de trabalho e carga de trabalho, tais como: falta de climatização, ruídos intensos, falta de equipamentos e insumos para a demanda de trabalho. Assim, o estudo provocou reflexões sobre a resiliência desses profissionais que se deparam com muitas adversidades para que haja medidas intervencionistas de gestores no sentido de minimizar o sofrimento da equipe⁽¹¹⁹⁾.

O estudo citado acima vem ao encontro do sentimento de desvalorização citado pelas participantes, pois foi fundamentado que o processamento de PPS é essencial para o funcionamento de uma instituição hospitalar e da assistência aos pacientes, porém ainda existem condições de trabalho que não favorecem ao processamento seguro, impactando não só na qualidade, mas também no sofrimento de profissionais de CME.

O segundo desafio global “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” recomenda uma série de boas práticas em CME, no entanto não houve estratégias de como atingi-las ou como envolver as áreas assistenciais no processamento de seguro de PPS, ou ainda como o CME pode estar inserido na cultura de segurança do paciente⁽¹⁷⁾.

Reforçando esta dificuldade, uma revisão integrativa não conseguiu identificar literaturas com a temática do papel do enfermeiro do CME com foco na área cirúrgica, levando a concluir a necessidade de maiores estudos nesta área⁽¹²⁰⁾.

Estes estudos citados não descrevem a participação do CME na construção de uma cultura de segurança na área cirúrgica ou unidades assistenciais, além disso, nenhuma participante mencionou a participações ativas na elaboração de protocolos de segurança.

Outro estudo que analisou os desafios enfrentados pelo enfermeiro do CME no processamento de PPS, visando à cirurgia segura, diz respeito à necessidade de capacitação em segurança do paciente. No entanto, o CME ainda não está inserido na construção dos protocolos de segurança do paciente, e especificadamente, o protocolo de cirurgia segura⁽¹²¹⁾.

Os resultados de um estudo bibliométrico que buscou publicações na temática de CME em revistas brasileiras de classificação Qualis A1, A2, B1 e B2 demonstrou uma realidade preocupante. Nos 108 estudos selecionados, de 1973 a 2017, os temas predominantes foram relacionados à avaliação da qualidade de esterilização, saúde do trabalhador, gerenciamento de recursos físicos e materiais, tecnologias de esterilização e o papel da enfermagem no CME, assim não foi encontrado nenhum estudo relacionado à construção de cultura de segurança do paciente no CME⁽¹²²⁾.

Este dado traz um alerta para as práticas relacionadas à cultura de segurança, pois mesmo sendo um setor com impacto direto na assistência, responsável pelo processamento seguro de todos os PPS, não foram encontrados estudos abordando este assunto na literatura. Pondera-se que isso poderia se tornar um elemento dificultador na construção dessa cultura, pois estudiosos da área não têm contemplado a contribuição que o CME oferece para assistência aos pacientes, o que poderia trazer resultados enriquecedores para essa temática.

Outro papel importante do enfermeiro é a sua atuação como elemento de ligação e de orientador do mapa estratégico da instituição com a sua equipe, pois ele interpreta e repassa informações à equipe de enfermagem. Concomitantemente, ele a representa diante de dificuldades no desenvolvimento de suas atividades para implementar medidas de melhorias para atender a legislação, cabendo aqui destacar a importância do estabelecimento de uma comunicação assertiva entre o enfermeiro e sua equipe, e equipes dos setores assistenciais^(123,124).

Além disso, para que haja a valorização de alguns processos, principalmente, relacionados à limpeza é preciso realizar um planejamento e organização para que o seguimento dos protocolos não perca a adesão por parte dos profissionais no decorrer de sua implantação. Assim deve-se ter atenção no levantamento dos PPS passíveis de processamento na instituição, verificar e definir as estruturas e insumos disponíveis para estabelecer o POP, definir um POP possível de ser executado e em consonância com a composição da equipe, treinamentos e educação permanente e monitoramento das rotinas⁽¹²⁵⁾.

Outras formas de promover o reconhecimento e a visibilidade do enfermeiro do CME, demonstrou o quão impactante deve ser o seu engajamento com os seus processos para se tornar visível diante da instituição. Deve haver práticas baseadas em evidências e uma troca

de conhecimento com os setores assistenciais, assim como a busca pelo apoio da alta administração, para maior reconhecimento e investimentos nas necessidades do CME, além de contratação de profissionais com perfil adequado e uma educação permanente efetiva⁽⁴⁴⁾.

Algumas participantes citaram a troca de conhecimento com profissionais das áreas assistenciais e equipes médicas como estratégia para valorização dos processos do CME. Uma participante também citou que conquistou um espaço no momento de integração de novos funcionários para sensibilizar sobre o encaminhamento correto e cuidados com os PPS processados para evitar perdas e desperdícios.

Apesar de nenhuma participante ter citado a necessidade da construção da cultura de segurança do paciente no CME, elas demonstram preocupação com os problemas relacionados às subculturas, principalmente, com a comunicação e o aprendizado com erros e cultura justa, os quais serão abordados nos itens a seguir. Assim demonstrando ser elementos facilitadores para esta construção.

Frente à essas considerações, constata-se que, na percepção das participantes que o CME é visto pelos demais setores da instituição como uma unidade distante da assistência ao paciente. No entanto, ressalta-se que esta visão pode ser atenuada pela difusão do papel central e prioritário do CME na operacionalização de todos os processos assistenciais, contribuindo para um maior reconhecimento e valorização do setor pelas diferentes unidades assistenciais, assim como para potencializar a construção da cultura de segurança do paciente no CME.

6.3 DIFICULDADES NA COMUNICAÇÃO INTERNA DO CME

A comunicação tem sido um problema crônico, não por acaso ela é a maior causa de eventos sentinelas em unidades assistenciais, desta forma melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde se tornou umas das metas internacionais de segurança do paciente preconizadas pela JCI^(126,127,65).

Ficou evidente o quanto a subcultura de segurança “comunicação” é impactante no CME e de que as estratégias que vêm sendo adotadas (envio de e-mails, mensagens em aplicativos, cartazes), não atendem a dinâmica do setor, além de não estarem descritos na literatura de segurança do paciente. Ficou claro que o envolvimento do enfermeiro é fundamental neste processo, exercendo seu papel de liderança na busca por estratégias para uma comunicação mais efetiva, podendo utilizar ferramentas, já descritos no capítulo da revisão de literatura, tais como *round*, *read back*, SBAR e etc.

As dificuldades para a comunicação apontadas nos depoimentos vão ao encontro de um estudo sobre percepções das dificuldades de uma equipe de enfermagem, no interior do estado de São Paulo, sobre o processo de trabalho no CME. Foram levantadas dentre as diversas dificuldades nos processos do CME, as falhas na comunicação entre profissionais, setores ou fornecedores e falhas na sistematização do processo de trabalho ⁽¹²⁸⁾.

A comunicação em si é algo muito pessoal, pois cada indivíduo carrega seus conhecimentos adquiridos desde o nascimento, se tornando uma habilidade para ser desenvolvida. Com o intuito de favorecer o seu desenvolvimento, alguns cursos de graduação em enfermagem têm utilizado metodologias ativas na formação de graduandos de enfermagem ⁽¹²⁹⁾.

Lidar com grupos de diversos turnos, equipes multiprofissionais compostas de equipes médicas, engenharia, manutenção, suprimentos, etc., e ainda gerenciar uma gama de processos, faz parte do cotidiano do enfermeiro do CME. É fundamental que ele atue nesta área com essa percepção e valorize o processo de comunicação ⁽¹³⁰⁾.

Além disso, faz-se imprescindível investir em esforços para uma gestão e comunicação eficientes entre o enfermeiro e a sua equipe. Um estudo realizado em hospital público localizado no agreste do estado de Pernambuco mostrou que a experiência adquirida pelos profissionais do CME ocorreu 100% na própria instituição ⁽¹¹⁸⁾.

Esta é uma realidade de muitas instituições hospitalares, principalmente as que possuem contratação permanente através de concursos públicos. Os trabalhadores, por possuírem estabilidade no cargo, dificilmente solicitam quebra deste tipo de vínculo empregatício. Neste contexto, o olhar do enfermeiro deve estar atento para as necessidades de atualização constante desta equipe e qual a melhor estratégia para atingi-la.

Outro aspecto que necessita ser considerado são as estratégias afins à comunicação interprofissional efetiva, com foco em favorecer as relações interpessoais com profissionais de saúde e, conseqüentemente, promover a segurança do paciente.

Um estudo buscou estratégias para melhoria da comunicação, sendo que as mais sugeridas pelos participantes foram: o reconhecimento dos comportamentos destrutivos por parte da equipe; a abertura para o diálogo; realização de reuniões entre todos os membros da equipe; exercício de uma liderança autêntica com foco em avaliações de desempenho e *feedback* e promoção do respeito mútuo entre os profissionais ⁽⁸³⁾.

A habilidade de comunicação do enfermeiro de CME pode contribuir para o relacionamento interpessoal, sendo este um processo de construção conjunta com sua equipe e que evolui para uma teia de relações grupais no decorrer das atividades desenvolvidas, ou

seja, o papel do líder nas relações interpessoais por meio da comunicação, envolvimento e participação ativa nas atividades desenvolvidas no CME, criando-se assim um vínculo ^(123,131).

Os relatos das participantes corroboram com estes achados, pois muitas citaram exemplos de como é difícil estabelecer o vínculo com suas equipes, reforçando o aspecto fundamental da efetividade da comunicação para o gerenciamento do CME.

Uma revisão integrativa verificou que as competências relacionais possuem uma influência positiva quando se trata de qualidade do cuidado e segurança do paciente na enfermagem. Porém um enfermeiro com perfil de liderança não vai transformar um setor ou uma instituição, a liderança tem que fazer parte da cultura organizacional para que todos os profissionais entendam a liderança como uma atitude. Sendo assim, é uma competência que precisa de investimento individual e coletivo, fazendo parte de um plano de ação de melhorias contínuas ⁽¹²⁴⁾.

Todas as participantes mencionaram que a liderança não se trata de um cargo de chefia de unidade ou setor, mas sim a enfermeira que lidera a equipe de enfermagem de cada turno, o que já se torna um elemento facilitador para a construção de uma cultura de segurança, pois é necessário engajamento dos líderes nas iniciativas de segurança.

Alguns estudos demonstram CME que já são adeptos de estratégias para melhoria da comunicação, tais como os *rounds* para revisão de escalas cirúrgicas e o uso de ferramentas baseada na metodologia SBAR para passagem de plantão, demonstrando a possibilidade de adaptação de práticas adotadas em unidades assistenciais ^(77,80).

Apesar da problemática da comunicação no CME, é preciso mais estudos para fortalecer e direcionar estratégias de enfermeiros para melhoria da comunicação. Como foi levantado é uma subcultura com muitos impasses, envolvendo a responsabilidade que recai sobre o enfermeiro no que tange a comunicação, também se faz necessário considerar os demais profissionais envolvidos na comunicação com o CME, aí incluídos os profissionais da equipe de enfermagem do setor e dos setores assistenciais com os quais interage, bem como de profissionais de outras áreas que atuam no contexto hospitalar. Com isto se quer alertar que a comunicação é uma habilidade e um processo interativo entre todos os profissionais.

6.4 DIFICULDADES NO APRENDIZADO COM ERROS E A CULTURA JUSTA

Os erros e falhas na assistência, com frequência, geram repercussão negativa na enfermagem. No CME, essas repercussões parecem mais acentuadas entre os profissionais,

gerando sentimentos contraproducentes, frente ao fato de ser a unidade responsável por fornecer todos os PPS para a assistência aos pacientes. Porém o impacto de uma falha no CME não é previsto dentro de um plano assistencial. A repercussão deste erro/falha pode tomar pequena ou grande proporção no cuidado, assim a forma como é realizada a comunicação e avaliação de suas causas parece ser inefetiva ou mesmo distante do CME, como foi relatado por algumas participantes.

Muitos dos erros de enfermagem têm sua causalidade como despercebida, mas ao se aprofundar e analisar o erro, automaticamente, se compreende a causa do erro, assim é possível gerar a reflexão e ações por parte da própria instituição, gestores e profissionais envolvidos com o objetivo de evitar que futuros erros aconteçam ⁽⁷¹⁾.

O aprendizado com erros foi citado pelas participantes como ferramenta de educação tanto individual como coletiva, desta forma, ele se torna um meio para aquisição de informações sistemáticas. Entretanto deve ser oferecida com frequência programada e não somente quando ocorrem os erros, como proposta de um programa de melhorias contínuas (87,88).

Uma análise documental qualitativa que buscou as causas de erros relacionados a processos de enfermagem e organização do trabalho, dentre elas foram encontradas: rotatividade de profissionais, déficit na sua formação ou capacitação, sobrecarga de trabalho e déficit no quadro de pessoas. E relacionados à força de trabalho foi destacado: falta de informação, imprudência, negligência e distração ⁽⁷¹⁾.

Apesar deste estudo estar relacionado ao processo de enfermagem assistencial, ele vai ao encontro dos exemplos mencionados pelas participantes no presente estudo, em que a maiorias dos erros ou falhas estavam relacionados à formação, pois muitas citaram a dificuldade de encontrar profissionais com formação específica em CME.

Para que haja um aprendizado contínuo a partir de erros/ falhas, é preciso que, primeiramente, os profissionais adotem a estratégia de notificá-los quando se depararem em suas rotinas, ou seja, registrar ou comunicar sua ocorrência ao setor responsável na instituição. Porém a não adesão ou mesmo a baixa adesão a essa estratégia ainda parece estar relacionada a uma cultura punitiva adotada por algumas instituições, demonstrando uma fragilidade para a construção de uma cultura de segurança ⁽⁴⁷⁾.

Desta forma, uma revisão integrativa levantou motivos de subnotificações de eventos adversos e foram encontrados ⁽¹³²⁾:

- O desconhecimento do que pode ser considerado um evento adverso para notificação, porém a recomendação é que se notifique qualquer incidente, ou seja, podem ser tanto

falhas que ocorreram ou quase falhas que poderiam ter acometido a assistência ao paciente;

- O medo ou o receio de comunicar um erro ainda é a maior barreira encontrada. Profissionais relatam não se sentirem confortáveis em comunicar quando cometem uma falha como medo de sofrer algum tipo de punição;
- Falta de tempo, esquecimento, desconhecimento de como formalizar ou comunicar um incidente também foram apontados por alguns profissionais de enfermagem;
- A equipe de enfermagem é a principal notificadora, sendo o enfermeiro o profissional que parece ter a obrigação de notificar.

A notificação de incidentes relacionados aos processos no CME foi citada por duas participantes como estratégia de melhoria de processos, indo ao encontro do estudo citado, devido à fragilidade da inserção do CME na cultura de segurança do paciente, e consequentemente, não sendo um hábito a notificação.

Além disso, devido ao CME não estar diretamente envolvido na assistência, mas sim no produto de seu trabalho, na prática, os profissionais notificam os erros do CME buscando identificar os envolvidos para obter providências imediatas. Alguns profissionais não notificam por considerar os erros banais para assistência ao paciente ou, então, o fazem tardiamente, ou ainda, só relatam quando o problema já tomou proporções muito maiores. Desta forma, a notificação de incidentes se torna ineficiente, não trazendo dados confiáveis e que retratem a realidade do setor para que o CME possa propor projetos de melhorias, podendo ser um elemento que dificulte a construção da cultura de segurança.

Um estudo realizado em um hospital geral em Minas Gerais, avaliou todos os incidentes notificados entre o ano de 2011 a 2014, sendo um total de 1.316 registros. As unidades de internação totalizaram 344 notificações, enquanto que o CME apenas 11 notificações. Outros setores que tiveram baixa notificação foram berçário com nove e escritório de qualidade com sete ⁽⁷²⁾.

Os autores não comentaram o fato de o CME ter gerado pouquíssimas notificações neste período e também parecem não ter considerado este dado relevante para aquele estudo. Mas, para a discussão do presente estudo, destaca-se que houve a fala de uma das participantes alertando sobre o fato das unidades assistenciais não notificarem incidentes relacionados ao produto final do CME.

A cultura de aprendizagem é constante e a educação é um dos pilares para a segurança do paciente. Desta forma, o aprendizado se torna um elemento para melhorias de processos institucionais, em que todos devem ter a percepção de que um erro/falha não pode ocorrer por

falta de informação, mesmo que não tenha ocorrido em seu setor, a informação deve chegar aos demais ^(63,47).

A atuação do líder é fundamental e deve orientar-se com foco na resolução de problemas, pois para saná-los é preciso um grande envolvimento e uma cultura de mudanças que é construída de forma lenta e necessita de um ciclo de ação, educação e interpretação. Cabe aqui, novamente, destacar a importância do envolvimento do enfermeiro, por ser o elo da equipe assistencial e ser o facilitador dessa cultura e disseminador para que todos tenham também o espírito com foco em solução dos problemas ⁽¹³³⁾.

Além disso, a liderança está relacionada com a qualidade do ambiente de trabalho, onde deve prevalecer processos positivos, buscando trabalhar a postura e o entendimento de que problemas devem ser vistos como desafios e não empecilhos e criar um ambiente de aprendizagem, apoio e não acusatório ⁽⁹²⁾.

Com relação à cultura de culpabilização, estudos já comprovaram que a busca por culpados não provoca nenhuma efetividade quanto a diminuição da ocorrência de eventos adversos ou como estratégia de prevenção do mesmo ⁽¹³⁴⁾.

Quando se tem como referência a adoção de uma cultura justa, o ambiente é tomado por um clima de confiança mútuo no qual as pessoas são encorajadas a sempre comunicarem informações consideradas essenciais para a segurança do paciente, entretanto é importante que os profissionais tenham ciência de que existe um limite entre um comportamento aceitável e não aceitável. Assim comportamentos ou atos inaceitáveis sofrem penalizações de acordo com a gravidade ⁽⁶⁵⁾.

É preciso que haja maior empenho em uma organização mais segura e não em padronização de comportamentos humanos, pois os profissionais sempre estarão propícios ao erro por serem humanos. Portanto deve haver melhorias contínuas buscando a redução de incidentes e que sejam promovidos aprendizados quando os mesmos ocorrerem (64).

A subjetividade na condução de avaliações, como foi citado pelas participantes, demonstra o quanto a cultura justa precisa ser inserida no contexto do CME, mas para que isso ocorra é preciso que haja também um engajamento da instituição para o fortalecimento dessa subcultura. Mesmo que enfermeiros se alinhem é preciso que seja uma política institucional para a gestão de pessoas. Esta falta de alinhamento institucional ou de processos internos no gerenciamento podem ser elementos que dificultam a construção de uma cultura de segurança.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CME é o setor das instituições hospitalares que participa indiretamente da assistência ao paciente, disponibilizando PPS para procedimentos vitais atrelados ao plano de cuidados. O não fornecimento de um PPS pode acarretar em prejuízos de pequena a grande magnitude aos pacientes, tais como: suspensão de procedimentos, estar exposto ao imprevisto de técnicas ou utilizar um PPS que não teve um processamento de qualidade podendo desenvolver uma IRA, ou até ser negligenciado, podendo ser um potencial causador de surtos.

Diante deste cenário essencial para a qualidade da assistência e, tendo em vista, que o CME possui processos complexos e fragmentados, dependente de estrutura física e insumos, quadro de pessoas adequadas e uma equipe de enfermagem especializada, ele parece ainda não estar inserido no contexto da cultura de segurança do paciente, nos locais de atuação das participantes. Mesmo sendo um coadjuvante da área cirúrgica, ainda não há recomendações ou protocolos de segurança para o CME implantar em seus processos internos.

Assim, buscou-se com este estudo analisar as percepções de enfermeiros com experiência profissional em CME sobre cultura de segurança. Descrever suas percepções sobre cultura de segurança, relacionar suas experiências com as sete subculturas: liderança, comunicação, trabalho em equipe, justiça, aprendizado com erros, cuidado centrado no paciente e práticas baseadas em evidências e elencar dificuldades e facilidades para sua construção em CME.

A estratégia metodológica utilizada para alcançar estes objetivos foi a de método qualitativo devido à possibilidade de contemplar a subjetividade relacionados à experiência humana, o tipo de estudo exploratório permitiu a exploração pela pesquisadora deste tema que a desperta curiosidade, e sentia a necessidade de gerar o conhecimento específico na área de CME como um primeiro aporte para futuros estudos.

Os achados revelam a percepção dos enfermeiros sobre cultura de segurança apresentadas em quatro classes: o cuidado indireto do CME, baixa visibilidade do CME para a segurança do paciente, dificuldades na comunicação interna do CME e dificuldades no aprendizado com erros e a cultura justa. A partir destas classes detectou-se percepções ambíguas, pois houve a percepções da importância e o impacto da qualidade dos processos para a segurança do paciente e sua baixa visibilidade para o contexto da segurança do paciente.

Os enfermeiros demonstraram muitos conhecimentos relacionados aos seus processos e como eles podem impactar diretamente na assistência prestada aos pacientes. Apesar de não

estarem presentes em unidades assistenciais relataram que a tomada de decisões parte da necessidade assistencial, tendo um olhar com enfoque no cuidado centrado no paciente.

Há um entendimento, pelos enfermeiros, que as boas práticas em CME são uma premissa, assim fazendo parte de suas rotinas e protocolos internos, nada mais do que uma prática obrigatória para obter processos com qualidade e contribuir com a segurança do paciente na prevenção de IRAS e eventos adversos relacionados ao uso de PPS.

Apesar dos esforços relatados para cumprir protocolos para garantir um processamento seguro, há uma percepção pelas participantes de invisibilidade e desvalorização para as unidades assistenciais, seja por falta de conhecimento ou interesse, e até para a alta administração, o que acaba dificultando as melhorias internas e maior entrosamento para haver a excelência no atendimento das unidades consumidoras.

Esta baixa visibilidade do CME pode estar relacionada com a sua não inserção no contexto da cultura de segurança do paciente das instituições hospitalares, assim ele não está incluso em políticas e planos dos cuidados ao paciente, assim não participando na elaboração de protocolos internos direcionados para a segurança do paciente.

O papel do enfermeiro do CME enquanto liderança engajada, se mostrou fundamental na construção da cultura de segurança, pois estão atreladas ações relacionadas com a qualidade dos processos, gestão de riscos, gestão de pessoas e o elo entre a instituição e sua equipe.

A liderança também reflete no desenvolvimento do trabalho em equipe e no processo de comunicação que são essenciais para o CME, por se relacionar com diversos setores assistenciais e também possuir processos fragmentados, É preciso encontrar ferramentas adequadas para manter a comunicação efetiva dentro e fora do CME, assim gerando maiores alinhamentos entre as equipes para que as necessidades dos pacientes possam ser melhor atendidas.

A prática baseada em evidência precisaria ser melhor explorada pelos enfermeiros de CME, buscando alternativas na literatura que possam ser adaptados para o CME, para assim iniciar uma maior aproximação com as estratégias utilizadas em setores assistenciais e fazer parte deste contexto.

O aprendizado com erros, apesar de ser uma ferramenta muito utilizada, ainda precisa ser aprimorada para o CME, pois ela depende de notificações de incidentes para que processos possam ser revistos, mas ficou evidente a baixa ou subnotificação relacionadas aos seus processos, além de ainda existir uma cultura de busca por culpados na produção do

CME. No entanto, ainda é preciso adotar ações proativas, mapeando processos que poderiam causar incidentes.

A cultura justa precisaria ser construída no CME, ainda que os enfermeiros tenham autonomia e visão de que os erros precisam ser analisados, muitos processos não são discutidos e a punição vem à tona de forma vertical, potencializando o medo de punições e omissão de notificações.

Estes elementos remetem que o CME está inserido na cultura de prevenção de IRAS, porém diante de todos os apontamentos que refletem em processos incertos e inefetivos que impactam diretamente na equipe de enfermagem e o desenvolvimento do seu trabalho e no seu gerenciamento, há necessidade de sua inserção no contexto de cultura de segurança do paciente como um todo.

As facilidades levantadas para a construção da cultura de segurança foram: o enfermeiro se reconhecer como líder e a importância do seu papel, ter visão da gestão de riscos, reconhecer e valorizar o processo de comunicação, reconhecer o aprendizado com erros como uma estratégia e buscar a cultura justa.

As dificuldades levantadas foram: pouca aderência a prática baseada em evidência, utilizar somente intervenções reativas, baixas ou subnotificações relacionados ao erros/falhas no CME, estudos não relacionando o CME com a segurança do paciente, políticas institucionais em desacordo com os processos do CME, cultura justa subjetiva e a não inserção do CME no contexto da cultura de segurança do paciente.

Uma das limitações deste estudo foi de não incluir profissionais que integram a equipe de enfermagem, tais como auxiliares e técnicos de enfermagem, e também profissionais de CME terceirizado ou de empresas processadoras. Outras limitações foram de não se aprofundar se os meios de comunicação utilizados em CME estariam adequados diante de normativas trabalhistas atuais e também verificar se as unidades assistenciais e a alta administração teriam o conhecimento da importância dos processos do CME e os elementos que remetem a sua não inserção no contexto da cultura de segurança.

O CME apesar de seu conteúdo histórico e enraizado se mostra um setor de grande impacto para assistência aos pacientes na prevenção de IRAS, porém para que seus processos sejam efetivos e alinhados com os preceitos da segurança do paciente é necessário que ele esteja inserido neste contexto. Este estudo buscou a percepção de profissionais que atuam em CME para compreensão de como esta temática está inserida em uma unidade de cuidados indiretos, apesar da cultura de segurança ainda não estar inserida neste ambiente, os enfermeiros buscam intuitivamente trabalhar estes elementos em suas práticas na tentativa de

melhorar seus processos, porém relatam um trabalho árduo e solitário, que, aparentemente, nem sempre possui apoio das unidades assistenciais ou ainda da alta administração.

Ainda é preciso mais estudos para fomentar esta temática e mobilizar os profissionais de CME para sua inserção neste contexto, buscando a construção de manuais e *guidelines* que vão além de boas práticas em CME, e sim que se traduzam em práticas efetivas, padronizadas que favoreçam a invariabilidade dos processos internos e externos. Assim, fortalecendo o enfermeiro como líder buscando melhorias na qualidade e uma equipe forte e coesa. Desta forma, pode-se estar pavimentando um caminho junto a estudiosos da área de segurança para desencadear a construção da cultura de segurança do paciente, e futuramente termos uma ferramenta para mensuração deste construto em CME para ser utilizado como parâmetro para gestores.

REFERÊNCIAS

- 1 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 mar 19 [citado em 2020 jul 21];54:43. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html.
- 2 - Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica do Centro de Material e Esterilização, organizador. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde. 7ª ed. rev. e atual. Barueri (SP): Manole; 2017.
- 3 - Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2011.
- 4 - Costa JA, Fugulin FMT. Atividades de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [citado em 2020 abr 30];24(2):249-56. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ape/a/8GRqTmVdtbcY3JB4SSpQnQz/abstract/?lang=pt#>. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200015>.
- 5 - Conselho Nacional de Enfermagem (BR). Resolução nº 543, 2017. Conceitos e metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 maio 08 [citado em 2020 jul 21]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-543-2017-ANEXO-I.pdf>.
- 6 - Gil RF, Camelo SH, Laus AM. Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 dez [citado em 2020 abr 30];22(4):927-34. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/08.pdf>.
- 7 - Bittencourt VLL, Benetti ERR, Graube SL, Stumm EMF, Kaiser DE. Vivências de profissionais de enfermagem sobre riscos ambientais em um centro de material e esterilização. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2015 [citado em 2020 jun 19];19(4):864-70. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/140330>.
- 8 - Centers for Disease Control and Prevention (US):. CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. Atlanta (US): CDC; 2014. Disponível em: http://www.socinorte.com/wpcontent/uploads/2014/06/17pscNosInfDef_current.pdf.
- 9 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde [Internet]. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2020 ago. 12]. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+->

+Crit% C3% A9rios+Diagn% C3% B3sticos+de+Infec% C3% A7% C3% A3o+Relacionada+% C3% A0+ Assist% C3% AAncia+% C3% A0+Sa% C3% BAde/7485b45a-074f-4b34-8868-61f1e5724501.

10 - Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM Nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2013 abr 02 [citado em 2020 jul 21];54:43-44. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20529%2C%20DE%201%C2%BA,Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20\(PN%20SP\).&text=V%20%2D%20fomentar%20a%20inclus%C3%A3o%20do,gradua%C3%A7%C3%A3o%20na%20C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20529%2C%20DE%201%C2%BA,Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20(PN%20SP).&text=V%20%2D%20fomentar%20a%20inclus%C3%A3o%20do,gradua%C3%A7%C3%A3o%20na%20C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde).

11 - Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

12 - Pronovost PJ, Cleeman JI, Wright D, Srinivasan A. Fifteen years after To Err is Human: a success story to learn from. *BMJ Qual Saf* 2016 [citado em 2021 out 04];25:396–399. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004720.

13 - National Patient Safety Foundation (US). Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after To err is human. Boston: NPSF; 2015.

14 - Agency for Healthcare Research and Quality (US). Efforts to improve patient safety result in 1.3 million fewer patient harms: interim update on 2013 annual hospital-acquired condition rate and estimates of cost savings and deaths averted from 2010 to 2013 [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2014 [citado em 2020 jul. 13]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/hai/pfp/interimhacrate2013.html>.

15 - Bates DW, Singh H. Two decades since To err is human: an assessment of progress and emerging priorities in patient safety. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2018 [citado em 2020 jul. 21];37(11):1736-43. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30395508/>. doi: 10.1377/hlthaff.2018.0738.

16 - Groves PS. The relationship between safety culture and. *West J Nurs Res* Jan;36(1):66–83. 2014.

17 - Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (BR): ANVISA (BR); 2009.

18 - Franco MJ, Velloso AA. Dimensionamento de pessoal no centro de material e esterilização de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [citado em 2020 ago 22]; 53: e03496. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100477&lng=en. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018027703496>.

- 19 - Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM, Dal Pai D, Urbanetto JS, Moura GMSS. Evaluation of patient safety culture in a private general hospital: a case study in Brazil. *Int J Health Care Qual Assur.* 2021 Jun 9;ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.1108/IJHCQA-11-2020-0235. PMID: 34100568.
- 20 - Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [citado em 2020 jul 21];40(esp). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=pt&nrm=iso.
- 21 - Piccolotto A, Barella D, Moraes FR, De Gasperi P. The Patient Safety Culture of a Nursing Team From a Central Ambulatory / A Cultura de Segurança do Paciente da Equipe de Enfermagem de um Ambulatório Centra. *R. pesq. cuid. fundam. online* [Internet]. 21º de janeiro de 2019 [citado 20 Outubro 2021];11(2):333-8. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6542>
- 22 - Walpola RL, Chen TF, Fois RA, Ashcroft DM, Lalor DJ. Evaluation of a survey tool to measure safety climate in Australian hospital pharmacy staff. *Res Social Adm Pharm.* 2017 Jul-Aug;13(4):789-795. doi: 10.1016/j.sapharm.2016.10.001. Epub 2016 Oct 7. PMID: 27843116.
- 23 - Bondevik, G.T., Hofoss, D., Husebø, B.S. et al. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian version for nursing homes. *BMC Health Serv Res* 19, 423 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4244-5>
- 24 - Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado em 2020 jul 21];50(5):756-62. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500756
- 25 - Taube SAM, Zagonel IPS, Méier MJ. Um marco conceitual ao trabalho da enfermagem na Central de Material e Esterilização. *Cogitare Enferm.* 2005 Maio-Ago; 10(2):76-83. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5013>>. Acesso em: 10 outubro 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v10i2.5013>.
- 26 - Thorwald J. O século dos cirurgiões. Curitiba: Hemus; 2002.
- 27 - Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.
- 28 - Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.

- 29 - Silva A. Organização do trabalho na Unidade Centro de Material. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 1998 [citado em 2020 jul 21];32(2):169-78. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/431.pdf>.
- 30 - Salzano SDT, Silva A, Watanabe E. O trabalho do enfermeiro no Centro de Material. Rev Paul Enferm. 1990;9(3):103-8.
- 31 - Moura MLP. Gerenciamento da Central de Material e Esterilização para enfermeiros: fundamentos teóricos, organizacionais e estruturais. São Paulo; SENAC; 1996.
- 32 - Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 400, de 6 de dezembro de 1977 [Internet]. Estabelece as normas e padrões sobre construção e instalações de serviços de saúde. Diário Oficial da União. 1977 dez 15 [citado em 2020 jul 21]. Disponível em: <http://historico.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12606-400.html?q=>.
- 33 - Machado RR, Gelbcke FL. Que brumas impedem a visibilização do Centro de Material e Esterilização?. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2009, v. 18, n. 2 [Acessado 3 outubro 2021], pp. 347-354. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200019>>. Epub 14 Jul 2009. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200019>.
- 34 - Bartolomei SRT, Lacerda RA. Trabalho do enfermeiro no Centro de Material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [citado em 2020 jul 21];40(3):412-7. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000300014&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=Trabalho%20do%20enfermeiro%20no%20Centro%20de%20Material%20e%20seu%20lugar,esc.&text=Estudo%20sobre%20o%20trabalho%20do,em%20sa%C3%BAde%20e%20pela%20enfermagem.
- 35 - Neis MEB, Gelbcke FL. Carga de trabalho em Centro de Material e Esterilização. Rev SOBECC [Internet]. 2014 [citado em 2020 jul 21];19(1):11-7. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/48>.
- 36 - Hoefel HHK, Pozzer C, Acunã A, Arsego M, Bernardo R, Castro ME et al. Bundles for the central sterile supply department. Am J Infect Control. 2019 Nov;47(11):1352-7. doi: 10.1016/j.ajic.2019.05.010.
- 37 - Carvalho HEF, Silva VFM, Silva DL, Ribeiro IP, Oliveira ADS, Madeira MZA. Visão dos profissionais de Enfermagem quanto aos riscos ocupacionais e acidentes de trabalho na Central de Material e Esterilização. Rev Pesqui UFRJ [Internet]. 2019 out-dez [citado em 2020 jul 21];11(5):1161-6. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1022183>.
- 38 - Costa CCP, Souza NVDO, Pires AS. Perfil dos trabalhadores de uma central de material e esterilização: uma análise das características sócio profissionais. Rev Pesqui Cuid Fundam

[Internet]. 2016 jan-mar [citado em 2020 jul 21];8(1):3633-45. Disponível em: <https://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-27351>.

39 - Bittencourt VLL, Benetti ERR, Graube SL, Stumm EMF, Kaise DE. Vivências de profissionais de enfermagem sobre riscos ambientais em um centro de material e esterilização. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2015 out-dez [citado em 2020 jul 21];19(4):878-84. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/140330>.

40 - Lima MDP, Chaves BJP, Lima VS, Silva PE, Soares NSCS, Santos IBC. Riscos ocupacionais em profissionais de enfermagem de centros de material e esterilização. Rev Cuid (Bucaramanga) [Internet]. 2018 set-dez [citado em 2020 jul 21];9(3):2361-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979559>.

41 - Lopes DFM, SilvaI A, GaranhaniII ML, MerighiI MAB. Ser trabalhador de enfermagem da Unidade de Centro de Material: uma abordagem fenomenológica. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 dez [citado em 2019 jun 22];41(4):675-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400019&lng=en.

42 - Souza MCB. O trabalho no centro de material e esterilização [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2012.

43 - Zhu X, Yuan L, Li T, Cheng P. Errors in packaging surgical instruments based on a surgical instrument tracking system: an observational study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2019 [citado em 2020 jul 21];19:176. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6425664/pdf/12913_2019_Article_4007.pdf

44 - Sanchez ML, Silveira RS, Figueiredo PP, Mancia JR, Schwonke CRGB, Gonçalves NGC. Estratégias que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2018 [citado em 2020 jul 21];27(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100306&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

45 - Martins VMF, MunariII DB, TippleII AFV, Bezerra ALQ, Leite JL, Ribeiro LCM. Forças impulsoras e restritivas para trabalho em equipe em um Centro de Material e Esterilização de hospital escola. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 out [citado em 2020 mar 02];45(5):1183-90. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500022.

46 - Costa R, Montenegro HRA, Silva RN, Almeida Filho AJ. Papel dos trabalhadores de enfermagem no centro de material e esterilização: revisão integrativa. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [citado em 2020 jun 07];24(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300703&lng=en.

47 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência segura: uma reflexão teórica

aplicada à prática [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2017 [citado em 2020 jul 21]. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+->

+Assist%C3%AAncia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573

48 - Silva RF. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. *Rev Latino-am Enferm*. 2003 Jan-Fev; 11(1):108-14..

49 - Fontana RT. As Micobactérias de Crescimento Rápido e a infecção hospitalar: um problema de saúde pública. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 Jun [citado em 2019 Jun 16]; 61(3):371-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672.

50 - Graziano KU, Balsamo AC, Lopes CLBC, Zotelli MFM, Couto AT, Paschoal MLH. Critérios para avaliação das dificuldades na limpeza de artigos de uso único. *Rev Latino-am Enferm*. 2006;14(1):70-6.

51 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 08, de 27 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre as medidas para redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido - MCR em serviços de saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2009 mar 02 [citado em 2020 jul 21]:62. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0008_27_02_2009.html

52 - Ribeiro MM, Graziano KU, Olson N, França R, Alfa MJ. The polytetrafluoroethylene (PTFE) channel model of cyclic-buildup biofilm and traditional biofilm: The impact of friction, and detergent on cleaning and subsequent high-level disinfection. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2020 Feb [citado em 2021 out 04];41(2):172-80. doi: 10.1017/ice.2019.306. PMID: 31685050.

53 - Blevins FT, Salgado J, Wascher DC, Koster F. Septic arthritis following arthroscopic meniscus repair: a cluster of three cases. *Arthroscopy*. 1999 Jan-Feb;15(1):35-40. doi: 10.1053/ar.1999.v15.015003. PMID: 10024031.

54 - Parada SA, Grassbaugh JA, Devine JG, Arrington ED. Instrumentation-specific infection after anterior cruciate ligament reconstruction. *Sports Health*. 2009 Nov;1(6):481-5. doi: 10.1177/1941738109347975. PMID: 23015910.

55 - Tosh PK, Disbot M, Duffy JM, Boom ML, Heseltine G, Srinivasan A, Gould CV, Berríos-Torres SI. Outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* surgical site infections after arthroscopic procedures: Texas, 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011 Dec;32(12):1179-86. doi: 10.1086/662712. Epub 2011 Oct 17. PMID: 22080656.

56 - Carbonne A, Thiolet JM, Fournier S, Fortineau N, Kassis-Chikhani N, Boytchev I, Aggoune M, Segulier JC, Senechal H, Tavalacci MP, Coignard B, Astagneau P, Jarlier V.

Control of a multi-hospital outbreak of KPC-producing *Klebsiella pneumoniae* type 2 in France, September to October 2009. *Euro Surveill.* 2010 Dec 2;15(48):19734. doi: 10.2807/ese.15.48.19734-en. PMID: 21144448.

57 - Seoane-Vazquez E, Rodriguez-Monguio R, Visaria J, Carlson A. Endoscopy-related infections and toxic reactions: an international comparison. *Endoscopy.* 2007 Aug;39(8):742-6. doi: 10.1055/s-2007-966504. Epub 2007 Jun 22. PMID: 17583855.

58 - Rubin ZA, Murthy RK. Outbreaks associated with duodenoscopes: new challenges and controversies. *Curr Opin Infect Dis.* 2016 Aug;29(4):407-14. doi: 10.1097/QCO.0000000000000290. PMID: 27310408.

59 - G1 (SP). Equipe que cegou pacientes em mutirão não esterilizou instrumentos. [Internet]. São Paulo: Globo; [atualizado em 2016 mar 03; citado em 2021 out 04]. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2016/03/equipe-que-cegou-pacientes-em-mutirao-nao-esterilizou-instrumentos.html>.

60 - Moriya GAA, Takeiti MH. O trabalho da enfermagem em centro de material e esterilização e sua implicação para a segurança do paciente. *Rev SOBECC.* 2016 jan-mar;21(1):1-2. DOI: 10.5327/Z1414-4425201600010001.

61 - Bueno AAB, Fassarella CS. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. *Rev Rede Cuid Saúde* [Internet]. 2012 [citado em 2020 jul 21];6(1). Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1573>.

62 - Institute of Medicine (US). Health IT and patient safety: building safer systems for better care. Washington (DC): National Academies Press (US); 2012.

63 - Reason J. Safety in the operating theatre – part 2: human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2005 Feb [citado em 2020 jul 21];14(1):56–60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743973/>.

64 - Reason J. Human error: models and management. *BMJ* [Internet]. 2000 Mar [citado em 2020 jul 21];320:768-70. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/320/7237/768>.

65 - Souza P, Mendes W, organizador. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.

66 - Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2. ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.

67 - Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2006 Apr [citado em 2020 jul 21];15(2):109-15. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16585110/>.

- 68 - Organização Mundial da Saúde. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: relatório técnico. Lisboa: OMS; 2011 [citado em 2020 jul 21]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_20.
- 69 - Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations, Health and Safety Commission (GB). Organizing for safety: Third report of the ACSNI study group on human factors. London: HMSO; 1993.
- 70 - Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2010 [citado em 2020 jul 21];42(2):156-65. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20618600/>.
- 71 - Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Padilha MICS, Schneider DG, Trindade LL. Work process: a basis for understanding nursing errors. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 [citado em 2020 jul 21];53. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100462&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- 72 - Figueiredo ML, Silva CSO, BritoI MFSF, D'Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 jan-fev [citado em 2020 jul 21];71(1):111-9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100111.
- 73 - Hudson P. Applying the lessons of high risks industries to health care. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2003 [citado em 2020 jul 21];12(suppl 1):i7-i12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765769/>.
- 74 - Chassin MR, Loeb JM. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. *Health Aff (Millwood)*. 2011 Apr;30(4):559-68.
- 75 - Agency for Healthcare Research and Quality (US). Patient safety indicators technical specifications. Disponível em: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/psi_resources.aspx ed.; Version 4.5. Rockville (MD): ARHQ; 2013 [citado em 2017 nov 20].
- 76 - Institute for Healthcare Improvement (US). SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation [Internet]. Cambridge (MA): IHI; 2017 [citado em 2020 jul 21]. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>.
- 77 - Ioshida CAF, Tamiasso RSS, Novembre RC, Santos DC. Passagem de plantão no CME uma ferramenta com base na metodologia SBAR. In: *Anais do Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde* [Internet]; 2017; Campinas (SP). Campinas (SP): FGV EAESP; 2018 [citado em 2020 jul 21]. Disponível em:

<https://proceedings.science/qualihosp/papers>.

78 - Joint Commission. Office-based surgery: 2020 national patient safety goals [Internet]. Washington (DC): Joint Commission; 2020 [citado em 2020 jul 21]. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/office-based-surgery-2020-national-patient-safety-goals/>.

79 - Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Silva MOV, Souza S, Carneiro ES. Transferência entre unidades hospitalares: implicações da comunicação na segurança do paciente pediátrico. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2017 out [citado em 2020 jul 21];11(10):3813-20. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25217/24300>.

80 - Tamiasso RSS, Santos DC, Fernandes VDO, Ioshida CAF, Poveda VB, Turrini RNT. Ferramentas de gestão de qualidade como estratégias para redução do cancelamento e atrasos de cirurgias. Rev SOBECC [Internet]. 2018 abr-jun [citado em 2020 jul 21];23(2):96-102. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-909070>.

81 - Pires SMP, Monteiro SOM, Pereira AMS, Stocker JNM, Chaló DM, Melo EMOP. Non-technical skills assessment scale in nursing: construction, development and validation Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2018 [citado em 2020 jun 13];26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100350&lng=en.

82 - Oliveira RM, Silva LMS, Guedes MVC, Oliveira ACS, Sánchez RG, Torres RAM. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [citado em 2020 jul 21];50(4):690-9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400695.

83 - Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 [citado em 2020 jul 21];40(esp). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000200417&script=sci_arttext.

84 - Yamamoto SS, Silveira MC. Desenvolvimento de sensor de nível de detergente para lavadora ultrassônica. In: Anais do 13. Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirurgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização [Internet]; 2017 set 12-15; São Paulo (SP). São Paulo: SOBECC; 2017 [citado em 2020 jul 21]. Disponível em: http://sobecc.tmeventos.com.br/anais2017/pdfs/trabalho_2319.pdf.

85 - Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Paixão DPSS, Gaspari AP, Mauricio AB. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 [citado em 2020 jul 21];40(esp). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200403.

86 - Souza CS, Tomaszewski-Barlem JG, Rocha LP, Barlem ELD, Silva TL, Neutzling BRS. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [citado em 2020 jul 21];40(esp). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000200415&script=sci_arttext&tlng=pt.

87 - Armstrong A, Foley P. Foundations for a learning organization: organizational learning mechanisms. *The Learning Organization*. 2003;10(2):74-82.

88 - Bates R, Khasawneh S. Organizational learning culture, learning transfer climate and perceived innovation in Jordanian organizations. *International Journal of Training and Development*. 2005;9(2/3):96-109.

89 - Committee on Medical Liability and Risk Management; Council on Quality Improvement and Patient Safety. Disclosure of adverse events in pediatrics. *Pediatrics* [Internet]. 2016 [citado em 2020 jul 21];138(6). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27940747/>.

90 - Dekker SWA. *Just culture: restoring trust and accountability in your organization*. 3rd ed. Burlington (VT): Ashgate; 2016.

91 - Siman AG, Brito MJM. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [citado em 2020 jul 21];37(esp). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500413&script=sci_abstract&tlng=pt.

92 - Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *Descontaminação e reprocessamento de produtos para saúde em instituições de assistência à saúde*. Geneva: OMS; 2016. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=6bMH2wHuBCw%3D>.

93 - Jackson J, Sarac C, Flin R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. *Curr Opin Crit Care*. 2010 dez;16(6):632-8.

94 - Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 nov [citado em 2018 ago 31];28(11):2199-210. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf>.

95 - Lima REF. *Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil: Questionário de Atitudes de Segurança* [Tese] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011 [citado em 2019 ago 30]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/pt-br.php>.

- 96 - Lourenco DCA, Tronchin DMR. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [citado em 2020 jul 21];29(1):1-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000100002&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 97 – Prates CG. Cultura de segurança do paciente: elementos que influenciam a percepção dos profissionais de saúde [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2018.
- 98 - Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. *The Landscape of Qualitative Research: theories and issues*. London: Sage; 1998.
- 99 - Sampieri RH, Collado CF. *Metodologia de pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
- 100 - Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 ago-dez [citado em 2020 jul 21];22(44):203-20. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>.
- 101 - Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado em 2020 jul 21];24(1):17-27. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003.
- 102 - Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 dez;19(6):349-57. Doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- 103 - Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de dezembro de 2012. Diretrizes que regulamentam as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2012 mar 12 [citado em 2020 jul 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- 104 - Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol.* [Internet]. 2013 Dez [citado em 2021 Out 04];21(2):513-8. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
- 105 - Salvador PTCO, Gomes ATL, Rodrigues CCFM, Chiavone FBT, Alves KYA, Bezerril MS. Uso do software Iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. *Rev Bras Promo Saúde*. 2018 nov;31(Supl):1-9.
- 106 - Reinert M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une

application: Aurelia De Gerard De Nerval. *BMS Bull Sociol Methodol*. 1990;26(1):24-54. doi: 10.1177/075910639002600103.

107 -Camargo BV. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora da UFPB; 2005.

108 – Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2010.

109 - Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *Limpeza de produtos para saúde*. In: Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *Descontaminação e reprocessamento de produtos para saúde em instituições de assistência à saúde*. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=6bMH2wHuBCw%3D>.

110 - Rafael Queiroz de Souza, Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti, Paulo Roberto Laranjeira, Lycia Mara Jenné Mimica, Cely Barreto da Silva, Aurea Silveira Cruz, Kazuko Uchikawa Graziano. *AValiação da Segurança do Processamento do Processamento de Fresas Intramedulares Flexíveis para Cirurgia Ortopédica*. 2017.

111 - Costa DM, Lopes LKO, Vickery K, Watanabe E, Vasconcelos LSNOL, de Paula MC, Melo DS, Hu H, Deva AK, Tipple AFV. Reprocessing safety issues associated with complex-design orthopaedic loaned surgical instruments and implants. *Injury*. 2018 Nov;49(11):2005-12. doi: 10.1016/j.injury.2018.09.006. Epub 2018 Sep 5. PMID: 30236794.

112 - Bronzatti JAG, Laranjeira PR, Bruna CQM, Graziano KU. The Effect of Brush Motion and Rinsing When Manually Cleaning Cannulated Medical Devices. *AORN J*. 2020 May;111(5):508-14. doi: 10.1002/aorn.13014. PMID: 32343381.

113 - Guédon AC, Wauben LS, van der Eijk AC, Vernooij AS, Meeuwssen FC, van der Elst M, Hoeijmans V, Dankelman J, van den Dobbelen JJ. Where are my instruments? Hazards in delivery of surgical instruments. *Surg Endosc*. 2016 Jul;30(7):2728-35. doi: 10.1007/s00464-015-4537-7. Epub 2015 Oct 20. PMID: 26487205; PMCID: PMC4912587.

114 – Bähr JL, Motta Filho GR. Impacto da campanha "Considerar o Risco", da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, na percepção do risco e na utilização do checklist cirúrgico por ortopedistas brasileiros. *Rev Bras Ortop*. 2021 apr-june;56(2):218-23. Doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701285>.

115 – Rezaei F, Yarmohammadian MH, Ferdosi M, Haghshenas A. Principles of risk management in surgery departments. *Arch Clin Exp Surg*. 2015;4(3):126-34.

doi: 10.5455/aces.20140925015830.

116 - Bugs TV, Rigo DFH, Bohrer CD, Borges F, Marques LGS, Vasconcelos RO, Alves DCI. Perfil da equipe de Enfermagem e percepções do trabalho realizado em uma central de materiais. *REME Rev Min Enferm.* 2017;21:1-8. DOI: 10.5935/1415-2762.20170006.

117 - Van Meter MM, Adam RA. Costs associated with instrument sterilization in gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Nov;215(5):652.e1-652.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2016.06.019. Epub 2016 Jun 21. PMID: 27342044.

118 – Pereira AI, Ferreira NKF, Barbosa KTN, Silva JM, Domingos SPS, Souza MDG, Silva CC. A importância da atuação dos profissionais do centro de material e esterilização para o cuidado em saúde. *Enferm Bras.* 2021;20(2):177-90. Doi: 10.33233/eb.v20i2.4507.

119 – Manoel VCF. Prazer e sofrimento no trabalho: a realidade dos profissionais de enfermagem do centro de material e esterilização de um hospital público. *Adm Empr Rev [Internet].* 2020 abr [citado em 2021 out 04];1(15):272-90. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/admrevista/article/view/900>.

120 – Nascimento MVS, Santos CMMM, Galvão MPSP, Oliveira MPLC, Souza MIB et al. Aspectos assistenciais da central de materiais e esterilização com foco no protocolo de cirurgia segura. *Braz J Surg Clin Res.* 2018 set-nov;24(1):122-6.

121 - Souza SS, Silva SBS, Silva MJN, Formigosa LAC. Desafios na implantação de boas práticas na Central de Material e Esterilização e a segurança do paciente. *REAS [Internet].* 2020 nov [citado em 2021 out 04];12(11):e4760. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4760>.

122 - Fassarella CS, Noronha IR, Luna AA, Camerini FE. Produção de enfermagem em centro de material e esterilização: estudo bibliométrico. *RPCFO [Internet].* 2021 jun [citado em 2021 out 04];13. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8220>. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8220>.

123 - Bittencourt VLL, Benetti ERR, Graube SL, Stumm EMF, Kaiser DE. Vivências de profissionais de enfermagem sobre riscos ambientais em um centro de material e esterilização. *Reme: Rev Min Enferm.* 2015 out-dez;19(4):878-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150067>.

124 - Magalhães AMM, Oliveira JLC. Liderança na enfermagem hospitalar brasileira: contribuições para a qualidade do cuidado e segurança do paciente. *Res Soc Dev [Internet].* 2020 dez [citado em 2021 out 04];9(12). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348013133_Lideranca_na_enfermagem_hospitalar_brasileira_a_contribuicoes_para_a_qualidade_do_cuidado_e_seguranca_do_paciente

125 - Souza R, Barijan A, Bronzatti J, Laranjeira P, Graziano K. Validação da limpeza de produtos para saúde no cotidiano do centro de material e esterilização. Rev SOBECC [Internet]. 2020 Abr 03 [citado em 2021 Out 4];25(1):58-64. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/490>.

126 - Joint Commission International. International Patient Safety Goals. [Internet]. Oak Brook, US: JCI; [atualizado e citado em 2021 out 04]. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>.

127 - Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS: long-term care version: module 1. Rockville, MD: AHRQ, 2013 [citado 2014 Ago 11]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/longtermcare/module1/igltcintro.html>.

128 - Miranda AR, Pinheiro MG, Silva ER. O processo de trabalho no centro de material e esterilização: percepção da equipe de enfermagem. Rev Recien. 2019;9(27):33-45.

129 - Dalcól C, Garanhaní CM, Fonseca LF, Carvalho BG. Competência em comunicação e estratégias de ensino-aprendizagem: percepção dos estudantes de enfermagem. Cogitare Enferm. 2018 ago [citado em 2021 out 04];23(3). doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.53743>.

130 - Paim CPP, Tanaka AKSR, Schneider DSS, Yamamoto SS, Rambo R, Cassaro B. Desenvolvimento de liderança de acadêmicos acadêmicos de material e esterilização. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20200202.

131- Taube SAM, Meier MJ. O processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização. Acta Paul Enferm. 2007;20(4):470-5.

132 - Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 out [citado em 2021 out 04]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/motivos-para-a-nao-notificacao-de-incidentes-de-seguranca-do-paciente-por-profissionais-de-saude-revisao-integrativa/16476?id=16476>.

133 - Singer SJ. O que aprendemos sobre a força das lideranças e da cultura na promoção de mudanças e melhoria da segurança do paciente. Rockville, MD: AHRQ; 2013. Disponível em: <https://proqualis.net/entrevista/o-que-aprendemos-sobre-for%C3%A7a-das-lideran%C3%A7as-e-da-cultura-na-promo%C3%A7%C3%A3o-de-mudan%C3%A7as-e>.

134 - Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim, DMR, Lima SAM, Juliani CMC. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. Rev. Latino-Am. Enferm. 2014;22(5):747-54. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3556.2476>.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NO GOOGLE FORMS®

PESQUISA SOBRE “PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DE CENTRO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA”

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar as percepções de enfermeiros com experiência profissional em Centro de Materiais e Esterilização (CME) sobre cultura de segurança. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá duas etapas:

1ª etapa: Ler este termo de consentimento livre e esclarecido e se aceitar participar da pesquisa confirmar sua participação no final deste termo. Após o aceite você terá acesso ao formulário eletrônico de Características Socioprofissionais. O preenchimento poderá levar em torno de 10 minutos. Ao final deste formulário haverá um campo para você indicar como prefere ser contato para ser agendado a segunda etapa da sua participação.

2ª etapa: A pesquisadora entrará em contato para ser agendado o dia para a coleta de informações através de entrevista individual virtual pelo Google Meet. A pesquisadora enviará um e-mail ou mensagem informando a data do agendamento com um link para acessar a entrevista virtual. A duração da entrevista poderá levar em torno de 30 a 40 minutos. Ao final, a pesquisadora irá solicitar contatos de possíveis participantes para prosseguir a coleta de dados, assim como fez com você.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém podem haver desconfortos associados ao tempo de resposta ao questionário e entrevista, ou pelo conteúdo das perguntas que envolvem sua experiência profissional.

APÊNDICE A – CONTINUAÇÃO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NO *GOOGLE FORMS*®

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar em qualquer etapa da pesquisa você poderá cancelar retirar seu consentimento sem que haja nenhuma penalização. Também não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os benefícios indiretos da sua participação nesta pesquisa esta relacionado com colaboração no avanço de pesquisas relacionadas à cultura de segurança na área de Centro de Materiais e Esterilização, além da inserção desta área de cuidados indiretos com a temática a segurança do paciente.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome e nome da instituição hospitalar informada não aparecerá na publicação dos resultados. Eles serão armazenados por, ao menos, cinco anos.

Informo também que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos- CAAE: _____, Parecer N° _____

Todas as suas dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o andamento pesquisa, em contato com a pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa Profª Dra Gisela Maria Schebella Souto de Moura (51)99991-8816 ou e-mail gisela.moura@ufrgs.br) ou pela pesquisadora principal Enfª Mestranda Sara Satie Yamamoto (Telefones: (51)98160-0232 ou e-mail syamamoto@hcupa.edu.br) ou também pelo CEP UFRGS: Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: +55 51 3308 3738 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br
Horário de Funcionamento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h.

Confirmando que fui orientado (a) sobre os objetivos da pesquisa e como será minha participação. *

Confirmando minha participação na pesquisa.

Sim

Não

**APÊNDICE B – FORMULÁRIO CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS NO
GOOGLE FORMS®**

CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS DOS PARTICIPANTES

Sexo *

Feminino

Masculino

Idade *

Sua resposta _____

Formação e o ano de conclusão (cite sua graduação e curso de pós-graduação se houver) *

Sua resposta _____

Tempo de Experiência Profissional EXCLUSIVA (carga horária com dedicação exclusiva) em Centro de Materiais e Esterilização (CME) *

menos de 1 ano

mais de 1 ano

mais de 2 anos

mais de 3 anos

mais de 4 anos

**APÊNDICE B – CONTINUAÇÃO DO FORMULÁRIO CARACTERÍSTICAS
SOCIOPROFISSIONAIS NO *GOOGLE FORMS*[®]**

Nome da Instituição Hospitalar em que obteve a experiência profissional exclusiva em CME. *

Sua resposta

Em qual cidade e estado esta instituição se localiza? *

Sua resposta

Por quanto tempo trabalhou nesta instituição com dedicação exclusiva em CME? *

Sua resposta

Esta instituição possui Núcleo de Segurança do Paciente? *

- Sim
- Não
- Não sei

Esta instituição possui selo de acreditação hospitalar? Se sim, qual ou quais? *

Sua resposta

APÊNDICE B – CONTINUAÇÃO DO FORMULÁRIO CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS NO *GOOGLE FORMS*®

Qual o melhor dia da semana e horário para a pesquisadora entrar em contato para agendar a pesquisa? *

Sua resposta

Como gostaria de ser contato? Telefone, E-mail? Whatsapp... Deixe o seu contato. *

Sua resposta

[Gerar link](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Hospital de Clínicas de Porto Alegre. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

CONCEITO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Como você observa as questões de segurança dentro de um CME? Você relaciona essas questões com a segurança do paciente? Como essas questões de segurança no CME estão relacionadas com a segurança dos pacientes no Bloco Cirúrgico, nas unidades de internação e outros setores da instituição?
CONCEITO DE CULTURA DE SEGURANÇA
Produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança.
Liderança Quem é a liderança na sua equipe de trabalho? Você entende que a liderança é importante para promover a cultura de segurança no CME? Por que? O enfermeiro como liderança como pode promover a cultura de segurança no CME?
Comunicação Como é a comunicação no CME? Qual sua relação com a segurança dos processos e a segurança do paciente? Quais as dificuldades da comunicação no CME? – Acrescentando após primeira entrevista. Há utilização de alguma ferramenta para melhoria da comunicação?
Trabalho em equipe. Como é o trabalho em equipe no CME? Como é o trabalho em equipe com os demais setores. Ex.: unidades, Centro Cirúrgico, etc? Qual a relação do trabalho em equipe do CME com a segurança do paciente?
Aprendizado com erros. Quando o enfermeiro é comunicado de uma falha ou erro no processo o que ele faz? Você acha que o aprendizado com erros no CME é efetivo? Relate algum caso que tenha vivenciado. Caso não ache efetivo, qual seria a sua sugestão para trabalhar com erros em CME.

Cultura Justa/ Justiça

Qual é a rotina quando é detectado de que houve uma falha grave no CME?

Como as pessoas envolvidas nas falhas são tratadas?

Qual o envolvimento do enfermeiro com esta falha?

Cuidado centrado no paciente.

Qual a relação do paciente para a definição de condutas e tomadas de decisões no CME?

Há alguma averiguação da relação da assistência do paciente aos processos do CME?

Prática baseada em evidência. Como são definidas as rotinas e melhorias de processo?

Você participa da definição ou da revisão das rotinas?

Há discussão sobre as rotinas com toda a equipe?

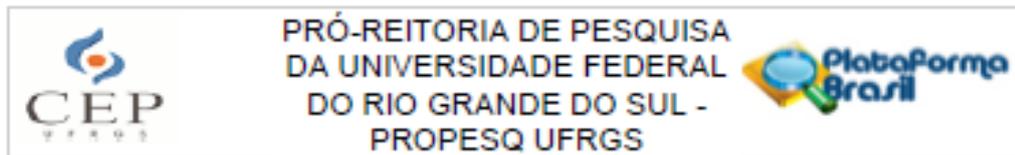
Quais documentos costumam consultar para a construção da rotina?

Quais setores do hospital são consultados?

Como as novas rotinas são disseminadas?

Na sua opinião, quais aspectos ou características devem ser considerados para que se possa mensurar a cultura de segurança em CME?

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DE CENTRO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA

Pesquisador: Gisele Maria Schebella Souto de Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39519020.4.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.452.861

Apresentação do Projeto:

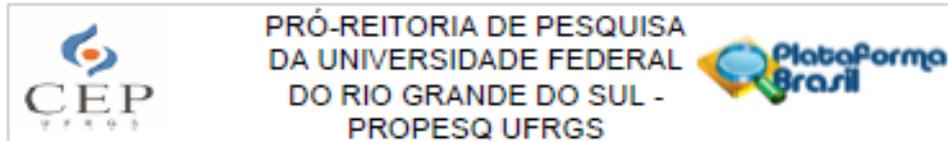
Trata-se da segunda versão do projeto, cujo questão de pesquisa é como os enfermeiros de CME percebem a cultura de segurança do paciente em seu ambiente de trabalho?. O estudo foi delineado pela estratégia qualitativa do tipo exploratório e descritivo. O campo de estudo será com enfermeiros que tenham experiência profissional em CME Classe II de Instituições hospitalares podendo ser privados, públicos, filantrópicos ou mistos e localizado em qualquer região do Brasil. Os participantes inclusos serão enfermeiros com no mínimo um ano de experiência profissional exclusiva em CME, com acesso à Internet através de computador com webcam e microfone e smartphone e não serão inclusos que estejam em férias ou algum tipo de licença ou afastamento durante o período da coleta de dados. Para compor a amostra será utilizada a técnica não probabilística de bola de neve.

Serão enviados aos participantes convite e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos integrantes do Comitê de Processamento de PPS do Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre. Após o aceite será encaminhado para o formulário eletrônico com dados socioprofissionais, que serão triados para participar da segunda etapa da coleta de dados, através de entrevista individual virtual pela ferramenta Google Meet®. Será

utilizado um roteiro semiestruturado contendo perguntas abertas, além dos conceitos de segurança do paciente, cultura de segurança e tópicos com as sete subculturas de segurança.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Ferropilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

CONTINUAÇÃO DO ANEXO



Continuação do Parecer: 4.452.001

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as percepções de enfermeiros com experiência profissional em CME sobre cultura de segurança.

Objetivo Secundário:

- Descrever as percepções de enfermeiros de CME sobre a cultura de segurança;
- Relacionar a experiência profissional em CME com as sete subculturas da cultura de segurança: liderança, comunicação, trabalho em equipe, justiça, aprendizado com erros, cuidado centrado no paciente e práticas baseadas em evidências;
- Elencar as dificuldades e facilidades para a construção de cultura de segurança em CME;
- Elencar sugestões para propor dimensões específicas para mensurar cultura de segurança em CME.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderão haver riscos mínimos associados aos procedimentos desta pesquisa, tais como desconforto pelo participante pelo tempo mínimo proposto para realização da entrevista, o participante querer interromper a entrevista por não se sentir confortável em responder alguma questão e riscos associados à tecnologia como dificuldade de acesso à Internet ou uso do Google Meet.

Benefícios:

Os benefícios indiretos da sua participação nesta pesquisa está relacionado com colaboração no avanço de pesquisas relacionadas à cultura de segurança na área de Centro de Materiais e Esterilização, além da inserção desta área de cuidados indiretos com a temática a segurança do paciente.

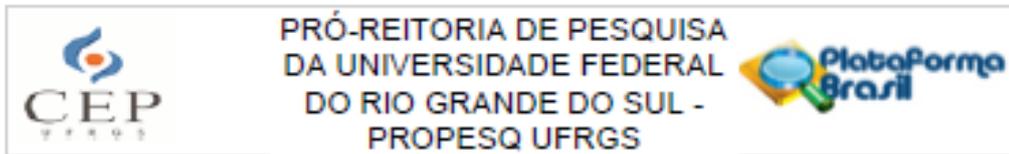
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A autora realizou as alterações solicitadas de acordo com o parecer consubstanciado emitido em 12 de novembro de 2020, sinalizando em carta resposta.

1. Incluído na PB a quantidade estimada de 20 participantes da pesquisa.
2. Atualizado o cronograma na PB e no projeto de pesquisa o início da data de coleta de dados, posterior à aprovação do CEP. Na PB ficaram a data de apreciação do mês de

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Ferropilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

CONTINUAÇÃO DO ANEXO



Continuação do Parecer: 4.452.001

novembro e dezembro, pois foram submetidos as documentações de acordo com o parecer recebido em novembro e depois foram encaminhados a carta resposta e o projeto de pesquisa com apontamentos das alterações em dezembro.

3. No TCLE elaborado no GOOGLE FORMS® foram incluídas informações para os participantes de que não haverá nenhuma penalização caso houver desistência na participação da pesquisa, foram informados os benefícios indiretos na PB e no TCLE, colocado do nome da Profª Dra Gisela Maria Schebella Souto de Moura como pesquisadora responsável e Sara Satie Yamamoto como pesquisadora principal e incluído o endereço do CEP e horário de funcionamento no TCLE. No projeto de pesquisa as alterações estão sinalizadas com quadrados amarelos no apêndice A.

4. Informado no TCLE de que os dados da pesquisa serão armazenados por ao menos cinco anos. No projeto de pesquisa as alterações estão sinalizadas com quadrados amarelos no apêndice A.

5. Foram verificadas as divergências na tabela de orçamento da PB e no projeto de pesquisa, somando os valores e ficando idênticos. Incluído a informação de que a pesquisadora principal é responsável pelos custos. No projeto de pesquisa as alterações estão sinalizadas em amarelo na sessão seis orçamentos e despesas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE elaborado no GOOGLE FORMS®, em Apêndice no projeto, está adequado.

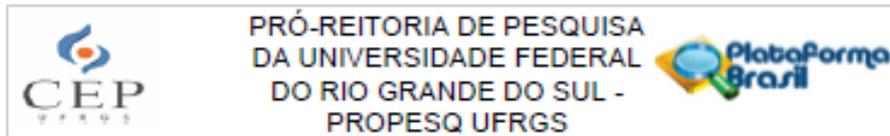
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A seguir as pendências do projeto:

- 1) Incluir na PB estimativa do número de participantes da pesquisa. **PENDÊNCIA ATENDIDA**
- 2) Atualizar o cronograma com data de início da coleta de dados após aprovação no CEP. **PENDÊNCIA ATENDIDA**
- 3) No TCLE elaborado no GOOGLE FORMS® acrescentar que a desistência será sem penalização alguma, informar benefícios indiretos da pesquisa, colocar o nome da Profa. Gisela Moura como pesquisadora responsável, e incluir o endereço completo do CEP com horários de funcionamento. [CEP UFRGS: Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: +55 51 3308 3738 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br Horário de Funcionamento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h.] **PENDÊNCIA ATENDIDA**
- 4) Informar no TCLE que os dados da pesquisa serão armazenados por, ao menos, cinco anos.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro			
Bairro: Farroupilha		CEP: 90.040-060	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propesq.ufrgs.br	

CONTINUAÇÃO DO ANEXO



Continuação do Parecer: 4.452.001

PENDÊNCIA ATENDIDA

5) Unificar o orçamento (que está distinto) no projeto e na Plataforma Brasil. Informar, no projeto que a pesquisadora principal é responsável pelos custos. PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1631367.pdf	07/12/2020 11:58:23		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_07122020.pdf	07/12/2020 11:52:56	Sara Satie Yamamoto	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/12/2020 11:51:43	Sara Satie Yamamoto	Acelto
Outros	Projeto com ailerão e e sem destaque.pdf	07/12/2020 11:45:02	Sara Satie Yamamoto	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/12/2020 11:43:25	Sara Satie Yamamoto	Acelto
Outros	CartaResposta.pdf	07/12/2020 11:28:31	Sara Satie Yamamoto	Acelto
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4396059.pdf	22/11/2020 18:17:35	Sara Satie Yamamoto	Acelto
Orçamento	ORCAMENTOS.pdf	22/11/2020 18:16:40	Sara Satie Yamamoto	Acelto
Folha de Rosto	Folhaderoastoassinada.pdf	25/10/2020 22:21:48	Sara Satie Yamamoto	Acelto

Situação do Parecer:

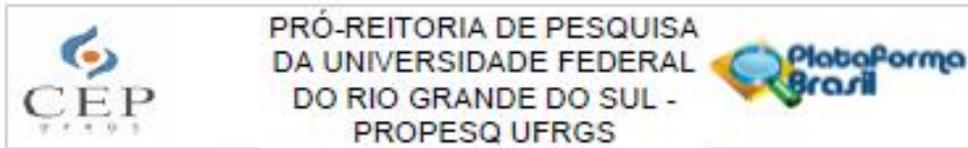
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Ferropolis CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

CONTINUAÇÃO DO ANEXO



Continuação do Parecer: 4.402.001

PORTO ALEGRE, 10 de Dezembro de 2020

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Ferrouilhas CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4045 E-mail: eticoa@propesq.ufrgs.br