

## Experiência profissional e idade como contributo do clima de segurança no centro cirúrgico: estudo transversal

*Professional experience and age as a contribution to the safety climate in the surgical center: a cross-sectional study*

*Experiencia profesional y edad como aporte al clima de seguridad en el centro quirúrgico: estudio transversal*

Cintia Silva Fassarella<sup>I</sup>; Rosilene Alves Ferreira<sup>I</sup>; Nathália Henriques Veiga<sup>I</sup>;  
Ana Paula Silvestre dos Santos Azevedo<sup>I</sup>; Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro<sup>II</sup>; Soraia Cristina de Abreu Pereira<sup>III</sup>;  
Flavia Giron Camerini<sup>I</sup>; Danielle de Mendonça Henrique<sup>I</sup>

<sup>I</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil; <sup>II</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal;  
<sup>III</sup>Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Porto, Portugal

### RESUMO

**Objetivo:** identificar a associação entre tempo de experiência profissional e idade com os domínios do clima de segurança dos profissionais do centro cirúrgico. **Método:** estudo transversal, realizado com 179 profissionais da equipe multiprofissional do centro cirúrgico universitário localizado no Rio de Janeiro, utilizando o Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico. Associação das variáveis determinada pelo teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** evidencia-se associação do tempo de experiência com os domínios do clima de segurança “Percepção da gerência” ( $p$ -valor 0.039), “Percepção do desempenho profissional” ( $p$ -valor 0.014) e “Percepção do estresse” ( $p$ -valor  $< 0,001$ ). Para idade, observa-se associação com “Percepção do desempenho profissional” ( $p$ -valor  $< 0,001$ ) e “Percepção do estresse” ( $p$ -valor  $< 0,001$ ). **Conclusão:** observou-se que tempo de experiência profissional e idade obtiveram associação com o clima de segurança, assim essas variáveis podem auxiliar gestores do centro cirúrgico em traçarem melhores estratégias de alocação de recursos humanos, de modo a promover uma assistência cirúrgica mais efetiva e segura.

**Descritores:** Cultura Organizacional; Centros Cirúrgicos; Segurança do Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify the association between length of professional experience and age with the safety climate domains of professionals in the surgical center. **Method:** this is a cross-sectional study conducted with 179 professionals from the multidisciplinary team of the university surgical center located in Rio de Janeiro, using the Safety Attitudes Questionnaire/Surgical Center. The association of variables was determined by the chi-squared test ( $p < 0.05$ ). **Results:** there is an association between length of experience and the safety climate domains of: “Perception of management” ( $p$ -value 0.039); “Perception of job performance” ( $p$ -value 0.014); and “Perception of stress” ( $p$ -value  $< 0.001$ ). An association for age is observed with “Perception of job performance” ( $p$ -value  $< 0.001$ ) and “Perception of stress” ( $p$ -value  $< 0.001$ ). **Conclusion:** it was observed that professional experience and age were associated with the safety climate, and so these variables can help surgical center managers to outline better strategies for allocating human resources in order to promote more effective and safe surgical care.

**Descriptors:** Organizational Culture; Surgicenters; Patient Safety; Patient Care Team; Nursing.

### RESUMEN

**Objetivo:** identificar la asociación entre el tiempo de experiencia profesional y la edad con los dominios del clima de seguridad de los profesionales del centro quirúrgico. **Método:** estudio transversal realizado con 179 profesionales del equipo multiprofesional del centro quirúrgico universitario ubicado en Río de Janeiro, utilizando el Cuestionario de Actitudes de Seguridad/Centro Quirúrgico. La asociación de las variables se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** se evidenció asociación entre el tiempo de experiencia y los dominios del clima de seguridad: “Percepción de la gerencia” ( $p$ -valor 0,039), “Percepción del desempeño profesional” ( $p$ -valor 0,014) y “Percepción del estrés” ( $p$ -valor  $< 0,001$ ). Se observó una asociación de la edad con la “Percepción del desempeño profesional” ( $p$ -valor  $< 0,001$ ) y la “Percepción del estrés” ( $p$ -valor  $< 0,001$ ). **Conclusión:** tiempo de experiencia profesional y edad están asociados con clima de seguridad, sugiriendo que estas variables pueden ayudar a los gestores del centro quirúrgico a desarrollar estrategias más eficaces de asignación de recursos humanos, promoviendo una atención quirúrgica más efectiva y segura.

**Descriptor:** Cultura Organizacional; Centros Quirúrgicos; Seguridad del Paciente; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é compreendida como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos e procedimentos que, de forma consistente e sustentável, reduz os riscos, a probabilidade de erro, a ocorrência de danos evitáveis e/ou seu impacto quando ocorrer<sup>1</sup>. Nesse sentido, criar e promover um clima de

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – Brasil (FAPERJ), Edital E-26/010.002691/2019 Auxílio ao pesquisador recém-contratado (ARC) e Edital E-26/204.518/2024 - Programa Jovem Cientista do Nosso Estado.

Autora correspondente: Rosilene Alves Ferreira. E-mail: [rosilene.alvesferreira.uerj@gmail.com](mailto:rosilene.alvesferreira.uerj@gmail.com)  
Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Magda Guimarães de Araujo Faria

segurança do paciente fortalecido é um importante componente estrutural dos serviços favorecendo a implantação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos.

O clima de segurança é avaliado considerando a percepção dos profissionais quanto as opiniões, atitudes de segurança e crenças, sendo a parte mensurável e integrante da cultura de segurança do paciente e uma importante ferramenta de análise da cultura de segurança da organização<sup>2</sup>. Logo, este estudo utiliza o clima de segurança considerando ser o fator mensurável da cultura de segurança do paciente e capaz de reproduzir as percepções dos profissionais em seu cenário de atuação.

Portanto, a avaliação do clima de segurança torna-se fundamental por favorecer o reconhecimento de potencialidades e fragilidades que nortearão ações de melhorias. Além disso, é necessário mensurar e analisar o clima de segurança a partir da percepção dos profissionais de saúde, pois essa ação pode viabilizar a conscientização situacional, desenvolvimento de programas de educação continuada, implementação de protocolos assistenciais, monitoramento de eventos adversos e aumento da qualidade da assistência, em especial, em unidades especializadas, como o ambiente cirúrgico<sup>3</sup>.

A segurança perioperatória encontra-se inserida em um contexto de preocupação global, contemplando a necessidade de investimento em ensino, pesquisa, gestão, recursos humanos qualificados e cultura organizacional para garantir a segurança perioperatória<sup>4</sup>. O ambiente do centro cirúrgico é considerado um cenário complexo e suscetível a falhas e erros, uma vez que envolve trabalho sob pressão, equipe multiprofissional, uso de tecnologias e procedimentos invasivos<sup>5</sup>.

Em 2023, os eventos indesejáveis no ambiente do centro cirúrgico encontravam-se entre os dez eventos sentinelas mais notificados. No entanto, a segurança cirúrgica é reconhecida como um problema mundial e está na agenda prioritária do *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*, da Organização Mundial da Saúde que possui como meta reduzir o máximo possível de danos evitáveis oriundos dos cuidados de saúde inseguros em todo o mundo<sup>6,7</sup>. Assim, promover a segurança do atendimento ao paciente é uma prioridade máxima no ambiente perioperatório e, para isso, um clima de segurança favorável pode contribuir para a redução de eventos sentinelas, mortes, complicações pós-cirúrgicas e eventos adversos evitáveis<sup>8</sup>.

Mundialmente, busca-se promover o clima de segurança do paciente com ênfase no aprendizado, aprimoramento organizacional, experiência profissional na especialidade, comunicação multiprofissional, envolvimento dos profissionais e pacientes na prevenção de incidentes, foco em sistemas seguros, evitando os processos de culpabilização individual<sup>9</sup>.

Estudos evidenciam associação do tempo de experiência profissional e idade com percepções positivas do clima de segurança do paciente<sup>10-12</sup>. Ao relacionar a experiência profissional e idade como impulsores de um clima de segurança fortalecido, proporciona ao gestor uma melhor estratégia de alocação de recursos humanos, título profissional, habilidade e traços de personalidade, para que possam aliviar algumas pressões por meio da cooperação e comunicação da equipe<sup>10</sup>. A relação entre maturidade profissional e clima de segurança demonstra ser uma estratégia promissora para a prevenção de eventos adversos, uma vez que a experiência e o conhecimento adquiridos pelos profissionais mais experientes contribuem para a criação de um ambiente cirúrgico mais seguro.

É imperativo buscar promover o clima de segurança com ênfase no tempo de experiência profissional, idade, aprendizado e aprimoramento organizacional<sup>11</sup>. Observa-se que a expertise adquirida ao longo dos anos leva o trabalhador a um conhecimento mais aprofundado do processo de cuidado, podendo evitar a ocorrência de eventos indesejáveis<sup>10</sup>. A justificativa do estudo se dá pela importância da avaliação do clima de segurança, sobretudo, em um ambiente crítico como o centro cirúrgico, o qual necessita de subsídios para uma prática baseada em evidência, segura e de qualidade.

Teve-se como objetivo identificar se há associação do tempo de experiência profissional e idade com os domínios do clima de segurança dos profissionais do centro cirúrgico.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Patrícia Benner desenvolveu a Teoria de Iniciante a Perito, "*From Novice to Expert: Excellence and Power in Nursing Practice*", em 1982. Há relato de que foi traduzido para doze idiomas, e em 1984 foi considerado pelo *American Journal of Nursing* como o livro do ano<sup>13</sup>.

Sabe-se que a teoria de Benner se baseia na experiência e na educação do indivíduo. Neste contexto, surge como relevante a reflexão em associar a experiência profissional com os domínios do clima de segurança dos profissionais no centro cirúrgico. A teoria de iniciante a perito estabelece que a aquisição de habilidades consiste em cinco níveis de proficiência, a saber: iniciado, iniciante avançado, competente, proficiente e perito<sup>13</sup>.

A progressão de um profissional iniciante para um nível iniciante avançado é marcada por um processo de desenvolvimento de habilidades e amadurecimento do julgamento clínico. Enquanto o profissional iniciante se baseia em instruções detalhadas e enfrenta desafios na tomada de decisões, o profissional iniciante avançado, embora siga as normas estabelecidas, demonstra capacidade de reconhecer padrões e variações nos casos clínicos. A experiência prática é fundamental para essa transição, permitindo que o profissional desenvolva a autonomia necessária para lidar com a complexidade das situações reais, sempre com o apoio e orientação dos profissionais mais experientes<sup>13</sup>.

Profissionais que se encontram no nível competente demonstram um alto grau de proatividade, planejando suas ações de forma consciente e deliberada. A capacidade de identificar aspectos relevantes e a organização eficiente das tarefas são características marcantes desse estágio. Com o conhecimento adquirido e a experiência acumulada, esses profissionais demonstram habilidade para lidar com imprevistos e tomar decisões clínicas assertivas. Embora a gestão do tempo e a organização de tarefas ainda sejam prioridades, o profissional encontra-se atento para antecipação de problemas e a resolução de situações complexas. Em média, o alcance desse nível ocorre entre 2 e 3 anos de prática profissional<sup>13</sup>.

Profissionais proficientes demonstram uma compreensão holística das situações, utilizando a percepção e a intuição para guiar suas ações. A aprendizagem nesse estágio ocorre de forma mais autônoma, por meio de métodos indutivos e estudos de caso, o que permite o desenvolvimento de um raciocínio clínico mais sofisticado. Em comparação ao nível anterior, há um salto qualitativo na capacidade de analisar situações complexas e tomar decisões estratégicas. O alcance desse nível, em média, ocorre após 3 a 5 anos de prática em um mesmo campo de atuação<sup>13</sup>.

O último nível é o perito. A expertise caracteriza o profissional deste nível, que demonstra uma profunda compreensão do seu campo de atuação e a capacidade de aplicar esse conhecimento de forma autônoma. O profissional perito não se apoia em regras, ele percebe a situação como um todo e direciona seu cuidado diretamente ao ponto necessário. Consegue prever o problema, antecipar ações com extensa assertividade. A percepção aguçada e a experiência acumulada permitem que esses profissionais identifiquem padrões, antevejam problemas e tomem decisões complexas com base em um raciocínio clínico altamente desenvolvido utilizando a intuição, algo explicado em termos de processos cerebrais e não em raciocínio lógico<sup>13</sup>.

A experiência profissional e idade podem exercer um impacto positivo no clima de segurança em centro cirúrgico e redução de eventos indesejáveis. A teoria de enfermagem de Patrícia Benner - Do Iniciado a Perito – estabelece um suporte teórico em que a prática profissional cresce por meio do aprendizado experimental e da transmissão do que é aprendido nos ambientes práticos. A aplicabilidade da teoria de Benner ao contexto cirúrgico é indiscutível, pois ao atingir o último nível de proficiência clínica, o profissional adere protocolos e condutas em sua essência, compreendendo a sua atribuição como facilitador nas ações voltadas para segurança do paciente perioperatório<sup>13</sup>.

## MÉTODO

Estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. Utilizou-se como ferramenta de suporte e garantir o rigor metodológico para o desenvolvimento desta investigação o *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE®)*<sup>14</sup>.

O estudo foi realizado no centro cirúrgico de um hospital universitário, localizado no estado do Rio de Janeiro, com 20 salas operatórias, sendo 1 destinada para cirurgia híbrida e robótica e 1 sala de recuperação pós-anestésica com capacidade para atendimento de 12 pacientes simultâneos. Os participantes foram os profissionais de saúde do centro cirúrgico, sendo composto pela equipe médica (cirurgiões, anestesistas, residentes de cirurgia e residentes de anestesia), equipe de enfermagem (enfermeiros, residentes de enfermagem e técnicos de enfermagem) e equipe de apoio (farmácia e técnicos de raio-X). Os critérios de inclusão foram: atuar no centro cirúrgico há no mínimo 30 dias, com carga horária de no mínimo de 20 horas semanais.

A coleta de dados ocorreu de julho de 2021 a julho de 2022. O longo período de coleta foi decorrente da dificuldade de inserção da pesquisadora no campo de estudo devido às limitações de acesso instituídas pela gestão do hospital e do cenário de estudo como consequência da pandemia da COVID-19. Em um panorama mundial, evidencia-se três ondas da COVID-19. Contudo, o cenário da pesquisa estabeleceu limitações de acesso seguindo a incidência epidemiológica do estado do Rio de Janeiro, que foi atingido por cinco períodos críticos da COVID-19: abril e maio de 2020; novembro de 2020 a janeiro de 2021; fevereiro de 2021 a junho de 2021; agosto de 2021; dezembro de 2021 a janeiro de 2022<sup>15</sup>. Diante do exposto, este período de coleta de dados foi necessário para se alcançar uma amostra representativa.

A população do estudo foi composta por um total de 206 profissionais da equipe multiprofissional composta por cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes de cirurgia, residentes de anesthesiologia e residentes de enfermagem. Com base na população total (N=206), realizou-se o cálculo amostral com auxílio do

aplicativo EpilInfo v5.5.9, alcançando um nível de confiança de 99,9% e perda amostral de 0,1% resultando em uma amostragem mínima de  $n=173$ . A amostra foi aleatória não probabilística, destaca-se que esta investigação ultrapassou a amostra mínima obtendo a participação de 179 profissionais.

Os profissionais foram convidados pela pesquisadora de forma presencial, individual, em momentos oportunos para a participação na pesquisa, durante os turnos da manhã e tarde, a qual se apresentava e informava-os sobre a realização da pesquisa, forma e tempo de participação. Ao demonstrarem interesse em participar, recebiam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após o acordo de participação, o instrumento de coleta de dados no formato papel era entregue, sendo explicado como realizar o preenchimento de forma correta. Durante o tempo de preenchimento, a pesquisadora permanecia próximo ao participante para retirada de eventuais dúvidas. O tempo médio de preenchimento foi de 10 minutos.

Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico (SAQ/CC), instrumento específico que avalia a cultura de segurança no centro cirúrgico por meio da percepção dos profissionais, adaptado e validado para realidade brasileira<sup>17</sup>. Este instrumento permite uma análise do clima de segurança no centro cirúrgico, por meio da percepção dos profissionais. O SAQ/CC é dividido em três partes, respondido por uma escala tipo *likert* nas duas primeiras partes. Na primeira, os graus da escala estão dispostos em: “Muito Ruim”, “Ruim”, “Adequada”, “Boa”, “Muito Boa”, “Não se Aplica”, nesta etapa as questões tratam da qualidade da comunicação e colaboração entre os profissionais que atuam no CC refletindo a relação dos participantes com cada categoria profissional.

A segunda parte é composta por 40 questões relacionadas a segurança do paciente, dentre elas, há assertivas escritas negativamente de forma intencional. Os graus da escala são definidos como: “Discordo Totalmente”, “Discordo Parcialmente”, “Neutro”, “Concordo Parcialmente”, “Concordo Totalmente” e “Não se Aplica”; e uma assertiva questionando se a pesquisa já havia sido respondida em outro momento. Explora-se 06 domínios: Clima de segurança (sete itens), Percepção da gerência (cinco itens), Percepção de estresse (quatro itens), Condição de trabalho (seis itens), Comunicação no ambiente cirúrgico (quatro itens) e Percepção de desempenho profissional (quatro itens).

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

Para análise dos dados, primeiramente, as assertivas negativas foram revertidas, sendo assim, as respostas preenchidas com “Discordo totalmente” passaram a ser “Concordo totalmente”, seguindo assim em todos os itens. Posteriormente, os itens foram agrupados em domínios e a pontuação de cada um deles deu-se por cálculo da média da soma. O questionário SAQ/CC segue a escala de cinco pontos de Likert, as pontuações foram distribuídas do seguinte modo: “Discordo totalmente” e “Não se aplica” – 0 ponto, “Discordo parcialmente” – 25 pontos, “Neutro” – 50 pontos, “Concordo parcialmente” – 75 pontos e “Concordo totalmente” – 100 pontos. Os itens em branco e “não se aplica” foram desconsiderados da análise, assim como os itens com a mesma resposta para todas as questões. O escore final varia de 0 a 100 pontos, no qual zero corresponde a pior percepção de cultura de segurança e 100, a melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é  $\geq 75$ .

Os dados foram inseridos manualmente em uma planilha eletrônica na plataforma *Microsoft Excel* e depois transferidos para o pacote estatístico R, versão 4.2.1, foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e, a verificação da associação das variáveis de interesse foi determinada pelo teste qui-quadrado e nível de significância  $p < 0,05$ . O coeficiente de correlação de *Pearson*, uma medida da intensidade e direção de relações lineares, foi calculado para quantificar a força de associação entre as variáveis tempo de experiência e idade com os domínios de clima de segurança e apresentados utilizando gráficos de dispersão com reta de regressão com auxílio do pacote *ggplot2* do pacote estatístico R versão 4.2.1.

Quanto aos aspectos éticos, este estudo integra parte do protocolo de pesquisa “Cultura de segurança no centro cirúrgico universitário” da pesquisadora da instituição e possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 179 profissionais de saúde do centro cirúrgico com tempo médio de experiência profissional de 14 anos, com limite inferior menor que um ano e limite superior de 44 anos. Para idade, a média foi de 41 anos, tendo como limite inferior 20 anos e limite superior 71 anos. Quanto aos participantes, a maioria eram do sexo feminino ( $n=103$ ; 57,54%) e a categoria profissional predominante foi a enfermagem, com um total de 105 profissionais (58,66%), sendo 20 enfermeiros (11,17%), 78 técnicos de enfermagem (43,57%) e sete residentes de enfermagem (3,91%). Seguida pela equipe médica com 58 profissionais (32,40%) composta por 19 cirurgiões (10,61%), seis

anestesiologistas (3,35%), 22 residentes de cirurgia (12,29%) e 11 residentes de anestesiologia (6,15%) e, ainda, 16 profissionais que compõem a equipe de apoio (8,94%).

Os resultados das análises de associação entre as variáveis tempo de experiência e idade com os domínios do clima de segurança no centro cirúrgico são apresentados na Tabela 1.

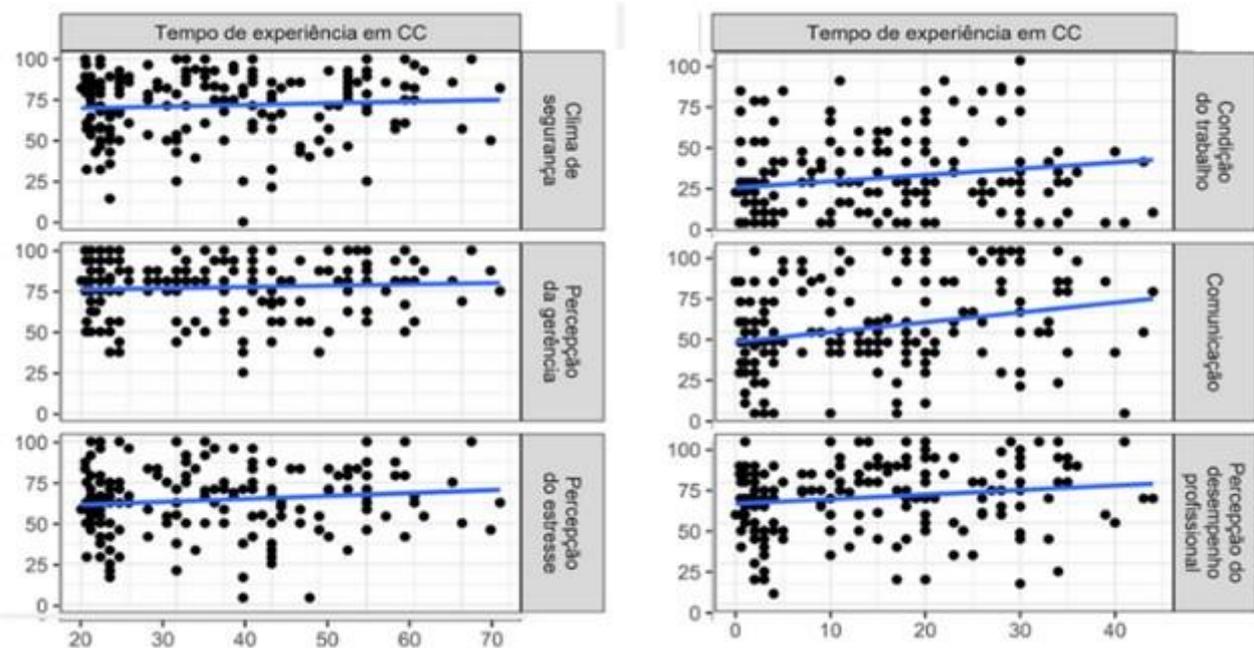
**Tabela 1:** Análise da associação entre as variáveis tempo de experiência e idade com os domínios do clima de segurança no centro cirúrgico. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Variáveis	Domínios	IC* (95%)	X <sup>2</sup>	p-valor
Tempo de experiência	Clima de segurança	-0,080 - 0,214	0,069	0,363
	Condição de trabalho	-0,029 - 0,261	0,119	0,116
	Comunicação no ambiente cirúrgico	-0,085 - 0,209	0,064	0,401
	Percepção da gerência	0,008 - 0,296	0,155	0,039
	Percepção do desempenho profissional	0,037 - 0,322	0,184	0,014
	Percepção do estresse	0,118 - 0,393	0,261	<0,001
Idade	Clima de segurança	-0,013 - 0,279	0,136	0,073
	Condição de trabalho	-0,010 - 0,281	0,139	0,067
	Comunicação no ambiente cirúrgico	-0,164 - 0,132	-0,016	0,829
	Percepção da gerência	-0,009 - 0,282	0,139	0,066
	Percepção do desempenho profissional	0,108 - 0,387	0,253	<0,001
	Percepção do estresse	0,137 - 0,411	0,279	<0,001

**Legenda:** \*intervalo de confiança

Evidencia-se que há associação do tempo de experiência na especialidade com os domínios “Percepção da gerência” ( $p=0,039$ ), “Percepção do desempenho profissional” ( $p=0,014$ ) e “Percepção do estresse” ( $p=<0,001$ ). A variável idade, por sua vez, apresentou associação com os domínios “Percepção do desempenho profissional” ( $p<0,001$ ) e “Percepção do estresse” ( $p<0,001$ ). Ademais, essas variáveis não possuem relação estatisticamente significativa com os demais domínios.

A Figura 1 apresenta a relação entre o tempo de experiência, representado pelo eixo horizontal, e a percepção dos domínios de segurança, representada pelo eixo vertical.

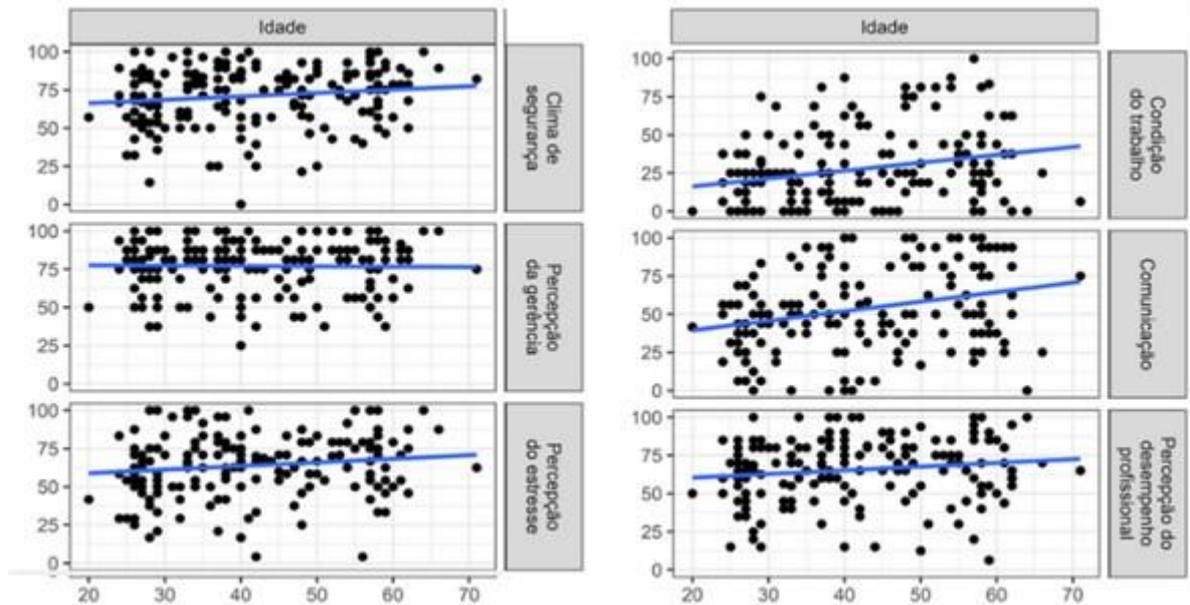


**Legenda:** Gráfico de dispersão com reta de regressão com auxílio do pacote ggplot2 (pacote estatístico R versão 4.2.1).

**Figura 1:** Relação entre o tempo de experiência e domínios de segurança. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Observa-se que quanto maior o tempo de experiência, mais positiva é a percepção dos domínios.

A Figura 2 demonstra a relação entre a idade, representada pelo eixo horizontal, e a percepção dos domínios de segurança, representada pelo eixo vertical.



**Legenda:** Gráfico de dispersão com reta de regressão com auxílio do pacote ggplot2 (pacote estatístico R versão 4.2.1).

**Figura 2:** Relação entre idade e domínios de segurança. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Observa-se que conforme a idade aumenta, mais positiva é a percepção dos domínios, exceto no domínio 'Percepção da gerência', a qual a percepção se manteve estável, demonstrando que a idade não interfere no domínio.

## DISCUSSÃO

A equipe de saúde com maior prevalência foi a equipe de enfermagem (58,66%). Evidencia-se que a equipe de enfermagem é um componente ativo e impulsionador de melhorias para a segurança do paciente perioperatório<sup>17</sup>. No ambiente cirúrgico, o profissional de enfermagem é reconhecido como principal articulador e responsável por todas as fases do período perioperatório<sup>18</sup>. A enfermagem é a categoria profissional de extrema importância na saúde, pois é vista como a profissão que mais desempenha ações para melhorar a segurança do paciente no ambiente cirúrgico, além de ser um dos responsáveis por realizar a gestão da assistência do ambiente cirúrgico<sup>19</sup>.

Este estudo observou que, conforme aumenta o tempo de experiência profissional na especialidade e idade, há uma percepção mais positiva para alguns domínios do clima de segurança. Destarte, este estudo está de acordo com investigações anteriores em que maior experiência de trabalho e idade avançada foram associadas às atitudes de segurança no centro cirúrgico<sup>10,20</sup>.

A segurança perioperatória é primordial na prestação dos cuidados na sala de cirurgia, portanto, para evitar danos ao paciente as organizações precisam de uma cultura de segurança mais positiva e proativa. Um estudo canadense demonstra que utilizar profissionais experientes é crucial para manter conhecimentos especializados em ambientes de emergência e cuidados críticos para garantir cuidados seguros aos pacientes<sup>21</sup>. Assim, para melhor desenvolver a segurança do paciente no ambiente cirúrgico, o gestor pode manter profissionais mais experientes nas salas de cirurgias como uma ação de gestão ativa para o amadurecimento positivo do clima de segurança<sup>10</sup>.

No presente estudo, houve associação entre tempo de experiência e a idade dos profissionais com os domínios "Percepção do estresse" e "Percepção do desempenho profissional" indicando que quanto maior é a experiência profissional e a idade, mais positiva é a percepção. Esses domínios avaliam o reconhecimento por parte dos profissionais do quanto os fatores externos afetam o trabalho, este envolve a capacidade do profissional de reconhecer e entender que o cansaço e a sobrecarga de trabalho repercutem nas suas atividades laborativas e, conseqüentemente, na segurança do paciente cirúrgico<sup>22</sup>.

Esse resultado está de encontro com a literatura científica, a qual aponta que os profissionais de idade mais avançada relataram um nível mais baixo de estresse em comparação com indivíduos mais novos<sup>10,23,24</sup>. Além disso, os anos de experiência na carreira podem promover maior resiliência para lidar com o estresse, o que pode estar relacionado a um desempenho profissional mais positivo<sup>25</sup>.

Esse estudo foi conduzido durante o período da pandemia da COVID-19, em que os profissionais foram submetidos a uma variedade de estresses, e que podem influenciar na saúde e na satisfação profissional<sup>23</sup>. Assim, o impacto do estresse mostra-se relevante, pois o adoecimento dos profissionais de saúde pode levar a uma redução dos recursos humanos, além de comprometer a qualidade e a resolutividade dos serviços ofertados<sup>20,25</sup>.

Um estudo polonês identificou resultados diferentes, no qual os profissionais mais inexperientes demonstraram um impacto negativo do estresse sobre a segurança do paciente<sup>5</sup>. De fato, o estresse profissional é um elemento imperativo que influencia negativamente a segurança e eficiência do trabalho. O ambiente cirúrgico é caracterizado por grande pressão e carga de trabalho, podendo ser um fator de impacto negativo nos profissionais, que pode impactar negativamente em alguns desfechos como o aumento da taxa de infecção ou mortalidade do paciente cirúrgico<sup>2,26</sup>.

Sendo assim, a capacidade do próprio profissional em reconhecer os fatores que intervêm em suas ações favorece a qualidade na segurança do paciente<sup>8,10</sup>. Pode-se inferir, no estudo, que os mais experientes profissionalmente, por estarem mais bem familiarizados com as normas e rotinas do setor, com emergências no centro cirúrgico, e terem maior interação interpessoal, possuem uma percepção mais clara dos fatores intervenientes ao desempenho profissional.

Este resultado pode contribuir para a prática e ser utilizado como ferramenta de gestão, interagindo profissionais experientes com inexperientes. Estudos evidenciam a importância da integração de profissionais mais experientes com os recém-formados, destacando especificamente os profissionais de enfermagem, considerando compor a equipe profissional com maior representatividade no ambiente cirúrgico<sup>10,19</sup>.

Uma equipe multiprofissional que funcione bem é relatada como vital para o sucesso da troca de experiências, segurança, conforto, equilíbrio com a vida pessoal, apoio e orientação durante as atividades dos profissionais menos experientes. Essas atitudes favorecem a percepção do desempenho profissional e uma percepção positiva dos domínios de segurança do paciente no centro cirúrgico<sup>8,10</sup>. Esses resultados constituem-se indicadores para o gestor do centro cirúrgico, podendo ser utilizado como norteador para planejamento e implementação de ações com o objetivo de proporcionar um ambiente de trabalho mais seguro<sup>22</sup>.

O domínio "Percepção da gerência" apresentou correlação somente com o tempo de experiência na especialidade. Este domínio está relacionado com as ações da gerência em prol da segurança e reflete a percepção que os profissionais possuem da administração hospitalar e local, retorno apropriado do desempenho profissional e satisfação em se trabalhar.

Tal dado se assemelha a uma pesquisa realizada no Japão, a qual correlacionou percepções de enfermeiros sobre o clima de segurança com a qualidade dos cuidados de saúde prestados, sugerindo que profissionais com maior tempo de experiência possuem maior percepção de qualidade dos serviços ofertados<sup>27</sup>. Estudo que comparou a percepção dos enfermeiros de um centro cirúrgico distrital e de um centro cirúrgico universitário identificou que os profissionais mais experientes atuantes na unidade obtiveram uma percepção mais positiva da gerência e satisfação profissional<sup>10</sup>.

Níveis mais elevados de satisfação profissional foram relatados por enfermeiros que trabalharam mais tempo numa unidade em específico, o que favorece a coesão do trabalho em equipe, fator este que tem sido valorizado como um importante componente da percepção da gerência, pois tem sido associada a um menor tempo cirúrgico, menos erros e interrupções cirúrgicas, menos falhas de comunicação e menos readmissões de pacientes<sup>24,28</sup>.

Por ser um dos setores mais complexos de uma organização hospitalar, a gestão do centro cirúrgico durante esse período requer liderança proativa, pensamento rápido, conhecimento prévio, confiança e ética, visibilidade, comunicação e poder de persuasão, flexibilidade e resiliência<sup>13,18</sup>. Além de ser importante que os líderes, por meio de suas práticas, sejam empáticos e forneçam suporte aos membros da equipe conforme suas necessidades<sup>13</sup>.

Dessa forma, cabe destacar que o conhecimento da percepção do clima de segurança no centro cirúrgico é uma estratégia importante para a gestão dos serviços de saúde, uma vez que através dessa mensuração é possível buscar melhorias na qualidade dos cuidados e na implementação de protocolos de segurança ao paciente perioperatório<sup>9</sup>.

O desenvolvimento do clima de segurança nas instituições hospitalares deve ser entendido como um subsídio e, não como um obstáculo, sendo utilizado como ferramenta de gestão para aquisição de novos hábitos e compreensão de atitudes de segurança, principalmente em setores altamente especializados e complexos como o centro cirúrgico<sup>23</sup>. Assim, as organizações devem se tornar responsáveis por tornar o clima de segurança parte das missões e valores centrais dos serviços de saúde, tendo consciência que um clima de segurança positivo é fundamental para reduzir danos aos pacientes e garantir um ambiente de trabalho seguro para os profissionais de saúde, pacientes e familiares<sup>29,30</sup>.

Este estudo possui como contribuição para o ensino, a pesquisa e a prática profissional evidências que podem subsidiar estratégias de gestão de recursos humanos, estimulando a reflexão e favorecendo a identificação de fatores que podem influenciar o cuidado cirúrgico seguro de qualidade, especialmente para a equipe de enfermagem, a qual possui maior representatividade na saúde e lida diretamente com o planejamento e a implementação do cuidado, utilizando-se da expertise adquirida na avaliação de riscos, na identificação das falhas e erros mais comuns, tendo como base a teoria do Iniciante a Perito de Patrícia Benner demonstrando que prática profissional cresce por meio do aprendizado experimental e da transmissão do que é aprendido nos ambientes práticos.

### Limitações do estudo

Apesar da importância de seus achados, como limitações do estudo apresenta-se o período prolongado de coleta de dados que ocorreu devido à dificuldade de inserção da pesquisadora no campo de estudo devido as consequências da COVID-19 dessa forma, a percepção dos profissionais pode ser influenciada por eventos e experiências subsequentes. Portanto, o risco de viés de memória deve ser considerado. Além disso, a pesquisa foi restrita somente em um centro cirúrgico, não sendo possível extrapolar e generalizar seus resultados para outras instituições de saúde devido a heterogeneidade regional do Brasil.

A região sudeste, em particular o local específico da pesquisa, apresenta uma realidade de trabalho distinta das demais regiões, com características únicas que podem influenciar diretamente na percepção dos profissionais sobre o clima de segurança nos centros cirúrgicos. Essa diversidade regional sugere a necessidade de mais pesquisas para compreender como o clima de segurança no ambiente cirúrgico varia em diferentes contextos brasileiros.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que o tempo de experiência na especialidade possui associação com os domínios de clima de segurança “Percepção da gerência”, “Percepção do desempenho profissional” e “Percepção do estresse” no centro cirúrgico. Enquanto a idade possui associação com os domínios “Percepção do desempenho profissional” e “Percepção do estresse”.

Os profissionais de saúde se beneficiam com os achados aqui encontrados, podendo utilizá-los para repensar suas práticas. Essa compreensão, elucidado com a teoria de enfermagem de Benner, proporciona ao gestor um olhar assertivo para atender as necessidades do centro cirúrgico que requer conhecimento e habilidade em desenvolvimento constante. Portanto, a experiência profissional torna-se elemento consubstancial para formação e amadurecimento do clima de segurança no centro cirúrgico.

### REFERÊNCIAS

1. Cabral JVB, Chaves JSC. Cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica: revisão integrativa. *Rev. Enf. Cont.* 2020 [cited 2024 Jan 12]; 9(1):118-26. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2597>.
2. Zamora-Carmona F, Sianes-Gallén M, Costa-Ventura H, Del-Pino-Zurita C, Agudo-Arcos C, Augé-Ruiz A. Impact of the Pre-Surgical Nurse Visit on the Well-Being of the Patient Before a Surgical Process. *Clin Case Rep Int.* 2023 [cited 2024 Nov 15]; 7:1485. Available from: <https://www.clinicalcasereportsint.com/open-access/impact-of-the-pre-surgical-nurse-visit-on-the-well-being-of-9681.pdf>.
3. Precce ML, Moraes JRMM, Pacheco STA, Silva LF, Conceição DS, Rodrigues EC. Educational demands of family members of children with special health care needs in the transition from hospital to home. *Rev. Bras. Enf.* 2020 [cited 2024 Jan 13]; 73(Suppl. 4):e20190156. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0156>.
4. Moreira LR, Souza JC, Oliveira MM, Melo NS, Cerqueira TF. Autocuidado com estomias: compreensão de pacientes hospitalizados acerca das orientações recebidas pela equipe. *Enf. Rev.* 2017 [cited 2024 Jan 18]; 20(2):116-34. Available from: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/16329>.
5. Lima MADS, Magalhaes AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Rev. Gaucha Enf.* 2018 [cited 2024 Jan 18]; 39:e20180119. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.
6. Gentil LLS, Silva RM, Benavente SBT, Costa ALS. Educational manual for the care of patients in the post-operative period of myocardial revascularization: a tool for patients and families. *Rev. Eletr. Enf.* 2017 [cited 2024 Feb 10]; 19:a38. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43068>.
7. Elmore JG, Jekel JF, Katz DL. *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva*. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2005.
8. Donoso MTV, Aguiar FHS, Calhau GS, Sousa DPB, Casto e Silva RRC, Padovani FF. Pacientes em pós-operatório imediato: recepção na unidade clínico-cirúrgica. *Rev. enferm. UFPI.* 2023 [cited 2024 Feb 10]; 12:e3622. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.3622>.
9. Santos Júnior CJ, Santos IV, Silva JVS, Gomes VM, Ribeiro MC. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um Hospital Geral de Emergências do estado de Alagoas, Brasil. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2019 [cited 2024 Feb 12]; 52(3):223-30. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i3p223-230>.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Br). Censo 2022. Panorama. 2023 [cited 2024 Feb 12]. Available from: [https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm\\_source=ibge&utm\\_medium=home&utm\\_campaign=portal](https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal).
11. Palmenira NC, Moro JP, Getulio FA, Vieira YP, Soares Junior AO, Saes MO. Analysis of access to health services in Brazil according to sociodemographic profile: National Health Survey, 2019. *Epidemiol. Serv Saude*. 2022 [cited 2024 Feb 23]; 31(3):e2022966. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013>.
12. Souza MBCA, Lussi IAO. Juventude, trabalho informal e saúde mental. *Pol. Trab*. 2020 [cited 2024 Feb 23]; (51):126-44. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1517-5901.0v51n0.48293>.
13. Cavalcante EGF, Galvão MTG, Lima ICV, Almeida PC. Strategies for notifying sexual partners of people with sexually transmitted infections: a randomized clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2020 [cited 2024 Feb 23]; 54:e03648. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019010103648>.
14. Eloia SM. Efeitos da prece sobre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: ensaio clínico randomizado [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2019 [cited 2024 Feb 25]. Available from: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/50053>.
15. Cousin E, Dumith SC. Epidemiologia das cirurgias traumato-ortopédicas em dois hospitais do extremo sul do Brasil. *Rev Baiana Saude Publica*. 2020 [cited 2024 Mar 02]; 44(4):240-54. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n4.a3060>.
16. Pereima ML, Feijó R, Camacho JG, Tramontin MP. Análise das cirurgias realizadas no hospital infantil Joana de Gusmão, antes e após a pandemia do novo Coronavírus. *Arq. Catarin. Med*. 2021 [cited 2024 Mar 02]; 50(1):68-80. Available from: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/934>.
17. Paz VP, Mantovani MD, Silva ÂT, Paes RG, Costa MC. Conhecimento e letramento em saúde no pós-operatório tardio de revascularização do miocárdio. *New Trends Qual. Res*. 2022 [cited 2024 Mar 02]; 13:e666. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e666>.
18. Mata LRF, Azevedo C, Bernardes MFVG, Chianca TCM, Pereira MG, Carvalho EC. Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2019 [cited 2024 Mar 10]; 53:e03421. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>.
19. Dalmolin A, Dallabrida GS, Gomes ES, Santos EB, Rossato GC, Girardon-Perlini NMO. Implementação de tecnologia educativa para alta hospitalar de paciente com estoma: relato de experiência. *Rev. Bras. Exten. Univ*. 2020 [cited 2024 Mar 10]; 11(3):389-96. DOI: <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2020v11i3.11394>.
20. Sabino LMM, Ferreira AMV, Mendes ERR, Melo ESJ, Penha JC, Lima KF, et al. Educational interventions using a primer and motivational interviewing: randomized clinical trial. *Eur. J. Public Health*. 2021 [cited 2024 Mar 10]; 31(5):985-90. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab021>.
21. Oliveira SC, Vasconcelos EMR, Ximenes LB, Leal LP, Cavalcanti AMTS, Lopes MVO. Effect of an educational intervention on pregnancy: a cluster-randomized clinical trial. *Acta Paul. Enferm*. 2018 [cited 2024 Mar 15]; 31:291-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800041>.
22. Lima ACMACC, Pinho SME, Lima SAFCC, Chaves AFL, Vasconcelos CMT, Oriá MOB. Booklet for knowledge and prevention of HIV mother-to-child transmission: a pilot study of a randomized clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2022 [cited 2024 Mar 15]; 56:e20210560. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0560en>.
23. Freitas PS, Coradassi CE. Estratégia no monitoramento de pacientes suspeitos de Covid-19 em um município do sul do Brasil. *R. Saude Pub. Parana*. 2020 [cited 2024 Mar 15]; 3:(Suppl. 1):30-8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150857>.

#### Contribuições dos autores:

Concepção, C.S.F., R.A.F. e N.H.V.; metodologia, C.S.F., R.A.F. e N.H.V.; análise formal, C.S.F., O.M.P.L.R. e S.C.A.P.; investigação, R.A.F. e N.H.V.; obtenção de recursos, C.S.F., R.A.F. e N.H.V.; curadoria de dados, A.P.S.S.A. e S.C.A.P.; redação – preparação do manuscrito, C.S.F., R.A.F. e N.H.V.; redação – revisão e edição, C.S.F., R.A.F., A.P.S.S.A. e O.M.P.L.R.; visualização, C.S.F., R.A.F., N.H.V., A.P.S.S.A., O.M.P.L.R., S.C.A.P., F.G.C. e D.M.H.; supervisão, C.S.F., F.G.C. e D.M.H.; administração do Projeto, C.S.F., R.A.F. e N.H.V.; aquisição de financiamento, C.S.F. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.