


Cultura de segurança do paciente em centro de material e esterilização: percepções de enfermeiros


Patient safety culture in central sterile supply departments: nurses' perceptions

Cultura de seguridad del paciente en centro de material y esterilización: percepciones de enfermeras

Sara Satie Yamamoto^a 

Gisela Maria Schebella Souto de Moura^b 

Diovane Ghignatti da Costa^c 

Ana Maria Müller de Magalhães^d 

Jeane Aparecida Gonzales Bronzatti^e 

Como citar este artigo:

Yamamoto SS, Moura GMSS, Costa DG, Magalhães AMM, Bronzatti JAG. Cultura de segurança do paciente em centro de material e esterilização: percepções de enfermeiros. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43(esp):e20210337. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210337.pt>

RESUMO

Objetivo: Conhecer percepções de enfermeiros com experiência em Centro de Material e Esterilização sobre cultura de segurança.

Métodos: Estudo qualitativo, desenvolvido com 12 enfermeiras de hospitais das regiões Sul e Sudeste do Brasil, com dados coletados em março de 2021 por meio de entrevistas on-line. Procedeu-se a análise de conteúdo de Bardin, com apoio do software IRaMuTeQ.

Resultados: Interpretações foram classificadas considerando os seguintes aspectos: cuidado indireto do Centro de Material e Esterilização (27,16%), baixa visibilidade do Centro de Material e Esterilização para a segurança do paciente (26,92%), dificuldade de comunicação interna (30,69%) e dificuldades no aprendizado com erros e cultura justa (15,23%).

Conclusões: Percepções sobre cultura de segurança estão relacionadas com o controle de qualidade dos processos e prevenção de infecções, entretanto, houve percepções sobre baixo reconhecimento e desvalorização destes processos. As subculturas comunicação, aprendizado com erros e cultura justa demonstraram-se fragilizadas.

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

ABSTRACT

Objective: To know the perceptions of nurses with experience in Central Sterile Supply Departments about the safety culture.

Methods: A qualitative study developed with 12 nurses from hospitals in the South and Southeast Brazilian regions, with data collected in March 2021 through online interviews. Bardin's content analysis was performed with the support of the IRaMuTeQ software.

Results: The interpretations were classified considering the following aspects: indirect care provided by Central Sterile Supply Departments (27.16%), low visibility of Central Sterile Supply Departments for patient safety (26.92%), difficulty in internal communication (30.69%) and difficulties learning from errors and fair culture (15.23%).

Conclusions: The perceptions about the safety culture are related to the quality control of processes and to infection prevention; however, there were perceptions about its low recognition and devaluation. The communication, learning from errors and fair culture subcultures proved to be weak.

Keywords: Nursing. Culture. Patient safety. Sterilization.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las percepciones de enfermeras con experiencia en Centros de Materiales y Esterilización sobre la cultura de seguridad.

Métodos: Estudio cualitativo desarrollado con 12 enfermeras de hospitales de las regiones Sur y Sudeste de Brasil, con datos recolectados en marzo de 2021 a través de entrevistas en línea. El análisis de contenido de Bardin se realizó con apoyo del software IRaMuTeQ.

Resultados: Las interpretaciones se clasificaron considerando los siguientes aspectos: atención indirecta provista por los Centros de Materiales y Esterilización (27,16%), escasa visibilidad de los Centros de Materiales y Esterilización para la seguridad del paciente (26,92%), dificultad en la comunicación interna (30,69%) y dificultad en aprender de los errores y cultura justa (15,23%).

Conclusiones: Las percepciones sobre la cultura de seguridad están relacionadas con el control de calidad de los procesos y la prevención de infecciones; sin embargo, hubo percepciones sobre su escaso reconocimiento y sobre su desvalorización. Las subculturas de comunicación, aprendizaje de los errores y cultura justa demostraron ser frágiles.

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

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Centro de Material e Esterilização. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências Saúde, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^d Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Centro Universitário São Camilo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de cuidados indiretos e de apoio técnico para assistência ao paciente. Essa área é destinada ao processamento de Produtos Para Saúde (PPS), fornecendo rotineiramente o quantitativo suficiente às unidades assistenciais e seguindo padrões de qualidade preconizados por órgãos reguladores para promover uma assistência segura⁽¹⁾.

Os padrões de qualidade no processamento de PPS estabelecem um fluxo contínuo e unidirecional de etapas que devem ser seguidas, iniciando-se pela recepção e limpeza, passando por preparo, esterilização, armazenamento e, por último, fazendo-se a distribuição. Para atender à grande quantidade de PPS consumidos por algumas unidades, no processo de distribuição deve-se priorizar os atendimentos com maior demanda assistencial, como Centro Cirúrgico (CC), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Obstétrico (CO) e Emergências⁽¹⁾.

A partir da publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 15, em 2012, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de PPS e dá outras providências, tornaram-se obrigatórias a formação em nível superior e a dedicação exclusiva do profissional que atua como responsável no setor de CME classe II (que processa 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). As competências do enfermeiro, direcionadas ao gerenciamento do CME, são definidas em legislação específica, de modo a garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança em seu funcionamento⁽²⁾. Assim, a força de trabalho do CME, no Brasil, é constituída, principalmente, por técnicos e auxiliares de enfermagem, os quais devem ser supervisionados por enfermeiros⁽³⁾.

O protagonismo do enfermeiro na liderança da equipe do CME reflete diretamente no andamento do setor, o que torna seu desafio ainda maior, já que não há uma formação específica nesta área. São necessários, para tal gerenciamento, conhecimentos específicos sobre processamento de PPS, aumento de produtividade, dimensionamento de pessoas, avaliação de indicadores de qualidade e custos, educação permanente em enfermagem, além de ser fundamental compreender o dinamismo das unidades assistenciais e cirúrgicas⁽⁴⁾.

Do ponto de vista da qualidade, gerenciar processos em CME implica reduzir riscos de eventos adversos assistenciais, principalmente em cirurgias, o que ainda tem sido uma das grandes preocupações no momento atual⁽⁵⁾. O uso do *checklist* de cirurgia segura, apesar de apresentar resultados positivos com grande impacto na diminuição de

eventos adversos, tem demonstrado que os processos são influenciados pela cultura de segurança local e pelo apoio de lideranças⁽⁶⁾.

A cultura de segurança, por sua vez, é conceituada como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização com a gestão da segurança. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e compreensões comuns sobre a importância da segurança e da efetividade das ações de prevenção⁽⁷⁾.

Os preceitos da cultura de segurança do paciente vão ao encontro do processamento de PPS, pois, apesar de ser uma unidade de cuidados indiretos, o CME pode ser considerado um protagonista na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), apontando para a necessidade de que o CME faça parte desse contexto de segurança. Entretanto, ao se referir à cirurgia segura, a abrangência da temática no CME ainda é pouco explorada, já que as estratégias de segurança poderiam se estender também aos seus processos e até mesmo à construção de uma cultura de segurança⁽⁷⁾.

Atualmente, o processamento de PPS necessita de uma gestão proativa que vise melhorias contínuas, uma vez que a alta variabilidade de processos, provocada inclusive pela evolução na ciência, altera constantemente as demandas de processamento. Além disso, há diversos CMEs que encontram dificuldades de raízes históricas – de um tempo em que eram referenciados como “expurgos” do CC – relacionadas à desvalorização do setor, à precariedade dos equipamentos e à gestão de pessoas, denotando ser um setor esquecido⁽⁸⁾.

Desse modo, a experiência profissional e a atual ocupação como enfermeira de CME instigaram o interesse da pesquisadora em compreender como os preceitos da segurança do paciente têm sido abordados no CME. Surge, então, a questão de pesquisa: como os enfermeiros de CME percebem a cultura de segurança do paciente em seu ambiente de trabalho? O objetivo consistiu em conhecer as percepções de enfermeiros, com experiência profissional em CME, sobre a cultura de segurança no setor.

■ MÉTODOS

O presente estudo, de natureza qualitativa, foi desenvolvido com delineamento exploratório e descritivo, ancorado na possibilidade de fornecimento de uma rica introspecção do comportamento humano, pois prioriza, em detrimento de medições objetivas, a dimensão subjetiva, cujos resultados geram conhecimento sobre importantes aspectos

da experiência humana⁽⁹⁾. Nesse sentido, seguiram-se as recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ)⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi realizada com enfermeiras que possuem experiência profissional em CME classe II em instituições hospitalares privadas, públicas, filantrópicas ou mistas, localizadas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. A seleção ocorreu a partir da rede de contatos da pesquisadora e considerou os seguintes critérios: ser enfermeiro(a) com experiência profissional de no mínimo um ano (entre os anos de 2015 e 2020) com dedicação exclusiva em CME; ter acesso à internet via computador com câmera e microfone ou smartphone. Quanto aos critérios de exclusão, determinou-se: estar em férias, licença especial ou gestacional no período da coleta de dados, e/ou participar somente da primeira etapa da coleta de dados. Nesse caso, foram excluídas três participantes, por não comparecerem à segunda etapa da coleta de dados.

A composição da amostra deu-se por conveniência, constituindo-se por meio dos contatos da pesquisadora, por telefone, com colegas e ex-colegas de trabalho, colegas de faculdade, ex-alunos de pós-graduação e indicações de colegas. O critério de saturação dos dados, isto é, a repetição de dados nas entrevistas foi utilizada para definir o quantitativo da amostra, totalizando em 12 participantes.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal em duas etapas. Na primeira, em dezembro de 2020, ocorreu o envio de convites por e-mail contendo uma breve apresentação da pesquisadora (entrevistadora), o objetivo geral da pesquisa e demais informações pertinentes à participação na pesquisa. Concomitantemente, foram aplicados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o formulário de levantamento de características socioprofissionais das participantes e características das respectivas instituições hospitalares, tais como localização, tipo de administração, se possuem selo de acreditação e/ou Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Essas informações foram coletadas em formato eletrônico, via Google Forms, e somente a pesquisadora teve acesso às respostas, em atendimento à Lei Geral de Proteção dos Dados (LGPD).

A segunda etapa da coleta de dados foi realizada no mês de março de 2021, durante a pandemia de COVID-19. As entrevistas ocorreram individualmente, exclusivamente de forma on-line, e foram gravadas com auxílio da ferramenta Google Meet. Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora se apresentou e fez uma breve exposição de suas motivações e inquietações sobre o estudo, explicando, em seguida, os objetivos da pesquisa e sanando eventuais dúvidas das participantes.

Um roteiro semiestruturado foi utilizado para conduzir a entrevista. Questões abertas foram elaboradas a partir dos conceitos de segurança do paciente, cultura de segurança e

as sete subculturas de segurança, a saber: trabalho em equipe, comunicação, liderança, cultura justa, aprendizado com os erros, prática baseada em evidências, cuidado centrado no paciente; todos descritos em uma meta-análise qualitativa⁽⁷⁾. Esse roteiro foi aplicado em caráter experimental (teste piloto) por duas vezes, para averiguação da adequação da linguagem utilizada e da compreensão das questões.

Após a coleta de dados, seguiu-se a elaboração dos registros. Os dados socioprofissionais das participantes foram registrados em uma tabela do programa Microsoft Excel 2013. As entrevistas gravadas, que variaram entre 16 e 180 minutos de duração, resultaram na média de 39,75 minutos por participante. A variação de tempo nas entrevistas ocorreu principalmente por problemas de conexão, que demandaram a repetição de perguntas e respostas, e/ou por problemas técnicos, a exemplo de falta de áudio, que foram resolvidos de imediato. Logo, nenhuma entrevista precisou ser reagendada ou repetida.

Na medida em que as entrevistas se encerravam, eram transcritas literalmente e confrontadas com as informações registradas durante as entrevistas. As transcrições foram revisadas conferindo-se o registro no papel (notas de campo) com o vídeo gravado. A seguir, 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).

Dentre as diversas possibilidades de tratamento de dados textuais oferecidas pelo software, optou-se pelo método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Nele, os segmentos de texto são classificados em função de seus respectivos vocábulos, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. As classes oriundas da CHD correspondem às categorias emergentes. Após a definição das classes pela CHD, utilizou-se o método de análise de conteúdo de Bardin para analisar as classes de acordo com a identificação dos temas presentes em cada uma delas. Assim, seguiram-se as três etapas previstas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos/interpretação⁽¹¹⁾.

Na primeira fase, foram verificadas as classes emergentes criadas pelo software IRaMuTeQ e realizadas leituras exaustivas dos textos correspondentes, a fim de entrar em contato com a sua estrutura e descobrir as orientações para análise e registro das primeiras impressões. Na segunda fase, após a repetição da leitura dos textos para confirmação das impressões que definiriam os nomes das classes emergentes, procedeu-se a seleção dos trechos dos textos que mais expressavam as classes. Por fim, na terceira fase, realizou-se a interpretação dos dados de cada classe aproximando a experiência profissional das participantes aos conceitos de

segurança do paciente bem como das sete subculturas de segurança previamente mencionadas.

A pesquisa foi aprovada sob o número do CAEE 39519020.4.0000.5347 e número do parecer 4.452.861, em dezembro de 2020. O anonimato foi assegurado e os princípios éticos respeitados, por meio da identificação codificada das participantes pelas siglas: E1, E2, E3..., assim como o compromisso assumido quanto ao uso das informações obtidas apenas para fins deste estudo.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização socioprofissional demonstrou que as 12 participantes da pesquisa eram do sexo feminino, sendo 8 delas pertencentes à faixa etária entre 30 e 39 anos. Quanto à formação, 10 possuíam curso de pós-graduação *lato sensu* e uma participante estava cursando doutorado acadêmico. A maioria das participantes possuía mais de 5 anos de experiência, e metade delas possuía mais de 10 anos de experiência profissional exclusiva em CME. Com relação às instituições hospitalares em que as participantes adquiriram experiência, 10 estão localizadas em Porto Alegre (RS) e 2 em São Paulo (SP), além disso, 11 instituições possuíam NSP e 10 possuíam selo de acreditação.

Sabe-se que a busca pelo selo de acreditação é um movimento voluntário das instituições que demonstram interesse em se submeter a um processo de avaliação com base em padrões de qualidade⁽¹²⁾. Já o NSP tem caráter obrigatório desde 2013, quando do lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); porém, cabe mencionar que as instituições demonstram dificuldades em contemplar essa determinação^(7,12). No contexto do

presente estudo, a presença dessas duas características nas instituições – especificamente onde as participantes exerciam suas atividades profissionais – permite inferir que a preocupação e a sensibilização para as questões de qualidade e, em especial, de segurança do paciente, permeiam a cultura vigente.

Por fim, o tratamento dos resultados emergentes das entrevistas gerou a CHD a partir do *corpus*, composto por 937 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 821 ST, ou seja, representando 87,63% do *corpus*. As classes foram interpretadas 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 1), cuja análise indica que se faça a leitura de baixo para cima. Assim, a classe 4 foi a primeira a ser formada pela CHD, seguida das classes 3, 1 e 2.

A relação entre as classes indica algumas ambiguidades na percepção das participantes, pois, ao mesmo tempo em que elas entendem a importância para o cuidado do paciente (indireto), também identificam uma baixa visibilidade de seus processos para a segurança do paciente, o que para elas acaba refletindo em maiores dificuldades nas subculturas da comunicação, do aprendizado com erros e da cultura justa no CME.

No Quadro 1 apresenta-se uma síntese dos resultados que foram obtidos a partir da interpretação das classes emergentes e os temas que as compõem.

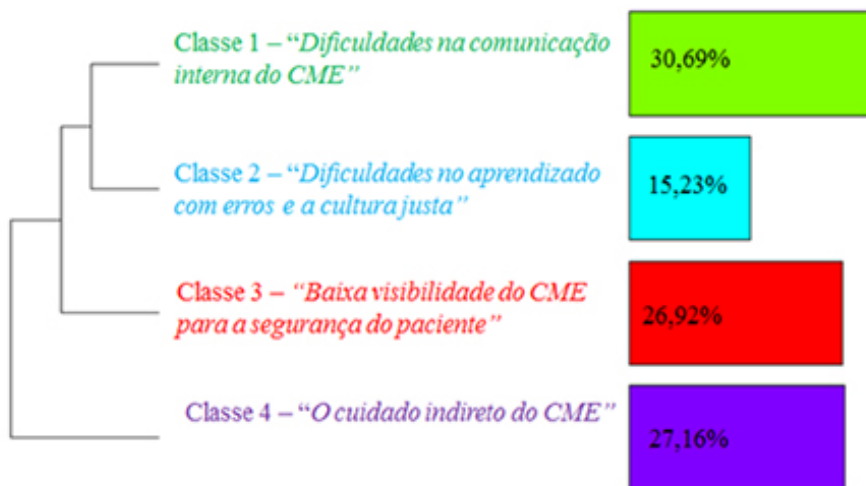


Figura 1 – Dendrograma das classes emergentes pelo software IRaMuTeQ. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2021
Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

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

Quadro 1 – Síntese dos temas encontrados nas classes emergentes. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2021

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

O cuidado indireto do CME

Nessa classe, foram agrupadas percepções relacionadas ao controle dos processos internos do CME e como esses processos impactam na qualidade da assistência prestada aos pacientes, principalmente nas cirurgias. Foram relatados esforços para um gerenciamento efetivo, transparecendo uma maior preocupação com a etapa da limpeza, conferência de PPS e distribuição. Ainda, as participantes mencionaram que suas tomadas de decisões estão centradas na assistência aos pacientes junto à prática baseada em evidências, as quais dependem de um bom gerenciamento da equipe de enfermagem e do acompanhamento dos processos do início ao fim, para que sejam identificadas suas fragilidades. Sobre isso, destacam-se os seguintes trechos de falas:

[...] 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 para 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)

Vale destacar que o processamento de PPS é considerado, em referenciais teóricos, uma atividade de natureza complexa dentro do contexto de organizações de saúde, cujo objetivo principal é evitar que ocorra qualquer evento adverso relacionado ao reúso no processo assistencial⁽⁴⁻⁵⁾. Na atualidade, não só a transmissão potencial de microrganismos causadores de infecções é motivo de preocupação, mas também os tipos de produtos tóxicos utilizados nos processos, ou ainda a ocorrência de reações decorrentes de resíduos de produtos utilizados, principalmente na etapa de limpeza, na qual a omissão da segurança compromete todas as etapas posteriores do processo⁽¹³⁾.

Conforme observado nas falas das participantes, acerca do impacto de retirar um PPS de circulação, essa preocupação está relacionada à etapa de conferência, pois o fator “indisponibilidade” foi reconhecido como causa geradora de atrasos e estresse em procedimentos cirúrgicos, podendo levar riscos adicionais aos pacientes. A exemplo disso, verifica-se um estudo que analisou respostas de cirurgiões quanto às questões de cirurgia segura. A categoria de erro “incompleto ou danificado” relacionada ao PPS para uso cirúrgico foi a mais frequente nesse estudo, sendo identificada após o início do procedimento e correspondendo a 418 casos (72,3% do

total), seguida da categoria “problemas nos equipamentos ou instrumentos” da sala cirúrgica, com 395 casos (68,3%). Desses incidentes, 413 (71,4%) foram notificados para que melhorias pudessem ser implementadas⁽¹⁴⁾.

As percepções das participantes do presente estudo, sobre como os processos podem impactar diretamente a assistência aos pacientes, indicam que suas tomadas de decisões são pautadas na subcultura do cuidado centrado no paciente. E esse cuidado abrange desde a necessidade de comunicar e providenciar um insumo para a realização do processo de limpeza, até o redirecionamento de um PPS que necessitou ser encaminhado à manutenção e precisa de reposição, devido ao impacto assistencial cirúrgico. Frente a essas considerações, pondera-se que a prática baseada em evidência é essencial para o CME. Embora as participantes tenham mencionado o cumprimento da legislação vigente e o uso de indicadores de qualidade, os relatos de suas práticas demonstraram subjetividade e poucas padronizações.

Um ensaio randomizado chinês obteve resultados significativos ao comparar um modelo de gestão tradicional, em um CME de um hospital, com o modelo de gestão padronizado, considerando o método de melhorias para o gerenciamento de falhas baseado no padrão da Joint Commission International (JCI) para limpeza e desinfecção do CME. O modelo de gestão baseado na JCI mostrou-se efetivo na contribuição de melhorias, pois, ao preconizar a prática baseada em evidências nos processos de limpeza dos PPS, além de levar em conta as situações de trabalho e a satisfação no trabalho da equipe médica, resultou, conseqüentemente, na redução da incidência de eventos adversos⁽¹⁵⁾.

Vale mencionar ainda outro estudo, que propõe a utilização de *bundle* de boas práticas em CME para nortear e minimizar variabilidades de processos, além de orientar os gestores quanto aos indicadores de qualidade⁽¹⁶⁾. Os resultados de ambos os estudos confirmam, portanto, que uma maior padronização e grupos de trabalho com subespecializações nas equipes de CME geram menos erros e maior satisfação das unidades assistenciais⁽⁵⁾.

A baixa visibilidade do CME

Essa classe agrupou relatos sobre a relevância do trabalho do CME para a segurança do paciente. Embora a classe anterior levante uma série de práticas para a segurança do paciente, as participantes relataram o baixo reconhecimento de seu trabalho por parte das unidades assistenciais, cirúrgicas e da administração das instituições hospitalares. Houve verbalização de um sentimento de desvalorização pelos profissionais do CME, por não estarem inseridos no contexto da assistência direta e, conseqüentemente, por

não fazerem parte da cultura de segurança do paciente. Ressaltam-se as falas a seguir:

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... (E5)

[...] Falta muito conhecimento de quem nunca vivenciou [se referindo aos profissionais das unidades assistenciais] 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 [abordagem de] segurança. (E7)

O sentimento das participantes encontra correspondência em um estudo que analisou profissionais de enfermagem em CME de um hospital público no Agreste de Pernambuco. Nesse estudo, os profissionais foram entrevistados com o intuito de verificar quais suas percepções acerca do processo do trabalho realizado e a sua implicação para a saúde do paciente. A amostra foi composta por 35 profissionais, dos quais 97,1% entendem que há relação entre o processamento de PPS e a segurança do paciente. E, quando questionados sobre os problemas vivenciados, 45,7% dos profissionais apontaram que há outros problemas além dos mencionados no questionário, sendo a falta de insumos o mais citado. Além disso, 48,6% entendem que o trabalho realizado no CME é visto como sem importância⁽¹⁷⁾.

Outro estudo qualitativo, realizado em um CME, analisou o processo de trabalho da enfermagem relacionado às vivências de prazer e sofrimento. Nesse caso, embora os profissionais reconhecessem a importância de seu trabalho, foram apontadas correlações com o sofrimento causado pelas condições e pela carga de trabalho, tais como falta de climatização, ruídos intensos, falta de equipamentos e insumos para a demanda de trabalho⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, os estudos citados reforçam o sentimento de desvalorização demonstrado pelas participantes, haja vista que, não obstante o processamento de PPS ser essencial para o funcionamento de uma instituição hospitalar e da assistência aos pacientes, ainda existem condições de trabalho que não favorecem o processamento seguro, impactando não só a qualidade dos produtos e do próprio atendimento, mas também acarretando sofrimento aos profissionais de CME. Assim, essa percepção de desvalorização por parte da alta direção hospitalar se relaciona com a não inserção do CME no contexto de segurança.

No que se refere à literatura, parece que, igualmente, a segurança do paciente em CME tem sido esquecida.

Os resultados de um estudo bibliométrico, que buscou publicações na temática de CME em revistas brasileiras de classificação Qualis A1, A2, B1 e B2, mostraram uma realidade preocupante. Nos 108 estudos selecionados, publicados entre 1973 e 2017, os temas predominantes foram relacionados à avaliação da qualidade de esterilização, à saúde do trabalhador, ao gerenciamento de recursos físicos e materiais, às tecnologias de esterilização e ao papel da enfermagem no CME. Desse modo, nessa centena de estudos, não foi encontrado nenhum relacionado à construção de cultura de segurança do paciente no CME⁽¹⁹⁾.

Esse dado traz um alerta para as práticas relacionadas à cultura de segurança em CME, pois, embora este seja um setor com impacto na assistência, responsável pelo processamento seguro de todos os PPS, não foram encontrados estudos abordando essa problemática. Diante disso, ressalta-se a necessidade da construção da cultura de segurança do paciente em CME.

Dificuldades na comunicação interna do CME

Nessa classe, houve a reunião de percepções das enfermeiras acerca das fragilidades no processo de comunicação entre as equipes de enfermagem do CME que estão atreladas ao papel de liderança do enfermeiro, o que envolve a transmissão de informações e o modo como estas deveriam ser interpretadas, assim como a dificuldade de envolver o grupo nesse processo. Além disso, foram relatadas dificuldades internas que enfraquecem a comunicação, como falta de condições ideais de trabalho e quadro de pessoal insuficiente, fatores que geram dificuldades no gerenciamento das escalas de atividades. Outro aspecto explicitado foi a dificuldade nas relações interpessoais, que, somada à fragmentação de processos do CME, favorece falhas na comunicação, podendo gerar eventuais incidentes. As seguintes falas ilustram esta classe:

A comunicação é um processo muito importante no CME, desde para não ocorrer atrasos de procedimentos que a gente tem que estar se comunicando toda hora e confirmando o que é prioridade... (E3)

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)

[...] Teve umas situações que eu tive, que a pessoa por não ter afinidade [com o colega] preferia limpar ali [lavar novamente] e passar para frente [para próxima etapa do processo], então isso acaba atrapalhando diretamente na segurança do paciente [...]. (E5)

Os relatos acima exemplificam as dificuldades na comunicação interna do setor, ou seja, entre os membros da equipe. Falhas na comunicação são reconhecidas como um problema crônico para a assistência segura, e são consideradas a maior causa de eventos sentinelas em unidades assistenciais. Dessa forma, melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde se tornou uma das metas internacionais de segurança do paciente preconizada pela JCI⁽¹²⁾. No caso do presente estudo, fica visível que as dificuldades ou falhas na comunicação podem impactar na segurança dos processos internos repercutindo no cuidado ao paciente nas unidades assistenciais.

As dificuldades que foram apontadas nos depoimentos têm ressonância em um estudo sobre percepções das dificuldades de uma equipe de enfermagem, no interior do estado de São Paulo, quanto ao processo de trabalho no CME. As falhas de comunicação entre profissionais, setores e/ou fornecedores bem como a sistematização do processo de trabalho foram evidenciadas dentre as diversas dificuldades nos processos do CME⁽²⁰⁾. E quando os profissionais deixam de se comunicar para evitar atritos, deve-se ficar atento aos motivos desse comportamento.

Outro estudo elencou, em conjunto com os profissionais participantes, estratégias para melhorar a comunicação entre a equipe, e as mais sugeridas pelos profissionais foram: identificação de comportamentos destrutivos por parte da equipe, 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⁽²¹⁾.

Assim, o envolvimento do enfermeiro como líder no processo de comunicação é fundamental enquanto estratégia de melhoria. Todas as participantes do presente estudo relataram envolvimento com suas equipes, e nas falas fica visível a preocupação delas quanto à relação entre comunicação e o relacionamento interpessoal, em que o humor pode afetar a segurança dos processos. Entretanto, as estratégias mencionadas para melhoria da comunicação se resumem ainda a poucos recursos, como comunicados por e-mails, uso de cartazes para intensificar a comunicação visual e uso de aplicativos de comunicação.

Dificuldades no aprendizado com erros e a cultura justa

Essa classe agrupou percepções das participantes sobre os erros que, por muitas vezes, foram fonte de aprendizado não só individual, mas coletivo, e auxiliaram no entendimento da importância do trabalho em CME e de seu impacto na assistência ao paciente. Todavia, esse processo demonstrou, por parte das participantes, certa dependência com relação

à repercussão e à notificação de falhas/erros identificados nas unidades assistenciais, para só então o CME ficar ciente dos problemas e trabalhar na melhoria.

Cabe aqui retomar o conceito de cultura justa, que é a subcultura da cultura de segurança e estabelece o consenso entre comportamento aceitável e inaceitável, sendo intolerante apenas com comportamentos imprudentes e/ou negligentes. Além disso, ela visa à confiança e à responsabilidade dos profissionais nas organizações de saúde por meio de estudos de causa raiz quando ocorrem erros/falhas, a fim de distinguir se foi um erro humano, um comportamento de risco ou um comportamento imprudente, evitando partir apenas para a culpabilização individual^(7,12).

As compreensões das participantes quanto à cultura justa pareceram não coincidir com suas práticas, pois os comportamentos relatados remeteram a um modelo tradicional de intervenção, a partir de punições individuais. Em alguns casos, ainda ocorre a culpabilização de profissionais quando detectado um erro, como demonstram os seguintes excertos de falas:

[...] 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)

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)

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)

[...] 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)

A literatura aponta que, 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 com eles em suas rotinas, ou seja, registrar e comunicar sua ocorrência ao setor responsável na instituição. O modelo de gestão padronizado, que parte do método de melhorias para o gerenciamento de falhas baseado no padrão da JCI, também recomenda a notificação de erros/falhas, propondo que estes sejam analisados para posterior implementação de planos de melhorias com base no método Plan, Do, Check, Act (PDCA), com intuito de evitar que esses erros/falhas ocorram novamente⁽¹⁵⁾.

Porém, no cotidiano, parece que essa estratégia não tem sido incorporada facilmente, já que se observa a não adesão ou mesmo a baixa adesão à notificação, comportamentos que podem ser decorrentes de uma cultura punitiva adotada por algumas instituições e que demonstram fragilidade na construção de uma cultura de segurança^(7,12). A exemplo disso, a notificação de incidentes relacionados aos processos do CME foi mencionada apenas por duas participantes do presente estudo como estratégia de melhoria de processos, endossando o estudo citado, devido à fragilidade da inserção do CME na cultura de segurança do paciente e, consequentemente, demonstrando não haver a cultura de notificação.

Ainda, outro estudo aponta que, ao adotar a cultura justa, o ambiente é tomado por um clima de confiança mútua, no qual as pessoas são encorajadas a sempre comunicarem informações consideradas essenciais para a segurança do paciente, contexto no qual não existe o medo da culpabilização individual. Contudo, é fundamental que os profissionais tenham ciência dos limites entre um comportamento aceitável e não aceitável, e que a penalização ocorre de acordo com a gravidade dos inaceitáveis⁽²²⁾.

Conclui-se, pelas falas das participantes, que a cultura justa parece ainda não estar inserida no CME, pois há subjetividade na condução de erros/falhas e, consequentemente, culpabilização individual sem aprofundamento de motivo ou causa. Em outras palavras, parece não haver distinção entre comportamentos aceitáveis e inaceitáveis, como recomendado na literatura. Acredita-se que, além de ser fundamental que os enfermeiros dos diferentes turnos se orientem pelos mesmos critérios na condução de situações, é necessário também o engajamento das instituições de saúde em adequar seus modelos de gestão, contribuindo para o fortalecimento dessa subcultura.

Por fim, ressalta-se a limitação deste estudo em não retornar o texto transcrito das entrevistas às participantes, condição que pode ter afetado os resultados diante do rigor metodológico adotado.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, concluiu-se, após análise das percepções das enfermeiras participantes deste estudo, que o CME presta um cuidado indireto ao paciente, pois suas tomadas de decisões têm por base a assistência ao paciente. Nessa perspectiva, a cultura de segurança do paciente se faz presente por meio do controle de qualidade dos processos internos realizados pelas enfermeiras, que impactam, em especial, na ocorrência das IRAS.

Por outro lado, existe a percepção de que há pouco conhecimento dos setores assistenciais, cirúrgicos e da alta

direção hospitalar acerca dos processos do CME e de seus impactos na segurança do paciente, repercutindo em baixa valorização deste setor e na sua pequena inserção, ou mesmo ausência, nas ações de segurança desenvolvidas nos hospitais. A baixa visibilidade do CME como agente que promove a segurança do paciente é a percepção que sintetiza esse contexto e demanda estudos mais aprofundados. Verificou-se também, internamente, dificuldades com a comunicação e o aprendizado com erros, subculturas que mostram-se frágeis para uma cultura de segurança do paciente, assim como a cultura justa, que ainda precisa ser desenvolvida no contexto do CME.

Portanto, novos estudos que contemplem a segurança do paciente no ambiente do CME podem oferecer maiores contribuições para a construção e consolidação da cultura de segurança. Tal demanda requer a participação de diversos profissionais de CMEs em diferentes realidades, buscando, por exemplo, subsídios que resultem na construção e validação de um questionário para mensuração da cultura de segurança específico para o CME. Sugere-se, assim, uma possibilidade de percurso de pesquisa para verificação do nível de maturidade da cultura de segurança, com o intuito de obter dados para o fortalecimento dessa cultura que urge ser construída neste setor.

■ REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica do Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde. 8. ed. Barueri, SP: Manole; 2021.
2. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – 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 União. 2012 mar 19 [citado 2020 jul 21];149(54 Seção 1):2012:43-6. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/03/2012&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=128>.
3. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 424, de 19 de abril de 2012. Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização e em empresas processadoras de produtos para saúde. Diário Oficial União. 2012 abr 23 [citado 2022 fev 21];149(78 Seção 1):186. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/04/2012&jornal=1&pagina=186&totalArquivos=192>.
4. Costa R, Montenegro HRA, Silva RN, Almeida Filho AJ. The role of central sterile supply department nursing team members: an integrative review. *Esc Anna Nery*. 2020;24(3):e20190316. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0316>.
5. Wang L, Cai X, Cheng P. Application of a sub-specialties management model improves quality control in a central sterile supply department. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):385. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3214-7>.
6. Bates DW, Singh H. Two decades since To Err Is Human: an assessment of progress and emerging priorities in patient safety. *Health Aff*. 2018;37(11):1736-43. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0738>.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2017 [citado 2021 dez 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf/view>.
8. Lima EMV, Carvalho PSG, Silva AP, Lacerda SDL, Melo MGM, Silva CC, ET at. Ações do enfermeiro no gerenciamento do centro de material e esterilização: uma revisão de literatura. *Braz J Dev*. 2020 [citado 2022 mar 20];6(12):104053-63. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22450>.
9. Lacerda MR, Costenaro RGS. Metodologias de pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá; 2018.
10. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2010.
12. Souza P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: Focruz; 2019. doi: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.
13. Bronzatti JAG, Laranjeira PR, Bruna CQM, Graziano KU. The effect of brush motion and rinsing when manually cleaning cannulated medical devices. *AORN J*. 2020;111(5):508-14. doi: <https://doi.org/10.1002/aorn.13014>.
14. Bähr JL, Motta Filho GR. Impacto da campanha “Considere 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;56(2):218-23. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701285>.
15. Yang L, Xun Q, Xu J, Hua D. Application of the defect management improvement mode under Joint Commission International standard to improve the instrument cleaning and disinfection effect and management quality in the central sterile supply department: a randomized trial. *Ann Transl Med*. 2022;10(3):137. doi: <https://doi.org/10.21037/atm-21-6610>.
16. 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;47(11):1352-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.05.010>.
17. 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: <https://doi.org/10.33233/eb.v20i2.4507>.
18. 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*. 2020 [citado 2021 out 04];1(15):272-90. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/admrevista/article/view/900>.
19. Fassarella CS, Noronha IR, Luna AA, Camerini FG. Produção de enfermagem em centro de material e esterilização: estudo bibliométrico. *R Ver Fun Care Online*. 2021;13:829-35. doi: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.8220>.
20. Miranda AR, Pinheiro MG, Silva ER. O processo de trabalho no centro de material e esterilização: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Recien*. 2019 [citado 2022 mar 20];9(27):33-45. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/203>.
21. Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180308. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>.
22. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A cultura de segurança do paciente no âmbito da Enfermagem: reflexão teórica. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2018;8:e2600. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>.

■ **Contribuição de autoria:**

Administração do projeto: Sara Satie Yamamoto, Gisela Maria Schebella Souto de Moura.

Conceituação: Sara Satie Yamamoto, Gisela Maria Schebella Souto de Moura.

Escrita – primeira redação: Sara Satie Yamamoto, Gisela Maria Schebella Souto de Moura.

Escrita – revisão e edição: Sara Satie Yamamoto, Gisela Maria Schebella Souto de Moura, Diovane Ghignatti da Costa, Ana Maria Müller de Magalhães, Jeane Aparecida Gonzales Bronzatti.

Metodologia: Sara Satie Yamamoto, Gisela Maria Schebella Souto de Moura, Diovane Ghignatti da Costa, Ana Maria Müller de Magalhães, Jeane Aparecida Gonzales Bronzatti.

Supervisão: Sara Satie Yamamoto, Gisela Maria Schebella Souto de Moura, Diovane Ghignatti da Costa.

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

■ **Autor correspondente:**

Sara Satie Yamamoto

E-mail: nursesatie@gmail.com

Recebido: 15.12.2021

Aprovado: 16.05.2022

Editor associado:

João Lucas Campos de Oliveira

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti